

Iacopo Cricelli, Ettore Marconi, Gerardo Medea, Domenico Pasculli

GPG CASI CLINICI

GENERAL PRACTICE GOVERNANCE

GPG IN AZIONE: GUIDA PRATICA PER OTTIMIZZARE LA MEDICINA GENERALE ATTRAVERSO L'USO STRATEGICO DI GPG



GPG - Casi Clinici

*GPG in azione:
guida pratica per ottimizzare la Medicina Generale
attraverso l'uso strategico di GPG*

Prima edizione, novembre 2024

Iacopo Cricelli, Ettore Marconi,
Gerardo Medea, Domenico Pasculli

Alcuni diritti riservati

Questo lavoro è disponibile sotto la licenza Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO);

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>

In base ai termini di questa licenza, è possibile copiare, ridistribuire e adattare l'opera per scopi non commerciali, a condizione che l'opera sia citata in modo appropriato, come indicato di seguito. Se si adatta l'opera, è necessario concedere la licenza della propria opera sotto la stessa licenza Creative Commons o una equivalente.

Se si crea una traduzione di quest'opera, si dovrebbe aggiungere la seguente avvertenza insieme alla citazione suggerita: *“Questa traduzione non è stata creata dagli autori e non ne sono pertanto responsabili circa il contenuto o la precisione dei testi. L'edizione originale in italiano è l'edizione autentica e vincolante”*.

Citazione suggerita

GPG – Casi Clinici (GPG in azione: guida pratica per ottimizzare la Medicina Generale attraverso l'uso strategico di GPG); prima edizione: novembre 2024.

Licenza: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Materiali di terze parti

Se si desidera riutilizzare materiale di questa opera attribuito a terze parti, come tabelle, figure o immagini, è responsabilità dell'utente stabilire se è necessaria un'autorizzazione per tale riutilizzo e ottenere l'autorizzazione dal titolare del copyright. Il rischio di reclami derivanti dalla violazione di componenti di terzi presenti nell'opera ricade esclusivamente sull'utente.

Avvertenze generali

- ✓ Le designazioni utilizzate e la presentazione del materiale in questa pubblicazione non implicano l'espressione di alcun suggerimento commerciale da parte degli autori.
- ✓ La menzione di specifiche aziende o di determinati prodotti di produttori non implica che essi siano approvati o raccomandati dagli autori in preferenza ad altri di natura simile non menzionati. Salvo errori e omissioni, i nomi dei prodotti di proprietà sono contraddistinti da lettere maiuscole iniziali.
- ✓ Gli autori hanno preso tutte le precauzioni ragionevoli per verificare le informazioni contenute in questa pubblicazione. Tuttavia, il materiale pubblicato viene distribuito senza alcuna garanzia, espressa o implicita. La responsabilità per l'interpretazione e l'uso del materiale è a carico del lettore. In nessun caso gli autori saranno responsabili per eventuali danni derivanti dal suo utilizzo.

Progetto grafico a cura di Fabio Mazzoni

Indice

| | |
|--|----|
| Introduzione | 4 |
| Caso 1. GPG nella pratica del MMG in diversi “setting” e complessità cliniche | 6 |
| Caso 2. GPG e la gestione del paziente giovane, ma falso sano. Medicina opportunistica proattiva | 14 |
| Caso 3. Prevenzione secondaria nel paziente giovane con cronicità | 21 |
| Caso 4. Giulio, un percorso complesso - dalla gestione delle complicanze spinali alla ricerca di solievo dai sintomi dispeptici e ansiosi | 26 |
| Caso 5. GPG e la gestione dell’ipotiroidismo: come monitorare i pazienti in trattamento e come intervenire per migliorare il controllo funzionale | 41 |
| Caso 6. GPG e la gestione del rischio clinico | 64 |

Introduzione

L'evoluzione della Medicina Generale e la necessità della Governance Clinica professionale

Non sorprende più che il nostro Sistema Salute, e in particolare la Medicina Generale, stia attraversando uno dei periodi più critici dalla nascita del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Siamo ben consapevoli degli effetti di problemi ormai radicati: l'aumento dell'età media, l'invecchiamento progressivo della popolazione, la diffusione epidemica delle malattie croniche, l'incremento dei costi sanitari e il cronico sottofinanziamento del sistema. A questi si aggiungono il peso burocratico, sempre più opprimente, e un cambio generazionale mal gestito tra i Medici di Medicina Generale (MMG).

Negli ultimi anni, il ricambio generazionale ha mostrato tutte le sue criticità: molti medici hanno lasciato, non solo per pensionamenti, mentre i nuovi ingressi sono stati estremamente limitati, conseguenza di una pianificazione insufficiente e inadeguata. La pandemia da SARS-CoV-2 ha ulteriormente aggravato questa situazione, mettendo in evidenza la fragilità del nostro SSN, spesso costretto a navigare a vista, sull'orlo del collasso.

Quattro anni dopo l'inizio della pandemia, la situazione rimane complessa. Nonostante il calo del timore legato al virus, il carico burocratico dei MMG è aumentato, sottraendo ulteriore tempo alla cura dei pazienti. Tuttavia, i MMG hanno continuato a svolgere un ruolo cruciale, garantendo assistenza, supportando la campagna vaccinale e raggiungendo i pazienti più vulnerabili, spesso sacrificando il proprio tempo libero per assicurare una copertura adeguata.

In questa situazione critica, alcuni MMG hanno potuto contare su strumenti innovativi come il software **GPG**, che si è rivelato un prezioso alleato. Questo assistente virtuale ha semplificato il lavoro quotidiano, fornendo elenchi dettagliati di pazienti, stratificando la popolazione in base al rischio e consentendo una gestione più efficiente del tempo e delle risorse verso nuove modalità operative, basate sull'organizzazione, la stratificazione della popolazione e il monitoraggio continuo degli esiti.

GPG ha subito una profonda trasformazione per rispondere a queste nuove esigenze, evolvendo da strumento per l'audit clinico a piattaforma completa di supporto alla professione, offrendo una gamma di strumenti indispensabili, utilizzabili sia nello studio singolo sia nelle medicine di gruppo, nelle future "case della salute" o AFT/UCCP.

Il software non si limita più all'analisi di indicatori, ma include funzionalità avanzate per la gestione del rischio clinico e farmacologico, l'analisi dell'appropriatezza prescrittiva e la formazione continua, con strumenti pratici e sempre disponibili.

Negli ultimi anni, inoltre, l'intelligenza artificiale (IA) ha rivoluzionato molti settori, compresa la Medicina Generale. I modelli linguistici di grandi dimensioni (LLM), basati su tecniche di deep learning, rappresentano un cambiamento epocale e sono in grado di comprendere e generare linguaggio naturale, trasformando il modo in cui interagiamo con i dati e prendiamo decisioni.

L'ultima versione di **GPG** si integra perfettamente con queste tecnologie, riducendo il tempo necessario per individuare criticità e offrendo soluzioni rapide e mirate. Grazie all'IA, **GPG** è ora in grado di generare report personalizzati, corredati da evidenze scientifiche e suggerimenti per corsi ECM (**GPG Report - BOT**). Inoltre, permette di esplorare indicatori in modo interattivo (**GPG Tutor - BOT**) e di ottenere risposte immediate su dati analizzati tramite domande in linguaggio naturale (**GPG Self-service - BOT**).

In questo libro, esploreremo casi clinici che mostrano le potenzialità di **GPG** come strumento di governo clinico nella Medicina Generale per ottimizzare il lavoro del medico, anticipando i suoi bisogni e fornendo risposte precise e tempestive.

La Medicina Generale deve concentrarsi sempre più sulla gestione e prevenzione delle malattie croniche per garantire cure universali, continuità assistenziale e sostenibilità del sistema sanitario. In questo percorso, **GPG** si presenta come un alleato indispensabile.

Casi clinici

Nella seguente sezione sono riportati alcuni casi clinici supportati dall'uso del GPG, che permetteranno di comprendere le potenzialità dello strumento.

[Ogni riferimento a persone o fatti realmente accaduti è puramente casuale]

1. GPG nella pratica del MMG in diversi “setting” e complessità cliniche

Francesca Armani 92 anni con storia di cardiopatia ipertensiva (a 60 anni evidenza di segni di danno d'organo: IVS, insufficienza mitro-aortica, retinopatia ipertensiva), ipercolesterolemia con ateromasia carotidea non stenosante, artropatia degenerativa poli distrettuale. È presente MRC Stadio G3a A1, stabile dall'età di 79 anni. A 80 anni diagnosi di polimialgia reumatica trattata con corticosteroidi orali, attualmente a basso dosaggio. A 83 anni diagnosi di gozzo multi-nodulare eutiroideo. A 87 anni intervento per STC a sn. A 88 anni BAV completo e ricovero per impianto di pacemaker DDD-R. A 89 anni intervento per STC dx seguito da comparsa di vertigini e disturbi dell'equilibrio associati a confusione mentale e ipovisione bilaterale. Eseguiva visita geriatrica per invalidità e TC cranio senza mdc con riscontro di atrofia cortico-sottocorticale e voluminosa formazione espansiva extra-assiale, occupante la loggia sellare in toto, compatibile con macro-adenoma ipofisario; era anche presente solo lieve iperprolattinemia. Il neurochirurgo giudicava la neoformazione non operabile, ma per comparsa di improvvisa disfasia con stato confusionale e caduta veniva ricoverata in ambiente neurologico, dimessa con diagnosi di minor stroke. Da circa un anno sono presenti segni di scompenso cardiaco. Da alcuni giorni accusa profonda astenia inappetenza sonnolenza disidratazione, non si alimenta e non beve. La creatinina è aumentata, GFR attuale 20 ml/min.

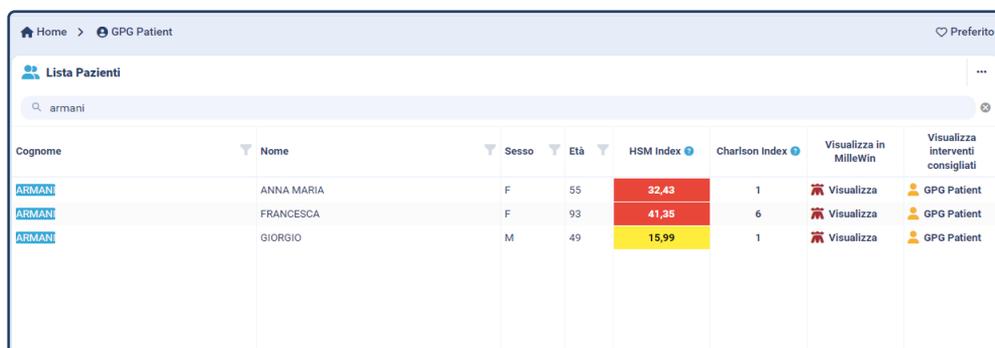
Assume regolarmente terapia con: bisoprololo 10 mg, perindopril 10 mg, furosemide 25 mg, clopidogrel 75 mg, manidipina 20 mg, atorvastatina 40 mg, calcio carbonato 1500 mg/colecalciferolo 400UI, alendronato 70 mg, desametasone 4 mg. La figlia riferisce che è preoccupata, vorrebbe controllare la situazione del macroadenoma ipofisario per fare una nuova visita dal neurochirurgo; ha sentito parlare di gamma knife e, dice: “avremmo dovuto operarla allora; ora i problemi sono aumentati, mah! Forse un ricovero ... Posso chiedere a mia cognata se fissa un appuntamento con uno specialista a Milano, magari la operano ...”.

La paziente presenta numerosi problemi clinici ed è in polifarmacoterapia, ma non è il caso di alimentare false speranze. Come valutare la situazione clinica, il rapporto rischio/beneficio, l'aspettativa di vita, e decidere riguardo l'appropriatezza della richiesta di visita neurochirurgica?

GPG Patient

Senza dati non si va da nessuna parte, aspetto fondamentale per un percorso decisionale clinico ragionato. Nel corso del colloquio con il familiare o il paziente GPG Patient permette di ottenere una visione generale della situazione clinica. Nel modulo GPG Patient > digitare il cognome del paziente nel campo *Cerca* > Viene eventualmente visualizzata la lista dei pazienti con identico cognome se presenti.

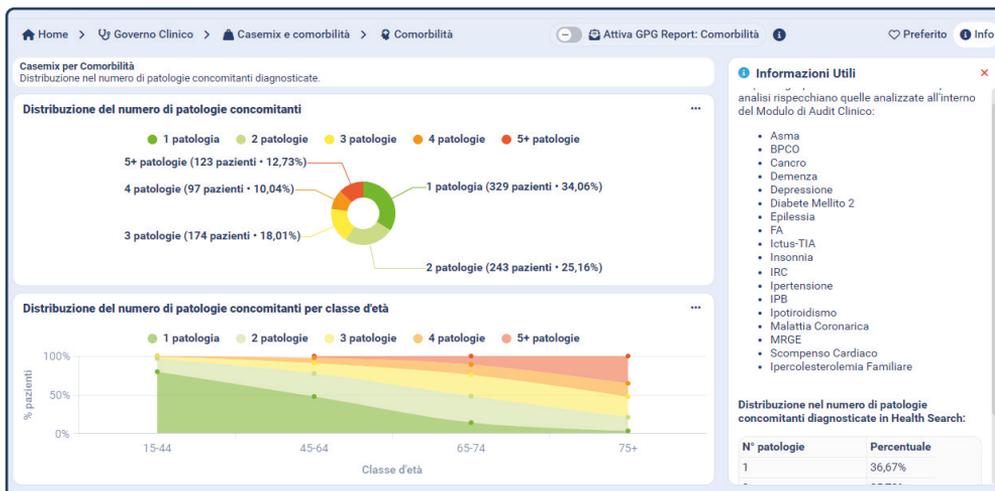
La lista, oltre a sesso ed età dei pazienti, visualizza lo score HSM Index (score composito di multimorbilità indicativo della complessità del paziente) che appare su campo variamente colorato in base al valore dello score: verde se bassa complessità, giallo se complessità clinica intermedia, arancio se alta complessità, rosso se complessità molto alta: la paziente ha HSMI 41, molto alto. Segue il valore del Charlson Index grezzo, score di comorbilità e complessità clinica, anch'esso alto e associato a bassa probabilità di sopravvivenza a dieci anni. I due score esprimono dunque alti livelli di consumo di risorse sanitarie, alto carico lavorativo, speranza di vita molto bassa. La risposta è già nelle nostre mani: qui prodest? A questo punto utile una valutazione delle criticità presenti, ma al momento superflue visto che GPG permette di eseguire ulteriori valutazioni riguardo alla complessità clinica per definire meglio il tenore della risposta da dare alla figlia della paziente



| Cognome | Nome | Sesso | Età | HSM Index | Charlson Index | Visualizza in MilleWin | Visualizza interventi consigliati |
|---------|------------|-------|-----|-----------|----------------|------------------------|-----------------------------------|
| ARMANI | ANNA MARIA | F | 55 | 32,43 | 1 | Visualizza | GPG Patient |
| ARMANI | FRANCESCA | F | 93 | 41,35 | 6 | Visualizza | GPG Patient |
| ARMANI | GIORGIO | M | 49 | 15,99 | 1 | Visualizza | GPG Patient |

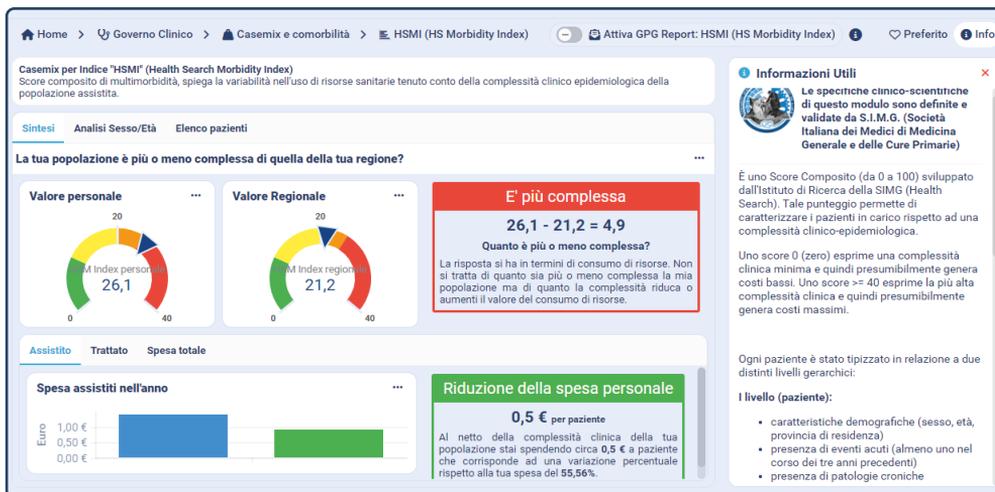
Casemix Comorbilità

Il modulo Casemix permette di eseguire una esaustiva valutazione della complessità del paziente. La sezione Comorbilità innanzitutto esegue una stratificazione dei pazienti in base al numero di patologie croniche presenti; nel campo inferiore la distribuzione del numero di patologie concomitanti per classi di età; l'elenco delle patologie considerate è riportato nel campo Informazioni utili a destra. In basso lo stesso campo Informazioni utili mostra la distribuzione percentuale delle patologie concomitanti rilevata nel database Health Search per un rapido confronto con i propri dati. Sulla scorta dei problemi registrati in cartella la paziente dovrebbe avere almeno 5 patologie concomitanti. Il clic del mouse sul gruppo Pazienti con più di 5 patologie concomitanti, in ambedue i grafici, visualizza l'elenco di tutti i pazienti con lo stesso numero di patologie; con il campo cerca si può cercare e visualizzare il paziente: nella colonna Patologie della lista sono mostrate le patologie rilevate. Il numero e la tipologia delle patologie concomitanti unitamente all'età del paziente permettono di esprimere un giudizio riguardo alla opportunità e fattibilità di un intervento chirurgico ad alto rischio.



Casemix HSMI (HS Morbidity Index)

Lo score HSMI, nel modulo Casemix, permette di valutare il paziente sotto il profilo sia della complessità clinica, sia del carico lavorativo sia del consumo di risorse sanitarie.

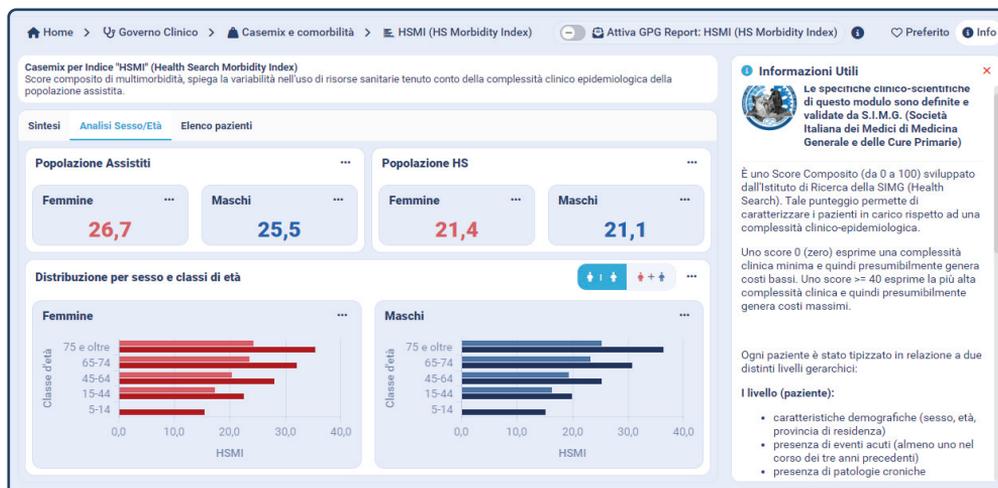


Come sinteticamente descritto nel campo Informazioni utili è uno score composto sviluppato da HS che può variare da 0 a 100. Uno score basso è indicativo di minima complessità clinica e di conseguenza, probabilmente, generatore di bassi costi di gestione; uno score >40, molto alto, è espressione di elevata complessità e conseguentemente di costi di gestione molto alti.

Una popolazione di assistiti che comprende un rilevante numero di pazienti ad elevato HSMI può spiegare un eventuale scostamento in eccesso della spesa sanitaria generata dal medico: queste valutazioni di farmaco-economia rapportate

alla complessità clinica sono sintetizzate nella pagina iniziale del modulo: il valore medio della complessità della popolazione personale è raffrontato al valore medio regionale rilevato in HS, unitamente agli indici di spesa generata in un anno, distinta per assistito, per trattato e totale, grezza e aggiustata per HSMI. Di fianco i livelli di scostamento personali rispetto alla media regionale della complessità e rispetto a ciascun indice di spesa.

Nella pagina successiva, analisi sesso/età, lo score per sesso nella popolazione personale è posto a confronto con quello della popolazione HS.



Nel grafico in basso l'indice HSMI personale è stratificato secondo classi di età e sesso ed è confrontato con i dati HS.

Come atteso all'aumentare dell'età aumenta il valore dell'indice e conseguentemente una popolazione prevalentemente anziana genera un HSMI mediamente più alto, una spesa più alta e un maggior carico di lavoro per il medico.

La terza pagina del modulo mostra l'elenco dei pazienti, nella figura ordinati in base al livello dello score (l'ordinamento è modificabile agendo sui titoli delle varie colonne): per ciascun paziente GPG mostra data di nascita, sesso, età insieme e valore dello score HSMI calcolato.

Casemix per Indice "HSMI" (Health Search Morbidity Index)
 Score composto di multimorbilità, spiega la variabilità nell'uso di risorse sanitarie tenuto conto della complessità clinico epidemiologica della popolazione assistita.

Sintesi Analisi Sesso/Età **Elenco pazienti**

Elenco dei pazienti
 ● Basso ● Moderato ● Alto ● Molto Alto

Cerca

| Cognome | Nome | Nascita | Sesso | Età | HSM Index |
|---------|------|---------|-------|-----|-----------|
| N.D. | N.D. | N.D. | F | 81 | 51,82 |
| N.D. | N.D. | N.D. | F | 86 | 51,36 |
| N.D. | N.D. | N.D. | M | 84 | 49,74 |
| N.D. | N.D. | N.D. | F | 79 | 49,28 |
| N.D. | N.D. | N.D. | F | 88 | 48,28 |
| N.D. | N.D. | N.D. | M | 78 | 48,25 |
| N.D. | N.D. | N.D. | M | 91 | 47,54 |
| N.D. | N.D. | N.D. | M | 88 | 47,42 |
| N.D. | N.D. | N.D. | M | 92 | 46,52 |

15 30 60 Pagina 1 su 51 (1525 righe) < 1 2 3 4 5 ... 51 >

Informazioni Utili

Le specifiche clinico-scientifiche di questo modulo sono definite e validate da S.I.M.G. (Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie)

È uno Score Composito (da 0 a 100) sviluppato dall'Istituto di Ricerca della SIMG (Health Search). Tale punteggio permette di caratterizzare i pazienti in carico rispetto ad una complessità clinico-epidemiologica.

Uno score 0 (zero) esprime una complessità clinica minima e quindi presumibilmente genera costi bassi. Uno score >= 40 esprime la più alta complessità clinica e quindi presumibilmente genera costi massimi.

Ogni paziente è stato tipizzato in relazione a due distinti livelli gerarchici:

I livelli (paziente):

- caratteristiche demografiche (sesso, età, provincia di residenza)
- presenza di eventi acuti (almeno uno nel corso dei tre anni precedenti)

HSM Index ▾ ...

Cerca

Seleziona tutto

Moderato

Alto

Molto Alto

Applica

Il campo dello score appare di colore diverso a seconda del valore dell'indice come riportato nella legenda in alto a sinistra. La paziente ha uno score >40 quindi molto alto. Possiamo restringere la lista visualizzando solo i pazienti a rischio molto alto mediante il menù a tendina HSM Index.

Casemix Charlson Index

La paziente, dunque, ha uno score di complessità molto alto, ed assorbe molte risorse; ma qual è l'aspettativa di vita e quali sono i rapporti costo/beneficio o rischio/beneficio di un approccio aggressivo? In altre parole, ne vale la pena?

Nell'interesse della paziente che magari ha una aspettativa di vita ridotta e un approccio aggressivo al problema potrebbe solo produrre ulteriori complicazioni o accelerare la morte. Il modulo Charlson Index permette di chiarire i dubbi e consente di dare un giudizio ponderato riguardo ad un eventuale problema.

La pagina iniziale del modulo visualizza una Sintesi della valutazione eseguita su tutta la popolazione degli assistiti.



In alto il valore del Charlson index medio personale è confrontato con il valore medio rilevato sulla popolazione HS. Subito sotto l'indice medio distinto per popolazione in carico maschile e femminile sempre confrontato con i corrispondenti indici della popolazione HS. Infine, in basso, il grafico della distribuzione dell'indice personale stratificato per sesso e classi di età sempre confrontato con i dati in HS. La seconda pagina del modulo mostra l'elenco dei pazienti in carico.

Casemix per "Charlson Index"
Score composito di comorbidità, calcolato in base alla complessità clinico-epidemiologica della popolazione assistita.

Sintesi | **Elenco Pazienti**

Charlson Index | Charlson Index età | Speranza di vita a 10 anni

Elenco Pazienti

Cerca

| Cognome | Nome | Nascita | Sesso | Età | Charlson Index | Charlson Index età | Speranza di vita a 10 anni |
|---------|------|---------|-------|-----|----------------|--------------------|----------------------------|
| N.D. | N.D. | N.D. | F | 81 | 14 | 18 | 0,00 |
| N.D. | N.D. | N.D. | F | 86 | 13 | 17 | 0,00 |
| N.D. | N.D. | N.D. | M | 76 | 10 | 13 | 0,00 |
| N.D. | N.D. | N.D. | F | 83 | 10 | 14 | 0,00 |
| N.D. | N.D. | N.D. | M | 92 | 10 | 14 | 0,00 |
| N.D. | N.D. | N.D. | F | 88 | 10 | 14 | 0,00 |
| N.D. | N.D. | N.D. | M | 50 | 10 | 10 | 0,00 |
| N.D. | N.D. | N.D. | F | 57 | 10 | 11 | 0,00 |
| N.D. | N.D. | N.D. | M | 61 | 10 | 12 | 0,00 |

Pagina 1 su 51 (1525 righe) | 1 2 3 4 5 ... 51

Informazioni Utili

Indice di Charlson: Calcolato per assistito come somma degli indici assegnati alle relative patologie; utile per misurare la comorbidità e quindi il Case Mix, validato in numerose esperienze, produce valori ben correlati con i dati di mortalità, morbilità e consumo di risorse sanitarie.

Nel lavoro originale, l'indice è costruito in base alla presenza nel singolo paziente di 19 patologie traccianti. In GPGNetwork viene utilizzato l'algoritmo adattato alla previsione di spesa delle malattie croniche nelle cure primarie.

Le patologie traccianti sono 19, ciascuna delle quali contribuisce allo score con un punteggio tra 1 e 6; la somma dei punteggi da malattie coesistenti viene poi anche ponderata per l'età.

Lo score "grezzo" varia da 0 a 33, mentre il Charlson age adjusted Index è compreso tra 0 a 37, con eccellente validità predittiva per un gran numero di outcome clinici in ambito oncologico, geriatrico e internistico.

Nonostante l'ampiezza del range, uno score > 5 è in genere espressione di importante impegno clinico. Nel lavoro originale di Charlson la

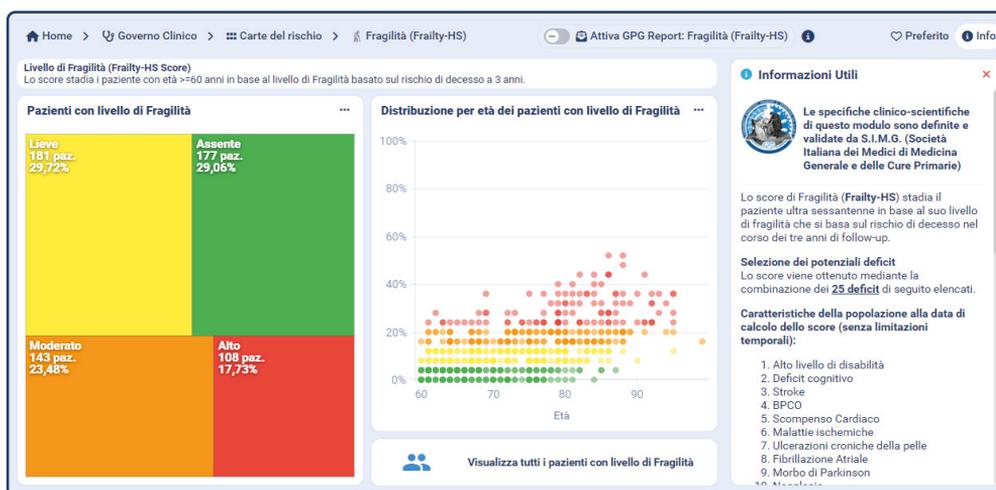
Il nome è seguito da data di nascita, sesso, età, valori del Charlson index rilevati: grezzo e aggiustato per età; infine, l'ultima colonna riporta la stima della speranza di vita a dieci anni. Un Charlson index alto >6 unitamente ad aspettativa di vita a 10 anni pari a 0 sta a significare che non si può escludere e non deve sorprendere che quel paziente non sia più in vita entro l'anno.

Nel caso della paziente l'indice grezzo è 6, mentre quello aggiustato per età è 10 e l'aspettativa di vita a 10 anni è pari a 0.

L'intervento in tali condizioni avrebbe alta probabilità di creare altre situazioni deleterie per il paziente o anche provocarne la morte. Possiamo dunque dare una chiara e ponderata risposta al familiare ed evitare che la paziente vada incontro ad inutile quanto vano spreco di risorse. Ricordiamo che gli elenchi dei pazienti sono fogli di lavoro e sia utilizzando i menu a tendina, sia agendo sui titoli delle colonne è possibile estrarre gruppi selezionati di pazienti o modificare l'ordinamento della lista.

Carte del Rischio - Frailty-HS Score

GPG infine permette una ulteriore analisi per valutare il rischio di fragilità del paziente insieme al rischio di mortalità a breve termine. il Frailty-HS Score, nel modulo Carte del rischio, è stato anch'esso sviluppato in HS e permette di stratificare i pazienti ultrasessantenni in base al rischio di decesso nel corso di tre anni di follow-up.



L'analisi e la stratificazione sono eseguite mediante la combinazione di 25 deficit funzionali, elencati nel campo Informazioni utili a destra, unitamente alla valutazione di alcune situazioni eventualmente registrate negli ultimi 6 mesi dalla data di analisi, es terapia con eparina o ossigenoterapia. Sulla base del rischio di fragilità ottenuto la popolazione dei pazienti >60 anni viene dunque stratificata in quattro gruppi: assente, lieve, moderato o alto. La pagina del modulo mostra a sinistra i quattro gruppi di pazienti valutati secondo il livello di fragilità.



A destra il grafico a dispersione dello score di tutti i pazienti valutati.

La selezione di un gruppo permette di visualizzare nel grafico a dispersione a destra solo i pazienti di quel gruppo.

Ciascun punto sul grafico corrisponde ad un paziente; sfiorandolo con il mouse appare un fumetto con il nome del paziente corrispondente unitamente allo score di fragilità.

Paziente con livello di Fragilità Frailty-HS

Paziente con livello di Fragilità Alto

| | |
|----------------------|------|
| Cognome | N.D. |
| Nome | N.D. |
| Sesso | F |
| Data Nascita | N.D. |
| Età | 91 |
| Frailty-HS (%) | 44 |
| Livello di Fragilità | Alto |
| Deficit Cognitivo | ✓ |
| M. Cerebrovasc. | ✓ |
| Neoplasie | |
| M. Ischemiche | |
| Scopenso | ✓ |
| Fibr. Atriale | |
| Parkinson | |
| Ossigeno Terap. | |

| | |
|-------------------|---|
| M. Bradicardiche | ✓ |
| Eparina | |
| M. Vascolari | ✓ |
| Schizofrenia | |
| Altre M. Neurol | |
| Edema | |
| Alta Disabilità | ✓ |
| COPD | ✓ |
| IRC | ✓ |
| Frattura Femore | |
| Anemia | ✓ |
| Costipazione | ✓ |
| M. Nutrizionali | |
| Diabete | ✓ |
| Esenzione Reddito | |

Avvisi Registri E-mail Visualizza paziente in MW

Il clic apre il dettaglio del paziente con indicazione dei deficit rilevati il valore percentuale dello score e il Livello di fragilità. Per conoscere il livello di fragilità di un paziente è utile aprire l'elenco di tutti i pazienti valutati e cercarlo nella lista con il campo cerca (tasto Visualizza tutti i pazienti...).

Pazienti con livello di Fragilità Frailty-HS

Pazienti con livello di Fragilità ALTO

Variabili Demografiche Livello Fragilità: Alto M. Neurologiche M. Cardio-Cerebro Vascolari Tumori Terapie Altro

Pazienti (108)

Visualizza nomi Stampa Salva Excel Salva PDF

Cerca

| Cognome | Nome | Sesso | Data Nascita | Età | Fragilità | Frailty-HS (%) | Deficit Cognitivo | M. Cerebrovasc. | Neoplasie | M. Ischemiche | Scopenso |
|---------|------|-------|--------------|-----|-----------|----------------|-------------------|-----------------|-----------|---------------|----------|
| N.D. | N.D. | F | N.D. | 88 | Alto | 52 | | ✓ | ✓ | ✓ | |
| N.D. | N.D. | M | N.D. | 86 | Alto | 52 | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ |
| N.D. | N.D. | F | N.D. | 88 | Alto | 48 | ✓ | ✓ | | ✓ | |
| N.D. | N.D. | F | N.D. | 91 | Alto | 44 | ✓ | ✓ | | | ✓ |
| N.D. | N.D. | M | N.D. | 86 | Alto | 44 | | ✓ | | ✓ | ✓ |
| N.D. | N.D. | M | N.D. | 82 | Alto | 44 | ✓ | ✓ | | | |
| N.D. | N.D. | F | N.D. | 86 | Alto | 44 | | ✓ | | | ✓ |

15 30 60 Pagina 1 su 4 (108 righe) 1 2 3 4

Avvisi Registri E-mail Visualizza paziente in MW

Il nostro paziente ha uno score di rischio alto, pari al 40% di rischio di decesso a 3 anni di follow-up e dunque occorre eseguire il test Brief-MPI o il test MPI, una valutazione multidimensionale dell'anziano per poter impostare un programma assistenziale tarato sui bisogni.

2. GPG e la gestione del paziente giovane, ma falso sano. Medicina opportunistica proattiva

Giorgio Armani, un paziente di 49 anni, viene in studio perché ha bisogno di un certificato per attività sportiva non agonistica. Ha sempre praticato attività fisica in palestra fino a qualche anno fa, poi, per ragioni lavorative, ha smesso, ma il suo peso sta aumentando e vorrebbe fare più movimento. Non risultano in cartella precedenti accertamenti di laboratorio.

L'analisi della storia personale e familiare e l'esame obiettivo fanno emergere: familiarità per Diabete tipo 2 (madre), per ipertensione (padre), per neoplasie (padre con K colon). Non fuma; è insegnante, il lavoro è sedentario. Pesa 78 Kg, è alto 163 cm: BMI 29.4 Kg/m². Circonferenza vita 104 cm (sovrappeso viscerale). La PA 142/86 mmHg (riferisce altri controlli intorno a 138-145/85 mmHg). Obiettività negativa.

Il paziente presenta fattori di rischio per DM2, familiarità di I° grado per diabete, ipertensione, neoplasie del colon. Richiedo esami di laboratorio e cardiologici...e che altro?

GPG Governo clinico - Prevenzione primaria

L'unica vera possibilità di contrasto all'epidemia delle cronicità è la prevenzione attiva che significa intervenire precocemente, anche prima del manifestarsi di un evento, sia su soggetti per altri versi definiti sani sia nelle fasi iniziali, a volte del tutto asintomatiche delle malattie. Il MMG occupa una posizione strategica e del tutto peculiare nell'ambito del sistema sanitario in quanto prima linea e ha la possibilità e anche l'obbligo professionale morale e deontologico di agire su comportamenti a rischio e stili di vita non salutari; è in grado di intercettare i pazienti nelle fasi più precoci di malattia garantendo la diagnosi precoce delle principali e frequenti malattie croniche; può contribuire al contenimento di prevalenza e incidenza di tali malattie e al ritardo della comparsa delle loro complicanze; può ancora contribuire a migliorare globalmente la qualità delle cure garantendo nello stesso momento la sostenibilità del sistema stesso. Il modulo prevenzione di governo clinico del GPG, sul modello del CCM espanso del Kaiser Permanente, permette di assolvere egregiamente ai compiti di educazione e prevenzione primaria e secondaria. La visualizzazione della scheda GPGPatient fa rilevare una serie di criticità che riguardano oltre alle possibili vaccinazioni dell'adulto anche l'ambito della prevenzione primaria (cardiovascolare) e secondaria (Epatite C, familiarità).

ARMANI GIORGIO
Età: 49 anni

Sintesi delle valutazioni

- Vaccinazioni**
 - Difterite, Tetano, Pertosse (dTPa) **2**
 - Pneumococco **2**
 - Tetano **1**
- Prevenzione primaria**
 - Cardiovascolare **1**
- Prevenzione secondaria**
 - Epatite C (HCV) **1**
 - Familiarità **3**
 - Diabete Mellito tipo 2 **2**

Vaccinazioni

Difterite, Tetano, Pertosse (dTPa)

Paziente senza vaccinazione antidifterite-tetano-pertosse (dTPa)
Temporalità: ultimi 120 mesi

Paziente senza vaccinazione antidifterite-tetano-pertosse (dTPa)
Temporalità: ever

Pneumococco

Paziente senza vaccinazione anti-pneumococcica (PCV o PPSV)
Temporalità: ever

Paziente (età >= 14 anni) non vaccinato con PCV13+PPSV o con PCV15+PPSV oppure con PCV20
Temporalità: ever

Tetano

Paziente (nati dopo il 1968) senza vaccinazione antitetanica
Temporalità: ultimi 132 mesi

Prevenzione primaria

Cardiovascolare

Paziente (età tra 40 e 65 anni) senza storia clinica di eventi cardiovascolari maggiori e senza una valutazione del Rischio CV secondo ESC Score
Temporalità: ultimi 60 mesi

Prevenzione secondaria

Epatite C (HCV)

Paziente eleggibile allo screening per l'infezione da Epatite C (nato tra il 1969 e il 1989), senza una registrazione del test HCV Ab
Temporalità: ever

Familiarità

Paziente con familiarità per Tumore del Colon
Temporalità: ever

Esporta il report di valutazione

In ambito di prevenzione primaria il nostro paziente presenta una criticità riguardo lo stile di vita. In particolare non è stata ancora eseguita la valutazione sul consumo di alcolici:

a richiesta beve un bicchiere di vino al giorno solo a cena. Il sabato e la domenica anche due bicchieri a pranzo e 2-3 bicchierini di superalcolico ma sempre solo nel weekend.

GPG
GOVERNO CLINICO

Preferiti Impostazioni Documentazione Cerca Analisi

Home > Governo Clinico > Prevenzione > Prevenzione primaria

Prevenzione primaria
Prevenzione secondaria (Screening)

Alcol
Monitoraggio della registrazione delle abitudini al consumo di bevande alcoliche

Attività Fisica
Monitoraggio della registrazione delle abitudini all'attività fisica

BMI (IMC)
Monitoraggio della registrazione dell'indice di massa corporea stratificati per livello di obesità

Cardiovascolare
Monitoraggio dei pazienti a rischio cardiovascolare ai quali non sono stati applicati specifici e possibili interventi di prevenzione primaria

Counseling
Monitoraggio della registrazione delle attività di counseling

Fumo
Monitoraggio della registrazione delle abitudini al fumo

Pazienti con criticità (Prevenzione Primaria per ALCOOL)

[RC-PP08] Pazienti di età >= 14 anni senza una registrazione delle abitudini al consumo di alcool

Variabili Demografiche

Pazienti (58)

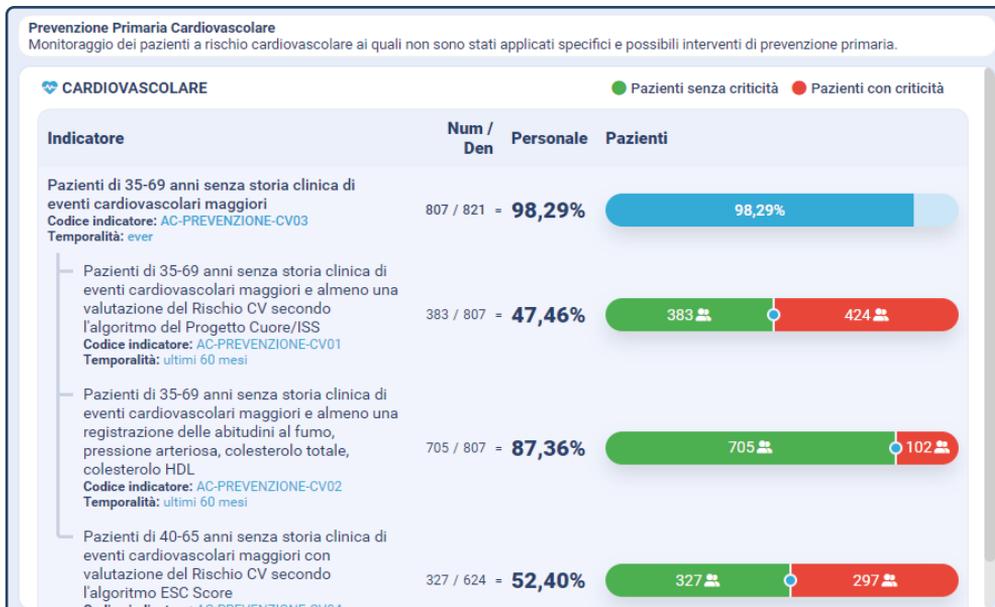
Cerca

| Cognome | Nome | Sesso | Data Nascita | Età |
|---------|------|-------|--------------|-----|
| N.D. | N.D. | F | N.D. | 14 |
| N.D. | N.D. | F | N.D. | 18 |
| N.D. | N.D. | F | N.D. | 53 |
| N.D. | N.D. | M | N.D. | 57 |
| N.D. | N.D. | M | N.D. | 16 |
| N.D. | N.D. | F | N.D. | 29 |
| N.D. | N.D. | M | N.D. | 49 |
| N.D. | N.D. | M | N.D. | 15 |

Pagina 1 su 2 (58 righe)

Avvisi Registri E-mail Visualizza paziente in MW

In ambito cardiovascolare è tra i pazienti nella fascia d'età 35-69 anni senza storia di eventi cardiovascolari, ma non ha valutazione del rischio cardiovascolare ISS Progetto cuore (AC-Prevenzione-CV01) e ancora nella fascia d'età 40-65 anni senza storia di eventi CV e senza valutazione del rischio CV secondo l'algoritmo ESC Score (AC-Prevenzione-CV04).



Pazienti con criticità (Prevenzione Primaria CARDIOVASCOLARE)

[AC-PREVENZIONE-CV04] Pazienti di età compresa tra 40-65 anni senza storia clinica di eventi cardiovascolari maggiori senza una valutazione del Rischio CV secondo l'algoritmo ESC Score

Variabili Demografiche

Pazienti (297)

Visualizza nomi | Stampa | Salva Excel | Salva PDF

Cerca

| Cognome | Nome | Sesso | Data Nascita | Età |
|---------|------|-------|--------------|-----|
| N.D. | N.D. | M | N.D. | 51 |
| N.D. | N.D. | F | N.D. | 53 |
| N.D. | N.D. | M | N.D. | 48 |
| N.D. | N.D. | F | N.D. | 42 |
| N.D. | N.D. | M | N.D. | 43 |
| N.D. | N.D. | F | N.D. | 49 |
| N.D. | N.D. | F | N.D. | 58 |

Pagina 1 su 10 (297 righe)

Avvisi | Registri | E-mail | Visualizza paziente in MW

Il paziente non ha esami registrati; In ambedue i casi è necessario conoscere i valori delle frazioni lipidiche oltre alla determinazione della glicemia a digiuno (il paziente ha fattori di rischio e in considerazione della storia clinica potrebbe essere già diabetico perché il decorso preclinico è del tutto asintomatico).

GPG Governo clinico - Prevenzione secondaria Epatite C (HCV)

Il paziente presenta come già detto una criticità per HCV; non è un soggetto a rischio, ma rientra tra i soggetti eleggibili allo screening per HCV essendo nato tra il 1969 e 1989 come da GU del 8/7/2021 Pag. 8 art. 1 Screening dell'infezione attiva da HCV (SCR_HCV03) e non ha eseguito il test HCV Ab (SCR_HCV04).

GPG GOVERNO CLINICO

Preferiti | Impostazioni | Documentazione | Cerca | Analisi 26/10/2024

Home > Governo Clinico > Prevenzione > Prevenzione secondaria (Screening)

Preferito

- Epatite C (HCV)**
Gestione e monitoraggio dello screening dei pazienti a rischio Epatite C (HCV)
- HIV**
Gestione e monitoraggio dello screening dei pazienti a rischio HIV
- Celiachia**
Gestione e monitoraggio dello screening dei pazienti a rischio celiachia
- Diabete Mellito tipo 2**
Gestione e monitoraggio dello screening dei pazienti a rischio diabete
- Ipercolesterolemia Familiare**
Gestione e monitoraggio dei pazienti a rischio ipercolesterolemia familiare
- Cancro**
Gestione e monitoraggio dell'attività di screening (mammografico, citologico, colon rettale) nei pazienti a rischio
- Scompenso cardiaco**
Gestione e monitoraggio dello screening dei pazienti a rischio scompenso cardiaco
- Prevenzione Gastrointestinale**
Gestione e monitoraggio dello screening dei pazienti a rischio emorragie gastriche
- Familiarità**
Soggetti che hanno registrato un qualsiasi tipo di familiarità

Pazienti con criticità (Screening per HCV)

[SCR_HCV04] Pazienti eleggibili allo screening per l'infezione da Epatite C (nati tra il 1969 e il 1989) senza una registrazione del test HCV Ab

Variabili Demografiche

Pazienti (166)

Cerca

| Cognome | Nome | Sesso | Data Nascita | Età |
|---------|------|-------|--------------|-----|
| N.D. | N.D. | F | N.D. | 41 |
| N.D. | N.D. | M | N.D. | 41 |
| N.D. | N.D. | F | N.D. | 51 |
| N.D. | N.D. | M | N.D. | 49 |
| N.D. | N.D. | F | N.D. | 37 |
| N.D. | N.D. | F | N.D. | 40 |
| N.D. | N.D. | M | N.D. | 51 |

Pagina 1 su 6 (166 righe)

Avvisi Registri E-mail Visualizza paziente in MW

L'eventuale positività di questo dato comporterebbe un approfondimento diagnostico mirato alla diagnosi di ECA HCV correlata e alla conseguente terapia antivirale necessaria per eradicare l'infezione ed evitare le spiacevoli conseguenze della malattia sistemica HCV correlata.

Diabete Mellito tipo 2

Il paziente ha fattori di rischio per DM2 e pertanto è compreso tra le criticità dell'indicatore RC-SD01. Rientra dunque tra i soggetti per i quali è indicato lo screening selettivo per la diagnosi precoce ed è presente anche tra le criticità dell'indicatore RC-SD02 perché non ha in cartella alcuna registrazione di glicemia a digiuno o OGTT o HbA1c. E se fosse diabetico a sua insaputa?

Attiva GPG Report: Diabete Mellito tipo 2

Home > Governo Clinico > Prevenzione > Prevenzione secondaria (Screening) > Diabete Mellito tipo 2

Screening per Diabete Mellito tipo 2
Gestione e monitoraggio dello screening dei pazienti a rischio Diabete Mellito tipo 2.

DIABETE ● Pazienti senza criticità ● Pazienti con criticità

| Indicatore | Num / Den | Personale | Pazienti |
|---|-------------|-----------|-----------|
| Pazienti senza diagnosi di Diabete Mellito di Tipo 2 e non in stato di gravidanza senza fattori di rischio per il DM2 Codice indicatore: RC-SD01 Temporalità: ever | 413 / 1.311 | 31,5% | 413 / 898 |
| Pazienti senza diagnosi di Diabete Mellito di Tipo 2 e non in stato di gravidanza, con età >= 45 anni oppure con età < 45 anni e con almeno un fattore di rischio per il DM2 con registrazione di glicemia a digiuno, emoglobina glicata oppure OGTT Codice indicatore: RC-SD02 Temporalità: ultimi 15 mesi | 676 / 898 | 75,28% | 676 / 222 |
| Pazienti con IFG oppure IGT oppure Glicemia a digiuno tra 100 e 125 mg/dL con registrazione di OGTT, emoglobina glicata oppure glicemia a digiuno Codice indicatore: RC-SD03 Temporalità: ultimi 15 mesi | 132 / 437 | 30,21% | 132 / 305 |
| Pazienti con elevato rischio* di sviluppare il Diabete Mellito di Tipo 2 con almeno una registrazione di glicemia Codice indicatore: RC-SD04 Temporalità: ultimi 15 mesi | 427 / 989 | 43,17% | 427 / 562 |

Info e Risorse

(*) Un soggetto è classificato ad **Alto Rischio di Diabete Mellito Tipo 2** se ha:

BMI >= 25 kg/m2 e una o più tra le seguenti condizioni:

- Inattività fisica;
- Familiarità di primo grado per diabete tipo 2 (genitori, fratelli);
- Diagnosi di ipertensione arteriosa (>= 140/90 mmHg no.);
- Bassi livelli di colesterolo HDL (< 35 mg/dl) e/o elevati valori di trigliceridi (> 250 mg/dl);
- Nella donna: parto di un neonato di peso > 4 kg o pregresso diabete gestazionale;
- Sindrome dell'ovaio policistico o altre condizioni di insulino-resistenza come l'acanthosis nigricans;
- Diagnosi di ipertensione arteriosa (>= 140/90 mmHg no.) o terapia antipertensiva in atto;
- Evidenza clinica di malattie cardiovascolari;
- HbA1c >= 6,0% e < 6,5%;
- IGT o IFG in un precedente test di screening.

Pazienti con criticità (Screening per Diabete Mellito tipo 2)

[RC-SD01] Pazienti di età >= 14 anni senza diagnosi di Diabete Mellito di Tipo 2 e non in stato di Gravidanza con fattori di rischio per il Diabete Mellito di Tipo 2

Variabili Demografiche

Pazienti (898)

Cerca

| Cognome | Nome | Sesso | Data Nascita | Età |
|---------|------|-------|--------------|-----|
| N.D. | N.D. | M | N.D. | 55 |
| N.D. | N.D. | M | N.D. | 27 |
| N.D. | N.D. | M | N.D. | 46 |
| N.D. | N.D. | F | N.D. | 54 |
| N.D. | N.D. | F | N.D. | 49 |
| N.D. | N.D. | F | N.D. | 76 |
| N.D. | N.D. | M | N.D. | 49 |

Pagina 2 su 30 (898 righe)

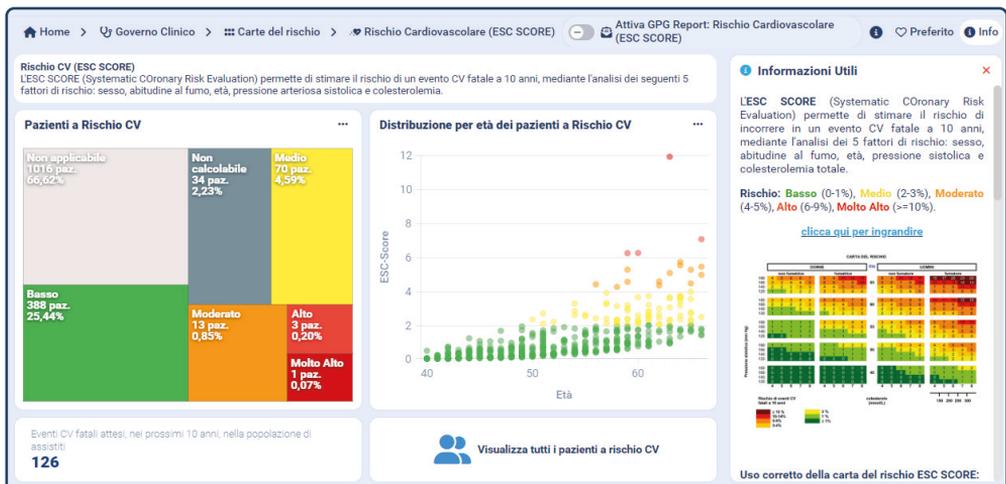
Avvisi Registri E-mail Visualizza paziente in MW

Cancro

Il paziente ha 49 anni e pertanto, pur non avendo eseguito SOF o colonscopia, non rientra nella fascia d'età dello screening per K colon e non rappresenta almeno per ora una criticità. Avendo familiarità di 1° grado, tuttavia, viste le lunghe liste d'attesa, si potrebbe già pensare alla richiesta di colonscopia da programmare dopo il 50° compleanno (giugno 2025). Nel modulo familiarità il paziente presenta criticità correlate alle patologie familiari rilevate e indicate in cartella, e non rientra tra le criticità relativamente alle patologie non registrate (assenti o presenti che siano).

Carte del rischio – Rischio cardiovascolare

Il paziente non ha dati in cartella; in particolare manca la registrazione del profilo lipidico e non ha una glicemia registrata e pertanto non abbiamo possibilità al momento di escludere il diabete. Per tali motivi il paziente compare nel gruppo dei soggetti con rischio non calcolabile, sia secondo l'algoritmo ESC Score sia secondo quello ESC SCORE2/OP.



Rischio CV ESC-Score

Pazienti con rischio CV NON CALCOLABILE

Variabili Demografiche Rischio Rischio CV: Non calcolabile Fumo Variabili Cliniche

Pazienti (34)

Visualizza nomi Stampa Salva Excel Salva PDF

Cerca

| Cognome | Nome | Sesso | Data Nascita | Età | Rischio CV | ESC-Score | Fumatore | Diabete | Dislip.Fam. | Mal.ASCVD | Ipertens.Severa |
|---------|------|-------|--------------|-----|-----------------|-----------|----------|---------|-------------|-----------|-----------------|
| N.D. | N.D. | F | N.D. | 49 | Non calcolabile | - | | | | | |
| N.D. | N.D. | M | N.D. | 57 | Non calcolabile | - | ✓ | | | | |
| N.D. | N.D. | M | N.D. | 41 | Non calcolabile | - | | | | | |
| N.D. | N.D. | M | N.D. | 47 | Non calcolabile | - | | | | | |

15 30 60 Pagina 2 su 2 (34 righe) < 1 2 >

Avvisi Registri E-mail Visualizza paziente in MW

In definitiva per questo paziente, nell'ambito della medicina proattiva, delle persone sane, anticipatoria, occorrerebbe intervenire opportunisticamente richiedendo prioritariamente una valutazione dell'assetto glico-metabolico e lipidico, una valutazione dei markers virali, in particolare HCV Ab, e un ecg...poi si potrà redigere in sicurezza il certificato per l'attività sportiva non agonistica. Nell'attesa un intervento di minima teso ad indurre la modifica degli stili di vita: lasci auto a casa e vada a piedi al lavoro, eviti i superalcolici e moderi ulteriormente il vino, salga le scale a piedi e faccia almeno 30 minuti di camminata veloce ogni giorno.

3. Prevenzione secondaria nel paziente giovane con cronicità

Viene in studio, dopo diversi anni di assenza, Anna Maria Armani, casalinga di 54 anni: chiede di eseguire una DEXA perché vuole controllare le ossa; si sente piena di dolori ed ha timore di avere l'osteoporosi. La paziente è ipertesa in terapia con Ramipril 5 mg/die da circa 20 anni. La lista dei problemi evidenzia diversi altri problemi registrati alcuni anni or sono: IFG, tiroidite autoimmune, pregresso ipertiroidismo, rinite allergica stagionale, reflusso gastroesofageo. Inoltre, la paziente è stata isterectomizzata per mioma uterino a contegno metrorragico nel 2008 all'età di 38 anni. Avendo conservato le ovaie la paziente dovrebbe essere in menopausa presumibilmente dall'età di 50 anni. L'ultimo BMI registrato risale al 2017 (48 anni) 26.5 Kg/m² (lieve sovrappeso), ma la paziente riferisce peso stabile. L'ultima PA registrata risale al 2018: 115/75 mmHg FC 75/min. Successivamente sono presenti solo registrazioni della frequenza cardiaca rilevate durante infezione da SARS-CoV-2 a ottobre 2020. L'ultimo controllo ematochimico è stato eseguito a novembre 2012. Stendiamo un velo pietoso sui controlli in prevenzione secondaria per k mammella, cervice uterina e k colon!

GPG Patient

La sintesi delle valutazioni con Patient elenca una serie di messaggi riguardo multipli indicatori in diversi moduli del GPG, riportati in forma estesa nella pagina a destra.

The screenshot displays the GPG Patient interface for Anna Maria Armani, 55 years old. It is divided into two main sections: a summary on the left and detailed notes on the right.

Summary (Sintesi delle valutazioni):

- Appropriatezza:** 2 items (NOTA 1 e 48, NOTA 13).
- Vaccinazioni:** 5 items (COVID19, Differite, Tetano, Pertosse (dTpa), Influenza, Pneumococco, Tetano, Herpes Zoster).
- Rischio Clinico:** 1 item (Rischio Malattia Renale Cronica).

Detailed Notes (Appropriatezza):

- NOTA 1 e 48:** Paziente con sindrome di Zollinger-Ellison o malattia da reflusso gastroesofageo, NON in trattamento con IPP o anti-H2. Temporalità: ultimi 12 mesi.
- NOTA 13:** Paziente a rischio CV basso - Score ESC 0-1%, NON in trattamento con farmaci lipopemizzanti (Fascia A). Temporalità: ultimi 12 mesi.

Vaccinazioni:

- COVID19:** Paziente (età <= 59 anni) con condizioni di rischio, senza vaccinazione anti COVID-19. Temporalità: ultima campagna vaccinale.
- Differite, Tetano, Pertosse (dTpa):** Paziente senza vaccinazione antidifterite-tetano-pertosse (dTpa). Temporalità: ultimi 120 mesi.
- Influenza:** Paziente (età <= 59 anni) con condizioni di rischio, senza vaccinazione antinfluenzale. Temporalità: ultima campagna vaccinale.
- Pneumococco:** Paziente senza vaccinazione anti-pneumococcica (PCV o PPSV). Temporalità: ever.

Rischio Clinico: Pazienti di età compresa tra 18 e 64 anni affetti da condizioni di rischio o predisponenti non vaccinati con PCV13+PPSV o con PCV15+PPSV oppure con PCV20.

Non sono tutte criticità; ci sono infatti anche indicazioni ad es. relative a Appropriatezza Nota 1/48 per assenza di prescrizione di PPI negli ultimi 12 mesi per reflusso e Nota 13 per la non prescrizione di statine negli ultimi 12 mesi in un paziente a basso rischio CV valutato con ESC score, ma quando è stata valutata e con quali esami?

Se la valutazione fosse, come è, obsoleta dovrebbe ovviamente essere ricontrollata; se rischio CV ora alto potrebbe esservi indicazione al trattamento in Nota 13.

Diverse segnalazioni, francamente critiche, riguardano le vaccinazioni raccomandate per l'adulto. In particolare la paziente ha avuto COVID-19 nel 2020 e negli ultimi 12 mesi non ha fatto vaccinazione di richiamo. Riguardo al rischio clinico la paziente presenta fattori di rischio per MRC (ipertensione) e non ha eseguito un controllo di creatinina, proteinuria/microalbuminuria e PA negli ultimi 12 mesi, anzi da oltre 24-48 mesi. Anche nell'ambito delle patologie croniche della paziente Patient segnala alcune criticità gestionali, tra le quali il dosaggio di LDL colesterolo, creatinina e pressione arteriosa relativamente al problema ipertensione; riguardo a MRGE la paziente non ha mai fatto una EGDS per cui la diagnosi di MRGE probabilmente è stata avanzata basandosi unicamente su criteri clinico-anamnestici.

Sintesi delle valutazioni

Criticità (Gestione patologie)

- Ipertensione Arteriosa **3**
- MRGE **1**

Prevenzione primaria

- Cardiovascolare **2**
- BMI (IMC) **1**
- Attività Fisica **1**

Prevenzione secondaria

- Epatite C (HCV) **1**
- Diabete Mellito tipo 2 **3**
- Tumore al colon **1**
- Tumore alla mammella **1**
- Tumore all'utero **1**

[Esporta il report di valutazione](#)



Dati aggiornati al: 26/10/2024
Report GPG Patient generato il: 27/10/2024

ANNA MARIA ARMANI

Sesso: F
Età: 55 anni

Appropriatezza

NOTA 1 e 4B

- Paziente con sindrome di Zollinger-Ellison o malattia da reflusso gastroesofageo, NON in trattamento con IPP o anti-H2
Temporalità: ultimi 12 mesi

NOTA 13

- Paziente a rischio CV basso - Score ESC 0-1%, NON in trattamento con farmaci ipolipemizzanti (Faccia A)
Temporalità: ultimi 12 mesi

Vaccinazioni

COVID19

- Paziente (età <= 59 anni) con condizioni di rischio, senza vaccinazione anti COVID-19
Temporalità: ultima campagna vaccinale

Difterite, Tetano, Pertosse (dTpa)

- Paziente senza vaccinazione antidifterite-tetano-pertosse (dTpa)
Temporalità: ultimi 120 mesi
- Paziente senza vaccinazione antidifterite-tetano-pertosse (dTpa)
Temporalità: ever

Influenza

- Paziente (età <= 59 anni) con condizioni di rischio, senza vaccinazione antinfluenzale
Temporalità: ultima campagna vaccinale
- Paziente (età compresa tra 50 e 59 anni) con condizioni di rischio, senza vaccinazione antinfluenzale
Temporalità: ultima campagna vaccinale

Pneumococco

- Paziente senza vaccinazione anti-pneumococcica (PCV o PPSV)
Temporalità: ever

Nell'ambito della prevenzione primaria sono presenti alcune criticità per assenza di dati registrati di recente: rischio CV ESC score, fumo e assetto lipidico, peso aggiornato, notizie su attività fisica. Infine, in ambito di prevenzione secondaria come accennato sono presenti numerose criticità gestionali: screening HCV assente.

Familiarità positiva per K mammella senza controllo mammografico. Presenza di fattori di rischio e alto rischio di DM2 in assenza di controllo glicometabolico. Assenza di PAP test e mammografia nonostante familiarità per K mammella. Il report di valutazione potrà rappresentare un utile strumento per programmare gli interventi a lungo termine finalizzati alla risoluzione delle criticità gestionali sia in ambito di prevenzione primaria e secondaria, sia riguardo alla programmazione delle vaccinazioni senza dimenticare la valutazione del rischio cardiovascolare e il rischio di frattura.

Prevenzione secondaria

Diabete screening, Cancro K colon, K mammella e K cervice

La paziente non è un soggetto a rischio per infezione da HCV, ma rientra tra i soggetti eleggibili allo screening essendo nata tra il 1969 e 1989 come da GU del 8/7/2021 Pag. 8 art. 1 Screening dell'infezione attiva da HCV (SCR_HCV03) e non ha eseguito il test HCV Ab (SCR_HCV04). L'eventuale positività di questo dato comporterebbe un approfondimento diagnostico mirato alla diagnosi di ECA HCV correlata e alla conseguente terapia antivirale. La paziente presenta fattori di rischio per DM2 (RC-SD01) per cui compare tra le criticità dell'indicatore, e, pur con familiarità per DM2 e diagnosi di IFG, non ha dati recenti registrati riguardo a glicemia, OGTT, glicata (screening RC-SD02 e RC-SD03, RC-PS01).

Gli screening regionali per la diagnosi precoce delle neoplasie, secondo i piani di prevenzione nazionali e regionali sono analizzati nel modulo Cancro. Per la prevenzione del CCR K colon la paziente non ha fatto colonscopia negli ultimi 5 anni né SOF negli ultimi 2 anni (RC-PS07). Per la prevenzione di K mammella mammografia non eseguita negli ultimi 4 anni (RC-PS03) e per la prevenzione del K utero non eseguito un pap test negli ultimi 3 anni (RC-PS04). La paziente potrebbe aver eseguito comunque i controlli senza poi riportare l'esito al medico che non ha registrato il dato: occorre dunque chiedere.



Prevenzione primaria

In ambito di prevenzione primaria occorre aggiornare i dati relativi a peso altezza attività fisica, fumo consumo di alcolici oltre alla valutazione del Rischio CV dopo aver eseguito la determinazione dell'assetto lipidico. La paziente, infatti, presenta criticità con BMI (RC-PP13) e attività fisica (RC-PP11) ed a questo proposito opportuno il counseling finalizzato al cambiamento degli stili di vita. Inoltre, non ha avuto eventi cardiovascolari maggiori e non ha eseguito una valutazione del rischio CV né controlli dell'assetto lipidico e del dato fumo negli ultimi 60 mesi; conseguentemente non ha una valutazione recente del rischio CV secondo l'algoritmo ISS progetto cuore e ESC score (AC-Prevenzione-CV03/01/02/04).

Governo clinico Patologie Ipertensione, MRGE

La paziente è ipertesa e non ha registrazione della PA negli ultimi 12 mesi (AC-Ipensione03), né creatinina negli ultimi 15 mesi (AC-Ipensione05), né valutazione del BMI negli ultimi 2 anni (AC-Ipensione07), né LDL colesterolo negli ultimi 15 mesi (AC-Ipensione09).



È presente il problema reflusso gastroesofageo e anche per questa patologia sono presenti criticità perché non ha BMI aggiornato negli ultimi due anni (AC-MRGE01) né aggiornamento del dato fumo negli ultimi 12 mesi (AC-MRGE02) ambedue fattori di rischio per la persistenza dei sintomi da RGE. Inoltre, non ha eseguito mai dopo i 50 anni una EGDS per una più precisa definizione diagnostica pur non avendo controindicazioni all'esecuzione dell'indagine (AC-MRGE04).

Vaccinazioni

Possibile instaurare un colloquio relativamente alla problematica delle vaccinazioni dell'adulto, alcune da programmare nella stagione autunnale, altre da eseguire indipendentemente dalla stagionalità.

Appropriatezza

Infine, alcune riflessioni su Appropriatezza Nota AIFA 1-48 perché la paziente ha diagnosi clinica di MRGE, ma non è attualmente in terapia (A-IPP01) dunque va indagata almeno anamnesticamente e successivamente con EGDS come già detto; riguardo alla Nota AIFA 13 occorrerà valutare il livello di rischio cardiovascolare secondo l'algoritmo ESC Score dopo esecuzione del controllo dell'assetto lipidico, del compenso glicometabolico, della funzionalità renale e della PA; su tali basi poi si potrà decidere se avviare o meno terapia con statine.

In conclusione, GPG ha dato l'opportunità di valutare i pazienti nelle tre situazioni cliniche descritte non solo sotto il profilo del bisogno del momento, ma ha offerto anche l'occasione per eseguire un inquadramento clinico globale pur in assenza di sintomi o segni specifici, e ci ha permesso di attivare procedure di prevenzione e gestione delle varie situazioni.

GPG ha permesso di valutare i pazienti come persone, a prescindere dal problema del momento, dimostrando interesse per i loro problemi e assicurando la loro reale presa in carico.

4. Giulio, un percorso complesso - dalla gestione delle complicanze spinali alla ricerca di sollievo dai sintomi dispeptici e ansiosi.

Giulio, un paziente difficile: 47 anni, tetraplegico spastico. È fumatore di circa dieci sigarette al giorno, ma da alcuni anni fuma anche cannabis.

A 23 anni, in seguito a violento trauma sportivo (caduta sulla neve) con lussazione della colonna cervicale, disallineamento e antero-listesi del 50% di C7 rispetto a D1, lesione midollare a livello del tratto C5-D1, fu sottoposto ad intervento di stabilizzazione vertebrale. Nel post-intervento ricomparsa di modesta antero-listesi di C7 e ancora oggi Giulio convive con gli esiti di quel trauma.

Giulio ha familiarità per diabete, ipertensione, demenza e disturbi del tono dell'umore. Il padre era diabetico; è deceduto all'età di 80 anni verosimilmente per complicanze infettive in demenza senile. La madre è ipertesa e affetta da sindrome ansioso-depressiva. Ha una sorella di 51 anni affetta anch'essa da sindrome ansioso-depressiva. Dopo l'intervento, nel 2001, e fino al 2014 ha vissuto a Padova dove ha praticato riabilitazione in un centro specializzato; da circa dieci anni è tornato a vivere nella sua città natale.

Attualmente è single e vive da solo in appartamento al secondo piano di uno stabile di periferia; gli sono stati forniti gli ausili necessari e trascorre le sue giornate tra letto e sedia a rotelle; utilizza il PC e Internet; è assistito da un badante part time che si occupa anche dei suoi spostamenti in auto attrezzata, ma fa poca vita sociale.

La mamma gli fa spesso compagnia il pomeriggio, ma solo quando il tempo "è buono"! Occasionalmente incontra la sorella.

La lesione midollare gli ha causato vescica neurologica, ma riesce a mingere spontaneamente e non ha necessità di praticare auto cateterismo.

L'alvo è irregolare (ritenzione fecale con episodi saltuari di incontinenza, alvo indotto dall'uso di microfleet) per dolico-megacolon e assume lassativi a dì alterni. Lamenta periodicamente dolore addominale in sede ipocondriaca sinistra correlata a distensione meteorica e replezione da feci di emi-colon sinistro.

È affetto da sindrome neuropatica spastico-dolorosa sotto lesionale (livello anestesia linea inframamillare), non completamente controllata da Baclofene e Gabapentin, farmaci che assume regolarmente. Da circa 7 anni ha aggiunto in terapia anche cannabinoidi per il controllo del dolore. Colecistectomizzato per colelitiasi all'età di 25 anni. È portatore di cisti semplice di 10 mm al meso-rene destro. Presenta lieve insufficienza respiratoria correlata al livello neurologico (SpO2 95% in AA).

Dal 2009 disturbi dispeptici e dolori addominali ricorrenti per i quali ha eseguito ripetute endoscopie con diagnosi di polipo gastrico e poi di gastrite con reflusso biliare.

Nel 2015, epoca della presa in carico, rilevati IFG, dislipidemia mista, iperuricemia, sovrappeso viscerale.

Dal 2016 sintomi suggestivi di reflusso gastroesofageo (pirosi retrosternale e dolore medio dorsale non responsivi alle dosi massimali di PPI e aggravati dall'assunzione di alcuni cibi.

Le indagini eseguite nel 2018 documentavano discinesia esofagea e un pattern pH-metrico patologico, verosimilmente inficiato dal comportamento del paziente (fumo) durante il test.

Nel 2019 intervento in laparoscopia (jatoplastica posteriore e plastica antireflusso) con netto miglioramento dei sintomi e incremento ponderale.

A novembre 2019 diagnosi di DM2 (Glicemia 146 mg/dl, HbA1c 55 mmol/mol – 7.2%); trattamento con metformina proseguito fino al 2023 quando, per riferita diarrea, persistente nonostante la sostituzione della metformina a pronto rilascio con quella a rilascio prolungato, e dopo consulenza diabetologica (finalmente la prima visita a 4 anni dalla diagnosi e dalla prima richiesta) sospendeva completamente la molecola e iniziava terapia con insulina basale.

Nel 2021 infezione da COVID-19 paucisintomatica risoltasi senza terapia. Score di vulnerabilità Alto. (non ancora disponibili monoclonali né nirmatrelvir/ritonavir).

Da circa un anno ricomparsa dei noti disturbi dispeptici (pirosi retrosternale e dolore mediadorsale) con evidenza endoscopica di esofagite da reflusso che ha trattato con PPI e farmaci antireflusso da banco, non rispettando le raccomandazioni igienico dietetiche fornite (beve Coca-cola per digerire, fuma per rilassarsi, ha alimentazione incongrua, decubito supino, etc). I farmaci antireflusso “lo intoppano”.

Giulio richiede visita a domicilio perché, nonostante il trattamento antireflusso in atto, i disturbi dispeptici sono peggiorati, non gli danno tregua e l'ansia, che riusciva da anni a controllare con medazepam associato a trimebutina e somministrazione serale di 6 gocce di diazepam, è divenuta insopportabile; lo fa stare molto male ed è convinto che quella sia la causa del peggioramento dei sintomi. Ha consultato per suo conto un gastroenterologo che di fatto ha escluso il reflusso e attribuito i suoi disturbi dispeptici a “esaurimento nervoso”. Il parere del collega, a suo dire, ha alterato il suo equilibrio già precario e lo ha mandato in confusione. I prodotti per il reflusso poi lo “intoppano” e ingerisce Coca-cola per digerire!

Da anni gli è stato diagnosticato il reflusso, ha fatto anche l'intervento, ma ora le sue certezze vacillano. Non sa che fare, ma ha letto (Google) che anche lo stress può causare reflusso e la sua ansia cresce a dismisura. Ritiene che i farmaci assunti siano inefficaci sui sintomi; deve calmare l'ansia: come può fare? Aumenta le “gocchette” della sera?

Ha avuto notizia di un medico che lavora in un noto centro specializzato in gastroenterologia che pratica un intervento miracoloso: potrebbe fare il refluxstop così risolverebbe una volta per tutte il problema! Meglio se ricoverato; non è in condizioni di fare ambulatorialmente gli esami che dovessero essere necessari.

Intanto però forse un trattamento aggiuntivo per l'ansia...per rilassarsi e stare meglio!

Apro la cartella di Giulio. Da poco più di un anno non ci sono nuove registrazioni in cartella accertamenti; solo prescrizioni farmaceutiche. Le ultime analisi eseguite per il controllo glico-metabolico risalgono a settembre 2023. Nella lista dei principali problemi attivi è in evidenza anche la pregressa infezione da COVID-19.

La sua terapia abituale comprende: gabapentin 400 mg (1 cpx3), baclofene 25 mg (1 cpx3), insulina glargine 15U bed time, fenofibrato 150 mg/die, esomeprazolo 40 1 cpr bid, maglardato 80 mg (1 bstx3), terazosina 5 mg 1 cp/die, trimebutina/medazepam 150/4 mg 1 cps bid, levosulpiride gocce (15 gtt x 3), tetraidrocannabinolo 400 mg cartine (1x3). Assume anche al sonno, per dormire, 6 gocce di diazepam che si procura autonomamente, e un alginato per il reflusso prima del sonno; è l'unico prodotto che non gli crea problemi la notte.

La dose di cannabinoidi prescritta, ribadisce, non è sufficiente a coprire il fabbisogno mensile per cui spesso richiede dosi aggiuntive rispetto al piano terapeutico; ne fuma tre al giorno oltre alle sue dieci sigarette.

L'ultimo controllo glicometabolico, e forse anche unico dopo la diagnosi di diabete – dopo la diagnosi di DM2 sono state ripetutamente registrate richieste di esami ancora in attesa di risultato – è stato eseguito a settembre 2023 e non era dei migliori. Da circa dieci mesi è in terapia insulinica; non ha mai eseguito un controllo della glicata in terapia, ma solo saltuariamente automonitoraggio utilizzando le striscette reattive utilizzate dal padre; non ha esenzione per Diabete Mellito perché si è rivolto privatamente ad un diabetologo e non ha ancora esibito il referto della visita. Non tollera la metformina; ha assunto semaglutide orale per un brevissimo periodo, sospeso perché gli provocava un peggioramento dei sintomi digestivi. Per tale motivo, riferisce, e per la presenza di batteri nelle urine, il diabetologo aveva sconsigliato le gliflozine e aveva prescritto Insulina glargine.

Non ha problemi con la terapia insulinica (meno male!) e riferisce valori glicemici da automonitoraggio nella norma.

Giulio presenta criticità gestionali? Quante e quali sono? Quali sono le priorità?

Devo gestire il problema attuale che fa star male il paziente, motivo della visita, ma posso cogliere l'occasione della visita per gestire anche le comorbidità presenti e correggere le rilevanti criticità? Come posso impostare gli interventi correttivi, in questo caso con approccio di opportunità? Ho la possibilità di creare una lista delle principali criticità che richiedono interventi prioritari? GPG Patient può aiutarmi?!

GPG Patient offre un ottimo supporto in ambito di medicina opportunistica perché permette di valutare rapidamente e globalmente le principali criticità presenti nel singolo paziente in quel momento valutato, in particolare nel low attender poco compliant e clinicamente complesso; visualizza infatti una panoramica delle principali situazioni cliniche che richiedono attenzione o interventi immediati perché capaci di determinare condizioni di rischio caso specifiche con ripercussioni negative sia per la salute del paziente sia sul livello complessivo della qualità dell'assistenza.

The screenshot displays the GPG Patient interface for patient COZZOLI GIULIO, 47 years old. The interface is divided into two main sections: a summary on the left and a detailed list of critical indicators on the right.

Summary (Sintesi delle valutazioni):

- Appropriatezza:** 2 critical indicators (Valutazione presa in carico, follow-up; Nota 100 - Monitoraggio Popolazione).
- Vaccinazioni:** 7 critical indicators (COVID19, Herpes Zoster, Difterite, Tetano, Pertosse (dTpa), Influenza, Pneumococco, Tetano, Epatite B).
- Rischio Clinico:** 1 critical indicator.

Detailed Critical Indicators (Appropriatezza and Vaccinazioni):

- Appropriatezza:**
 - Paziente con DM2, senza registrazione della creatinina o albumina nelle urine (Temporaltà: ultimi 12 mesi).
 - Paziente con DM2, senza richiesta di elettrocardiogramma o visita cardiologica (prima visita o visita di controllo) (Temporaltà: ultimi 12 mesi).
 - Nota 100 - Monitoraggio Popolazione.
 - Paziente con DM2, senza registrazione di HbA1c (Temporaltà: ultimi 6 mesi).
- Vaccinazioni:**
 - COVID19:** Paziente (età <= 59 anni) con condizioni di rischio, senza vaccinazione anti COVID-19 (Temporaltà: ultima campagna vaccinale).
 - Herpes Zoster:** Paziente (età compresa tra i 18 ed i 49 anni) con condizioni di rischio, senza vaccinazione anti-H.Zoster (Temporaltà: ever).
 - Difterite, Tetano, Pertosse (dTpa):** Paziente senza vaccinazione antidifterite-tetano-pertosse (dTpa) (Temporaltà: ultimi 120 mesi); Paziente senza vaccinazione antidifterite-tetano-pertosse (dTpa) (Temporaltà: ever).
 - Influenza:** Paziente (età <= 59 anni) con condizioni di rischio, senza vaccinazione antinfluenzale (Temporaltà: ultima campagna vaccinale); Paziente (età compresa tra 18 e 49 anni) con condizioni di rischio, senza vaccinazione antinfluenzale (Temporaltà: ultima campagna vaccinale).

At the bottom of the summary section, there is a button labeled "Esporta il report di valutazione".

Gli indicatori visualizzati in GPG Patient, che riguardano solo il paziente in visita, sono solo una parte di tutti quelli analizzati nei vari moduli del GPG, quelli che presentano aspetti critici rilevanti ai fini della qualità delle cure erogate che necessiterebbero di interventi correttivi prioritari e GPG Patient permette di cogliere al volo l'opportunità dell'incontro con l'assistito per discuterle e possibilmente risolverle.

Nei box del campo Sintesi delle valutazioni a sinistra della videata le criticità individuate sono raggruppate per tipologia: ogni box contiene una o più segnalazioni e il numero visualizzato corrisponde al numero di indicatori critici presenti nel modulo specifico del GPG. Il campo a destra visualizza l'elenco di tutti gli indicatori critici segnalati con la descrizione di ciascuno, suddivisi in gruppi identici a quelli presenti nella Sintesi delle valutazioni.

Entriamo nel merito delle segnalazioni.

Allo stato sembra che la priorità sia quella di valutare la gestione del diabete sia sotto il profilo glico-metabolico sia nei riguardi della gestione del rischio clinico. (Il Charlson Index è alto; contrastando il rischio clinico potrei migliorare la speranza di vita). Scorrendo la Sintesi delle Valutazioni a sinistra, il box Criticità, che corrisponde al modulo Patologie, segnala Diabete Mellito di tipo 2 ed evidenzia ben sette indicatori critici; probabilmente sono molti di più, è da un anno che non controllo Giulio, ma questi sono verosimilmente i più rilevanti. Il clic sul campo della segnalazione permette di selezionare e visualizzare nel campo di destra solo i sette indicatori individuati con criticità nella patologia diabete.

COZZOLI GIULIO
Età: 47 anni

Sintesi delle valutazioni

- Pneumococco 3
- Tetano 1
- Epatite B 1

Rischio Clinico

- Rischio Malattia Renale Cronica 3

Criticità (Gestione patologie)

- Diabete Mellito di tipo 2 7

Prevenzione primaria

- BMI (IMC) 1
- Attività Fisica 1

Prevenzione secondaria

- Epatite C (HCV) 1

Esporta il report di valutazione

Criticità

Diabete Mellito di tipo 2

- Paziente con DM2 e con ultimo valore di colesterolo LDL $\geq 1,81$ mmol/l (≥ 70 mg/dl), senza prescrizione di statine
Temporalità: ultimi 6 mesi
- Paziente con DM2 senza registrazione del BMI
Temporalità: ultimi 24 mesi
- Paziente con DM2 e con ultimo valore di colesterolo LDL $\geq 1,81$ mmol/mol (≥ 70 mg/dl)
Temporalità: ultimi 15 mesi
- Paziente con DM2, senza registrazione dell'esame del fondo oculare e/o visita oculistica
Temporalità: ultimi 27 mesi
- Paziente con DM2, senza vaccinazione antinfluenzale
Temporalità: ultimi 12 mesi
- Paziente con DM2, senza registrazione di HbA1c
Temporalità: ultimi 12 mesi
- Paziente con DM2, senza misurazione della PA
Temporalità: ultimi 12 mesi

Considerando che Giulio è stato visto oltre un anno fa dopo aver eseguito l'ultimo controllo glico-metabolico, ben si comprende come il PDTA sia saltato e vi siano tanti indicatori di processo ed esito intermedio con criticità gestionali. GPG Patient ci permette di analizzare il dettaglio dei singoli indicatori.

Giulio, infatti, come da PDTA, ha l'ultimo valore registrato di colesterolo LDL > 70 mg/dl, non a target (AC-DM18 – indicatore di appropriatezza terapeutica) e non assume statine, bensì fenofibrato per ipertrigliceridemia prevalente; dovrebbe assumere comunque anche la statina previa rivalutazione dell'assetto lipidico e della funzione renale. Più sotto l'indicatore è ripetuto, ma valuta solo l'obiettivo di cura e non tiene conto della terapia (AC-DM15 – indicatore di esito intermedio). La criticità è rilevante perché il mancato raggiungimento degli obiettivi di cura raccomandati in prevenzione secondaria (LDL che non raggiunge il target raccomandato dalle linee guida) non permette di fare prevenzione secondaria efficace del rischio cardiovascolare del paziente, che nella valutazione fatta un anno prima con ESC SCORE2 DM era alto.

Giulio non ha una misurazione aggiornata del BMI eseguita negli ultimi due anni (AC-DM02- indicatore di processo); ovviamente teniamo conto delle difficoltà del controllo del peso in un paziente tetraplegico, ma cogliamo l'occasione per suggerirgli di controllarlo quando possibile presso una struttura provvista di idonea bilancia in modo da poter aggiornare il dato in cartella.

Giulio non ha fatto un esame del fondo oculare (AC-DM07 – indicatore di processo) negli ultimi 27 mesi, anzi non lo ha mai fatto! La richiesta dell'esame fatta nel

2019 (epoca della diagnosi) è senza risultato! È il momento di ripetere la richiesta motivando adeguatamente il paziente alla prevenzione della retinopatia, che nel 20% dei diabetici è già presente al momento della diagnosi.

Giulio non ha una registrazione di vaccinazione antinfluenzale negli ultimi 12 mesi (AC-DM16 – indicatore di processo); potrebbe averla eseguita per suo conto o forse ci si è dimenticati di registrarla? È il momento opportuno per parlarne e invitare il paziente a vaccinarsi (counselling vaccinale).

Il paziente non ha una registrazione con risultato della glicata negli ultimi 12 mesi (AC-DM04 – indicatore di processo) e non è possibile valutare il compenso glicometabolico; si tratta di una criticità rilevante perché Giulio è in terapia insulinica, potrebbe non essere a target o andare incontro a ipoglicemie, magari scambiate per attacchi d'ansia o asintomatiche.

Infine, Giulio non ha una misurazione di PA registrata negli ultimi 12 mesi (AC-DM09 – indicatore di processo) e sappiamo quanto siano importanti il monitoraggio ed il controllo della PA nel paziente diabetico con riguardo alla prevenzione della malattia cardiovascolare, dello scompenso cardiaco e del danno renale. Il controllo, anche farmacologico, della PA in altre parole riduce il rischio cardiovascolare e renale.

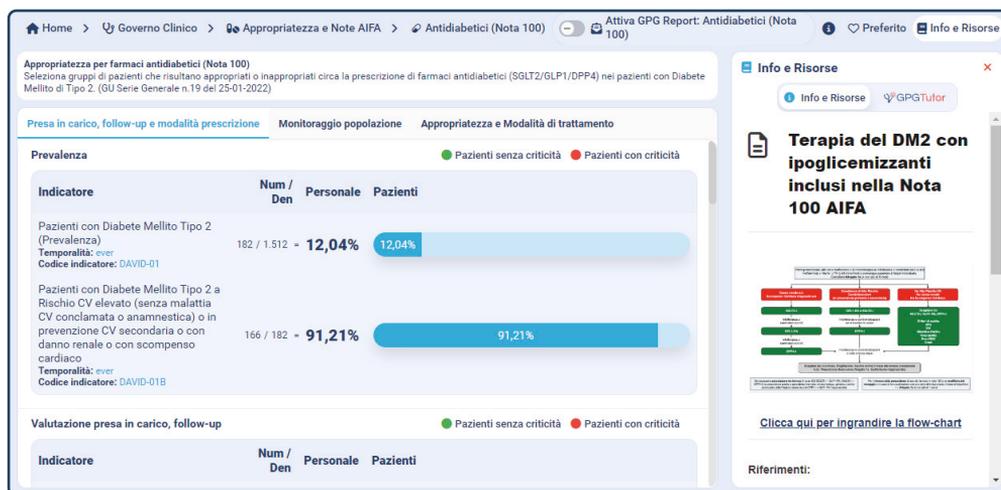
Procedo dunque alla richiesta di HbA1c, assetto lipidico, esame del fundus oculi; controllo e registro la PA.

Il diabete dopo la tetraplegia è la principale comorbidità di Giulio, ma la Sintesi delle valutazioni mostra altre e numerose segnalazioni.

Le criticità, vedremo anche tra poco, interessano anche la sfera dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci in Nota 100 (vedi il primo box della sintesi delle valutazioni); tra l'altro il paziente non tollera la metformina né semaglutide orale, è in terapia con insulina basale, è ad alto rischio cardiovascolare ed è in sovrappeso/obeso; verosimilmente potrebbe trarre grande giovamento dall'uso di GLP1ra s.c. sia per ridurre il rischio e la mortalità cardiovascolare sia per ridurre il peso corporeo, ma occorre attendere il dato HbA1c e valutare la funzione renale. Se non dovesse riuscire a tollerare GLP1ra potrebbe utilizzare le gliflozine; non lamenta disturbi urinari e non fa auto cateterismo; il rischio di infezioni urinarie dovrebbe essere basso. Dovrei richiedere dunque anche la creatinina, l'esame delle urine con urinocultura e microalbuminuria (ACR).

GPG Patient mostra anche segnalazioni riguardo a Appropriatezza; di che si tratta?

Il box Appropriatezza contiene due segnalazioni che riguardano Valutazione presa in carico, follow-up e una che riguarda invece la Nota 100 – Monitoraggio della popolazione; siamo ancora dunque in area diabetologica. Il clic sul campo della segnalazione Valutazione presa in carico, follow-up visualizza a destra i due indicatori rilevati con criticità. Giulio, come descritto dall'indicatore DAVID02 > modulo Appropriatezza e Note AIFA > Antidiabetici (Nota 100), non ha una richiesta di creatinina o albuminuria negli ultimi 12 mesi.



Gli ultimi dati registrati risalgono al 12/9/23 ed essendo trascorsi già oltre 12 mesi occorre procedere come da PDTA ad un nuovo controllo della funzione renale e del danno glomerulare necessari sia per la prevenzione della nefropatia diabetica sia ai fini della eventuale prescrizione dei farmaci (gliflozine o GLP1ra) in Nota 100 (presa in carico e follow-up).

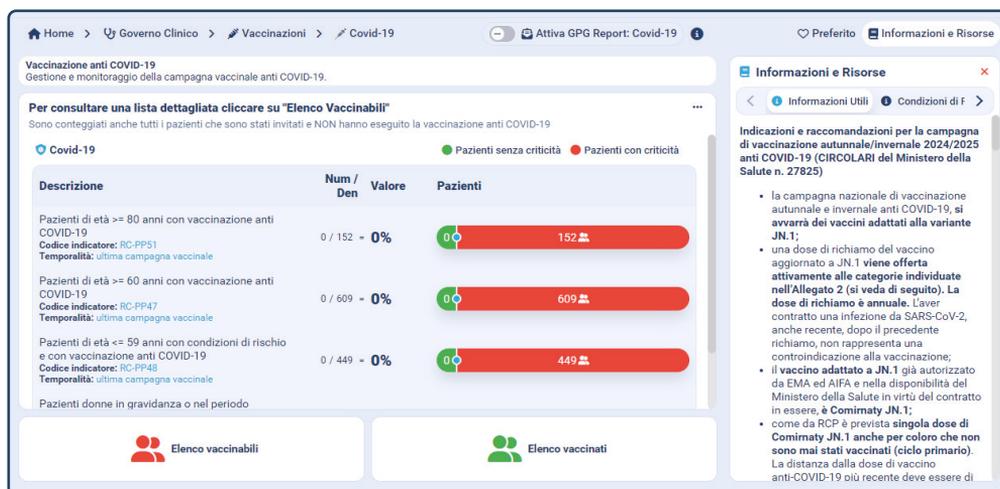
Allo stesso modo l'indicatore DAVID03 identifica Giulio tra i pazienti che non hanno una richiesta di controllo cardiologico e/o Elettrocardiogramma negli ultimi 12 mesi. Il Diabete Mellito è gravato da complicanze macrovascolari. Il PDTA del Diabete Mellito prevede anche controlli cardiologici con periodicità annuale per prevenire eventi cardiovascolari e ridurre la mortalità.

D'altra parte, il diabetico di tipo 2 con malattia cardiovascolare ha indicazione preferenziale all'utilizzo dei GLP1ra e/o SGLT2, farmaci in Nota 100, e pertanto i controlli cardiologici devono essere assidui. In realtà ho già richiesto la consulenza cardiologica al tempo della diagnosi ma non c'è esito (non eseguito) come tutte le indagini richieste per l'inquadramento iniziale. La seconda segnalazione del box Appropriately riguarda l'indicatore A-N10005 che segnala ancora una volta l'assenza di registrazione di emoglobina glicata, questa volta negli ultimi 6 mesi come richiesto per la compilazione della scheda di monitoraggio/prescrizione dei farmaci in Nota 100; come già visto con l'indicatore di processo AC-DM04, Giulio ha un risultato di HbA1c registrato oltre un anno fa, ed il valore rilevato era fuori target.

Non vi è dunque adesione alle linee guida sotto il profilo dell'appropriatezza del follow-up del DM2; Giulio non è compliant. I tre indicatori di appropriatezza sono compresi nel modulo appropriatezza Nota 100 del GPG e nel Progetto DAVID, finalizzato al miglioramento degli outcome dei pazienti con DM2 e della gestione della terapia con i farmaci della Nota 100 nell'ambito della medicina generale.

Il box successivo nel campo Sintesi delle valutazioni riguarda le Vaccinazioni dell'adulto valutate da GPG e in particolare quelle che competono al MMG che Giulio non ha fatto: antinfluenzale, COVID-19, Herpes Zoster e anti-pneumococcica.

La campagna vaccinale è ormai in corso, la circolare ministeriale per l'antinfluenzale è stata pubblicata a maggio mentre quella per COVID-19 a settembre 2024. Posso cogliere l'opportunità dell'incontro con il paziente per verificare le varie segnalazioni e discuterle in modo da preparare e motivare Giulio e magari suggerire quelle vaccinazioni raccomandate che potrebbe eseguire da subito presso il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica. L'indicatore RC-PP48 riguarda la vaccinazione contro COVID-19.



Secondo la normativa vigente (vedi Circolare Ministeriale del 17/9/2024) Giulio, pur avendo meno di 60 anni, è un soggetto con condizioni di rischio (diabete, obesità, altre malattie del midollo spinale, tabagismo, Charlson Index alto, come indicato nei concetti utilizzati) che ne aumentano la vulnerabilità; ha completato il ciclo di vaccinazione primario e per lui è raccomandato il richiamo vaccinale annuale, quest'anno con la variante JN.1.

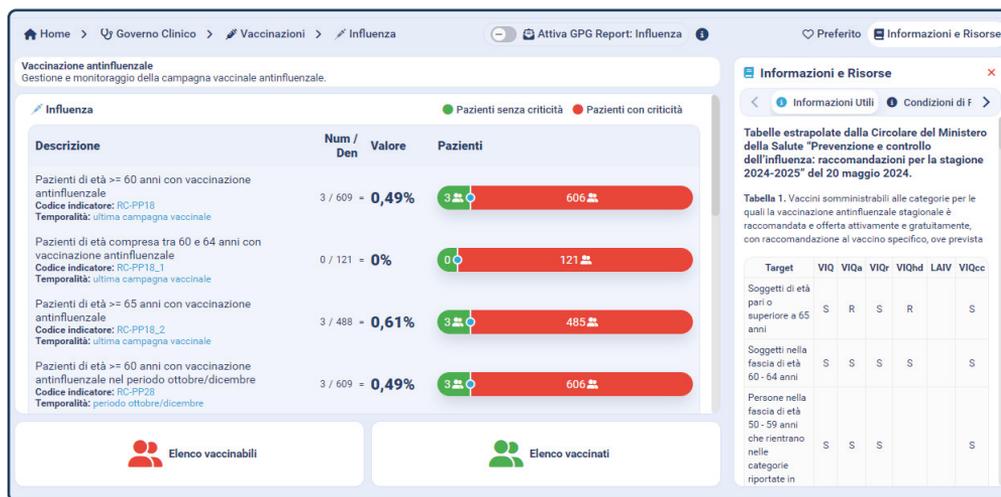
Per Giulio, dunque, il consiglio di sottoporsi alla vaccinazione anti COVID-19. La successiva segnalazione fa riferimento all'indicatore RC-PP50 che riguarda la vaccinazione anti Herpes Zoster; non vi è stagionalità per questa vaccinazione e il paziente anche in questo caso, pur avendo meno di 50 anni, presenta condizioni di rischio (il diabete, come rilevabile scorrendo la lista dei concetti utilizzati).

Nel caso specifico, poiché Giulio ha meno di 50 anni è indicato il vaccino a virus ricombinante adiuvato (RVZ), come da PNPV 2023-2025 sintetizzata nel box info a destra nella pagina Herpes Zoster del GPG.

Segue la segnalazione Differite, tetano pertosse (dTpa); è una vaccinazione che in generale viene effettuata a richiesta presso il Dipartimento di Prevenzione.

La vaccinazione va praticata ogni 10 anni ed è raccomandata nell'anziano (RC-PP41 e RC-PP42). Come da indicazione del PNPV 2023-2025 anche in questo caso cogliamo l'occasione per suggerire e raccomandare la vaccinazione per Giulio che comunque non ne ha praticate negli ultimi dieci anni.

La segnalazione successiva riguarda la vaccinazione stagionale antinfluenzale che per Giulio è ovviamente fortemente raccomandata (RC-PP20: paziente che ha meno di 60 anni ed ha condizioni di rischio). Occorre intervenire come già detto per motivare il paziente a vaccinarsi, considerato anche che nel corso dell'ultima campagna vaccinale non risulta alcuna registrazione (RC-PP20_2).



Allo stesso modo per Giulio vi è indicazione prioritaria per la vaccinazione anti-pneumococcica. La segnalazione nella Sintesi delle valutazioni evidenzia due indicatori. VA-PN01 segnala una rilevante criticità: Giulio non ha mai fatto vaccinazione anti-pneumococcica. VA-PN06 individua Giulio tra i soggetti con condizioni di rischio o predisponenti che non hanno praticato la vaccinazione anti-pneumococcica con vaccino Coniugato (PCV 13 o 15) e con vaccino Polisaccaridico (PPSV 23 valente) – schedulazione – o con PCV 20 valente. Le condizioni di rischio come da PNPV 2023-2025 sono riassunte nella lista dei concetti utilizzati.

Le ultime due segnalazioni riguardano la vaccinazione antitetanica (ogni 10 anni) e quella per l'epatite B (RC-PP37). Giulio appartiene alla coorte di pazienti nati dopo il 1968, anno di avvio dell'obbligatorietà della vaccinazione antitetanica e non risultano registrazioni; la vaccinazione (RC-PP23) è raccomandata ogni 10 anni; essendo un paziente a rischio (diabete) per lui non risultano registrazioni di vaccinazione per epatite B (RC-PP37); ne possiamo discutere e cogliamo l'occasione per consigliare al paziente una verifica (quando ha fatto ultimo richiamo antitetanica; quando ha fatto l'ultima dose della vaccinazione anti-epatite B) prima di suggerirgli di eseguire nuovi richiami.

Il box successivo mostra tre segnalazioni che riguardano il Rischio Clinico, e in particolare la gestione del rischio di MRC che sappiamo essere la complicanza più frequente del diabete. Si stima infatti che la nefropatia sia presente nel 40% dei pazienti diabetici.



Giulio è diabetico e dunque a rischio di MRC e, come già visto in precedenza, negli ultimi 12 mesi non ha una registrazione di creatinina e/o microalbuminuria (MRC-02) né una registrazione di proteinuria (MRC-09) e non ha una misurazione di pressione (MRC-08).

Anche in questo caso cogliamo l'occasione per completare eventualmente la richiesta degli accertamenti non eseguiti da oltre 12 mesi, tra l'altro previsti dal PDTA del DM2 e, se non già fatto, misuriamo e registriamo la PA.

Gli ultimi due box del campo Sintesi delle valutazioni riguardano la Prevenzione primaria e secondaria.

In Prevenzione primaria la prima segnalazione riguarda il BMI: Giulio è obeso di I classe, ma non ha un aggiornamento del BMI negli ultimi 12 mesi (RC-PP14).

La seconda segnalazione riguarda l'assenza di una valutazione e registrazione del livello di attività fisica negli ultimi 24 mesi (RC-PP11). Teniamo conto della condizione clinica di Giulio e d'altra parte in precedenza abbiamo già discusso il problema e dato indicazioni su come risolvere la criticità gestionale del BMI.

Per ciò che attiene alla Prevenzione secondaria sono presenti due valutazioni.

La prima contiene una segnalazione di criticità gestionale che riguarda l'epatite C. Giulio è nato tra il 1969 e il 1989 ed è eleggibile allo screening per l'infezione attiva da virus dell'epatite C (HCV) come da GU 8/7/2021 e dunque dovrebbe eseguire il test di screening per HCV; è possibile, visti i trascorsi, che abbia già eseguito lo screening ma non ne abbiamo notizia in cartella. Se identificati anti HCV positivi i pazienti devono poi eseguire la valutazione quantitativa della carica virale (HCV RNA PCR) e se presenza di coppie virali potrebbero essere eleggibili alla terapia antivirale specifica (indicatore SCR_HCV04) finalizzata alla eradicazione dell'epatite C in Italia. Anche in questo caso interventi in medicina di opportunità con eventuale prescrizione di anti HCV dopo motivazione del paziente. L'ultima segnalazione in Prevenzione secondaria riguarda due indicatori che valutano la registrazione dei dati riguardanti

la familiarità. Gli indicatori rilevati riguardano le familiarità presente per DM (FAM-29) e per ipertensione arteriosa (FAM-02). Giulio ha già diagnosi diabete, ma non ha il problema ipertensione codificato e non ha un controllo recente della PA; potrebbe essere iperteso visto che l'ultimo valore registrato non era a target?

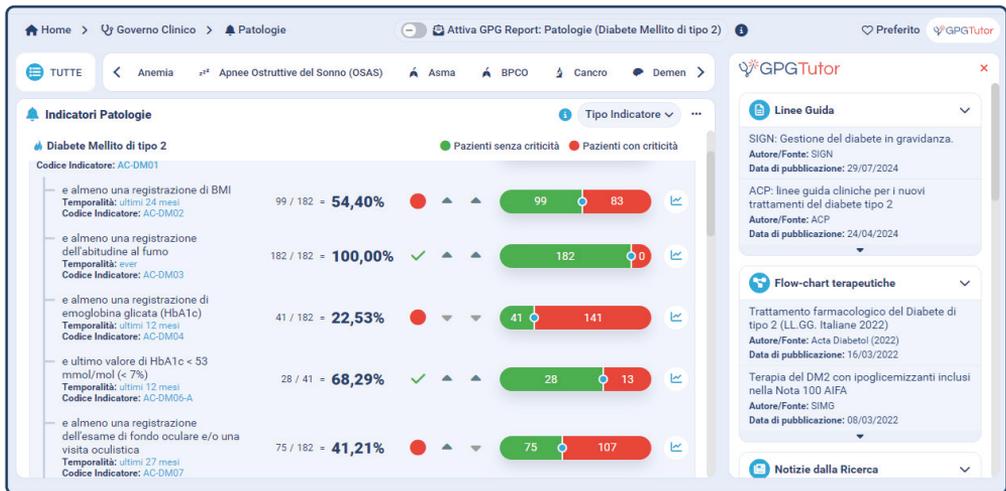
Le valutazioni del GPG Patient come accennato in precedenza non riguardano tutte le criticità gestionali individuate dal GPG, ma solo quelle che potremmo definire più rilevanti ai fini della gestione delle principali malattie croniche presenti, del rischio clinico e dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica. Per chi utilizza unicamente la versione Cloud Engine del GPG la lista delle segnalazioni può essere accessibile anche offline utilizzando il tasto *Esporta il report di valutazione* che può essere stampato e utilizzato come guida nel colloquio clinico. Per visualizzare GPG Patient anche in locale occorre aggiornare le analisi del GPG, anche automaticamente, con GPG Engine.

Oltre alla tetraplegia e al DM2 in cartella sono registrati altri problemi clinici, ma la gran parte delle criticità riguardano la gestione del Diabete Mellito tipo 2. Ora però sorge qualche dubbio. Le criticità rilevate con GPG Patient riguardano solo Giulio, e se fossero comuni anche ad altri pazienti? Quanti sono? Chi sono? È possibile, ad esempio, che io non ponga sufficiente attenzione al controllo glico-metabolico o al rischio renale nei pazienti con diabete? E, più in generale, come mi sto comportando nella gestione dei miei pazienti diabetici?

Domande legittime che un qualunque MMG può porsi e che oggi, grazie al GPG possono trovare immediata risposta. Apriamo dunque il GPG in modo da valutare complessivamente i numerosi indicatori di Diabete Mellito tipo 2, dapprima nella sezione Indicatori Principali dove selezioniamo il problema Diabete Mellito tipo 2 con valutazione degli indicatori rispetto a LAP, HS e GPG Network del 2022 (evidenza di numerose criticità gestionali) e poi nella sezione Patologie del modulo Governo clinico;



qui potremo ottenere una visione più generale di tutta la popolazione dei diabetici e individuare ad esempio quali sono gli indicatori con un maggior numero di pazienti critici.



Purtroppo molti indicatori mostrano livelli di performance scadenti (pallino rosso); il valore dell'indicatore in questi casi è inferiore al LAP, Livello Accettabile di Performance; alcuni sono anche inferiori agli standard (Tante frecce in giù).

Pensavo di stare messo meglio; come mai ho questi risultati così drammaticamente insufficienti? Quale è la causa?

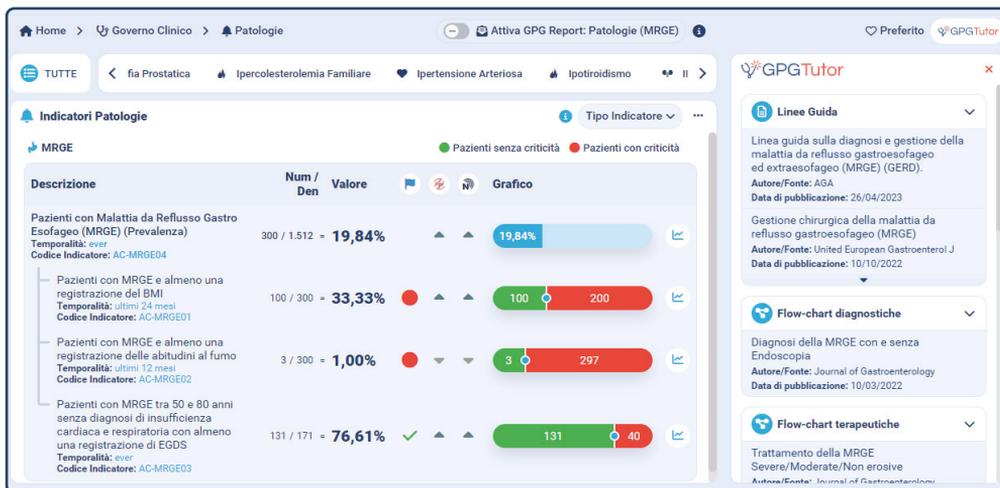
Pensiamoci...potrebbe anche essere utile un po' di analisi introspettiva, una sorta di autocritica. La causa infatti potrebbe non essere imputabile solo ai pazienti, non aderenti, non complianti etc; quelle performance disastrose riguardano molti pazienti e potrebbero anche dipendere da me, dal mio comportamento. Forse la ragione dei tanti pallini rossi, altrettante criticità gestionali, dipende da una insufficiente o errata registrazione dei dati, oppure dipende da lacune nelle mie conoscenze e competenze e forse sarà il caso, anzi sarà necessario, provvedere innanzitutto a migliorare la qualità della registrazione e pensare anche al mio aggiornamento per cambiare i miei comportamenti, mettere in atto le opportune azioni correttive per le criticità rilevate e verificare nel tempo l'andamento delle mie performance (self audit).

In tali casi, GPG Tutor, nel campo a destra, fornisce gli strumenti per colmare eventuali lacune; permette infatti di consultare le più recenti linee guida nazionali e internazionali, flowchart terapeutiche aggiornate (anche per Nota 100), articoli di riviste scientifiche, relazioni congressuali, la rivista SIMG e la letteratura scientifica, tutti documenti indicizzati e relativi al DM2.

In tal modo GPG tutor permette al medico di aggiornare le sue conoscenze e migliorare le proprie competenze relativamente al problema clinico oggetto di valutazione; in alternativa potrebbe essere utile frequentare corsi di aggiornamento reperibili e fruibili anche online sul sito della SIMG (Piattaforma SIMG Learning - Multipla). Le criticità gestionali in altre parole non sono sempre imputabili al paziente, specie quando sono numerose; occorre riconoscere che alcune volte la responsabilità è anche del medico e il miglioramento della qualità non può prescindere dall'aggiornamento e dalla formazione e nel caso del GPG si tratta di formazione libera, mirata ai bisogni, sul campo, efficace perché verificabile e verificata!



Ma il problema attuale di Giulio, il motivo della visita, riguarda altro; sta male e la sua attenzione è focalizzata sui sintomi dispeptici. Ha reflusso e anche gli indicatori di MRGE nella sezione Patologie mostrano alcune criticità gestionali riguardo agli indicatori AC-MRGE01 (BMI non aggiornato negli ultimi 2 anni) e AC-MRGE02 (abitudine tabagica) è fumatore e non ha un aggiornamento del dato negli ultimi 12 mesi; questo suggerirebbe un intervento di counseling sugli stili di vita che potrebbero ripercuotersi favorevolmente anche sulla malattia da reflusso.



Non ci sono tuttavia criticità per quel che riguarda gli indicatori di Ulcera (problema chiuso). Inoltre, Giulio è ansioso; vive da anni ormai da solo, quasi slegato dalla famiglia e oltre che per la situazione precaria sotto il profilo sanitario e socio-relazionale, il suo stato d'ansia probabilmente è ulteriormente accentuato dall'uso di cannabinoidi e dal fumo. Il fumo di tabacco e la cannabis non solo possono peggiorare la condizione di reflusso, ma, stante la precaria situazione socio relazionale, aumentano anche il rischio di dipendenza e dunque occorre attivare quell'intervento di counselling finalizzato almeno alla cessazione del fumo di sigaretta, senza dimenticare la necessità di un sostegno psicologico a domicilio: la vita di Giulio non è certamente delle migliori.

Forse ho fatto già in passato un intervento in tal senso; posso verificare?
Apro il modulo GPG; Prevenzione primaria. Counselling.

The screenshot shows the 'Prevenzione Primaria per Counseling' dashboard. It features a navigation bar at the top with 'Attiva GPG Report: Counseling'. The main content area displays a summary of counseling activities with a progress bar showing 34,26% completion (518 out of 1,512 patients). A sidebar on the right contains 'Linee Guida', 'Notizie dalla Ricerca', and 'Relazioni Congressuali'.

| Indicatore | Num / Den | Personale | Pazienti |
|--|-------------|-----------|-----------|
| Pazienti con almeno una registrazione del Counseling sugli Stili di Vita (Fumo, Alcool, Alimentazione, Attività Fisica) Codice indicatore: RC-PP17 Temporalità: ever | 518 / 1.512 | 34,26% | 518 / 994 |

This screenshot shows a patient list for '[RC-PP17] Pazienti di età >= 14 anni senza una registrazione del Counseling sugli Stili di Vita (Fumo, Alcool, Alimentazione, Attività Fisica)'. The list includes columns for 'Cognome', 'Nome', 'Sesso', 'Data Nascita', and 'Età'. Two patients are visible: ANNA MARIA ARMANI (F, 24/06/1969, 55) and GIORGIO ARMANI (M, 07/06/1975, 49).

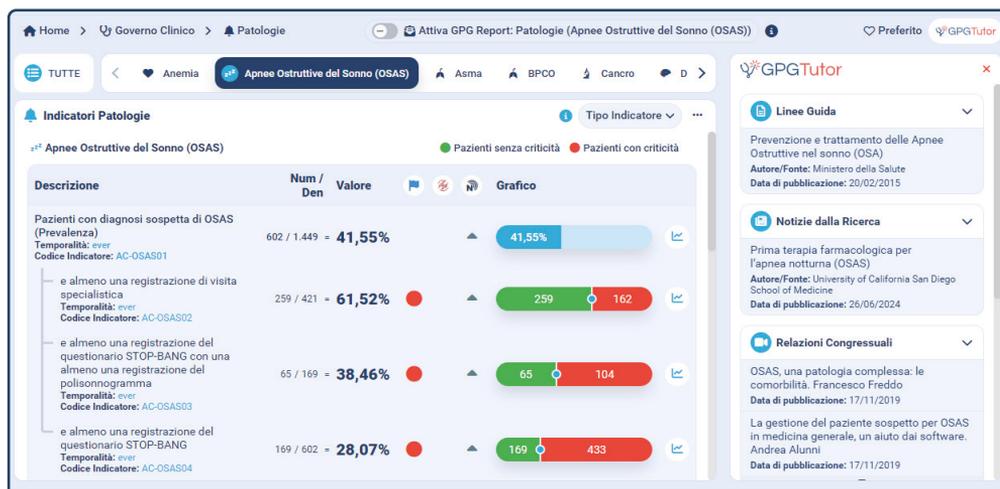
| Cognome | Nome | Sesso | Data Nascita | Età |
|---------|------------|-------|--------------|-----|
| ARMANI | ANNA MARIA | F | 24/06/1969 | 55 |
| ARMANI | GIORGIO | M | 07/06/1975 | 49 |

E riguardo al fumo, sempre in prevenzione primaria, come già visto manca il dato aggiornato. In anamnesi problemi respiratori; potrebbe essere a rischio per BPCO?

The screenshot shows the 'Prevenzione Primaria per Fumo' dashboard. It displays three indicators with progress bars: 97,09% for smoking cessation (1,468/1,512), 24,83% for smoking cessation in pregnant women (73/294), and 4,04% for high-risk smokers (4/99). A sidebar on the right contains 'Notizie dalla Ricerca' and 'Relazioni Congressuali'.

| Indicatore | Num / Den | Personale | Pazienti |
|---|---------------|-----------|-----------------|
| Pazienti con almeno una registrazione delle abitudini al fumo Codice indicatore: RC-PP05 Temporalità: ever | 1.468 / 1.512 | 97,09% | 1.468 / 44 |
| Pazienti fumatori con almeno una registrazione delle abitudini al fumo (Alto Rischio: Malattia Coronarica, Iperensione, BPCO, Diabete, Asma) Codice indicatore: RC-PP01 Temporalità: ultimi 24 mesi | 73 / 294 | 24,83% | 73 / 221 |
| Pazienti fumatori ad alto rischio con almeno una registrazione delle abitudini al fumo (Alto Rischio: Malattia Coronarica, Iperensione, BPCO, Diabete, Asma) Codice indicatore: RC-PP06 Temporalità: ultimi 12 mesi | 4 / 99 | 4,04% | 4 / 95 |
| Pazienti donne di età >=35 anni, fumatrici e in terapia con contraccettivi orali con almeno una registrazione delle abitudini al fumo Codice indicatore: RC-PP07 Temporalità: ultimi 12 mesi | 0 / 0 | N.C. | Nessun Paziente |

0 per la sindrome delle Apnee in sonno (è anche obeso). E se per le sue problematiche l'ansia riferita fosse lo specchio di una depressione mascherata? Qual è il suo livello di rischio di depressione? Fuma ed è obeso. Consulto gli indicatori RC-PP06 di Prevenzione primaria e AC-OSAS01 nel modulo Patologie > Apnee ostruttive del sonno (OSAS).



Giulio, infine, pur essendo vaccinato e pur avendo avuto infezione da COVID-19, è comunque un paziente a rischio moderatamente elevato (CoVid HS 0.87%) e dovrà fare il richiamo vaccinale. Il suo HSM Index è alto (29.9%) e il Charlson Index è 3, quindi comorbidità rilevanti, elevato impegno assistenziale, costi sociosanitari elevati, rischio di mortalità entro 10 anni del 33%; ogni sforzo deve essere profuso per migliorare la sua condizione clinica e psicologica per aumentare l'aspettativa di vita. GPG e GPG Patient ci hanno dunque dato l'opportunità di valutare Giulio in modo accurato e completo e ci hanno permesso di identificare alcune criticità gestionali che necessitano di interventi correttivi urgenti in modo da ridurre il rischio cardiovascolare e renale, prevenire le possibili complicanze delle infezioni e la progressione della malattia diabetica. Grazie a questi strumenti abbiamo avuto l'opportunità di sfruttare l'occasione dell'incontro per attivare il counselling finalizzato alla cessazione del fumo e alla prevenzione della dipendenza e avviare forse un percorso virtuoso per migliorare la situazione sociale e la qualità di vita del paziente. Il GPG ci ha permesso inoltre di analizzare la popolazione dei diabetici e individuare gli ambiti di maggiore criticità, rilevanti per numero di pazienti individuati e/o per carenze cognitive pragmatiche, in modo da avviare un percorso anche qui virtuoso, di miglioramento continuo, sia delle conoscenze e competenze personali, sia delle proprie performance, mediante attivazione di interventi correttivi in ambito di medicina di opportunità o iniziativa, per fornire alla popolazione le migliori cure possibili e mirare ad una medicina di famiglia di qualità eccellente.

5. GPG e la gestione dell'ipotiroidismo: come monitorare i pazienti in trattamento e come intervenire per migliorare il controllo funzionale

Nonostante la sostanziale stabilità della prevalenza dell'ipotiroidismo, come desunto dal numero di esenzioni per patologia 027 - Ipotiroidismo congenito o acquisito, l'azienda sanitaria ha rilevato che la spesa farmaceutica per ormone tiroideo LT4 e la spesa per accertamenti diagnostici correlati alle tireopatie sono di gran lunga più elevate rispetto a quelle delle altre aziende regionali e anche rispetto ai dati medi nazionali. È stato inoltre rilevato anche un progressivo incremento della spesa nel corso degli ultimi due anni.

Si chiede dunque ai medici di valutare la prevalenza di ipotiroidismo nella popolazione degli assistiti in modo da verificare la corrispondenza con i dati aziendali e l'appropriatezza del trattamento sostitutivo (confezioni prescritte, target TSH, frequenza dei controlli).

Il medico: mah! non mi sembra che le prescrizioni di ormone tiroideo siano tante, e poi è lo specialista che segue i pazienti. Non ho problemi con l'ipotiroidismo, forse qualcuno è obeso, ma fanno i controlli e stanno bene. Richiedo e controllo il TSH e mi sembra che generalmente sia a target. E poi cosa vogliono, ho appena terminato di registrare le vaccinazioni ed ho tante altre cose da fare, non ho il tempo di cercare tutti gli ipotiroidei...

Passano tre mesi e l'azienda chiama il medico sollecitando l'invio dei dati!

Il problema, le domande, le soluzioni

Come posso fare ora? Non so da dove iniziare!

Ah, ma io ho GPG; potrebbe forse aiutarmi, ricordo che trattava l'ipotiroidismo?

Forse potrebbe dirmi come mi sto comportando nella gestione dei pazienti.

Vediamo un po'...da dove inizio?

Governo clinico - Indicatori principali

Il grafico visualizzato nel modulo Indicatori principali permette di verificare se nel GPG ci siano indicatori di performance che riguardano problemi tiroidei. Gli istogrammi del grafico corrispondono a tutti gli indicatori di performance; sfiorando i singoli istogrammi con il puntatore compaiono tanti fumetti, uno per ciascun istogramma, che visualizzano codice dell'indicatore, patologia di riferimento, descrizione, valore personale, temporalità, livello di scostamento rispetto allo standard attivo. Gli indicatori/istogrammi sono numerosi; ricerca difficile? Nessun timore: possiamo verificare rapidamente la presenza del problema clinico cercato e selezionarlo nel menu a tendina che si apre premendo il tasto *Problema* che si trova in alto a destra sul grafico; è possibile scorrere la lista dei problemi analizzati per cercare la patologia di interesse oppure utilizzare il campo cerca.



Scorrendo la lista o digitando ipotiroidismo, dunque, verifichiamo se il problema è analizzato dal GPG; se presente possiamo selezionarlo in modo da visualizzare nel diagramma solo gli istogrammi relativi agli indicatori del problema selezionato che per la Patologia Ipotiroidismo sono solo tre. Il valore personale degli indicatori di default è confrontato con il benchmark Health Search (riferito al 2022) e il colore apparirà verde, sopra il baseline, se più alto dello standard, rosso, sotto il baseline, se inferiore; nessun

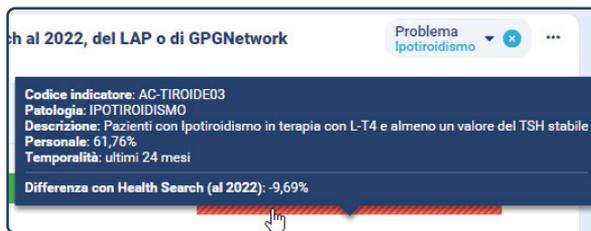
colore se valore personale uguale allo standard. Il confronto con lo standard LAP e con il benchmark GPG Network è eseguibile semplicemente selezionando i tasti corrispondenti, presenti nella parte inferiore destra del diagramma. Ovviamente il colore degli istogrammi potrà cambiare in rapporto allo standard di confronto.



Che bello! A saperlo prima! Gli indicatori ci sono, tiro fuori i dati e sono a posto... ma?! Ci sono dei rossi, che significa?

Quando il valore personale dell'indicatore è di colore verde, dunque più alto rispetto allo standard di riferimento, molto probabilmente la performance del medico è adeguata perché il dato personale è allineato con o più alto del Livello Accettabile di Performance (LAP) derivato dalla letteratura EBM e EBP o del valore medio rilevato nell'ambito delle due banche dati di riferimento della Medicina Generale: Health Search e/o GPG Network.

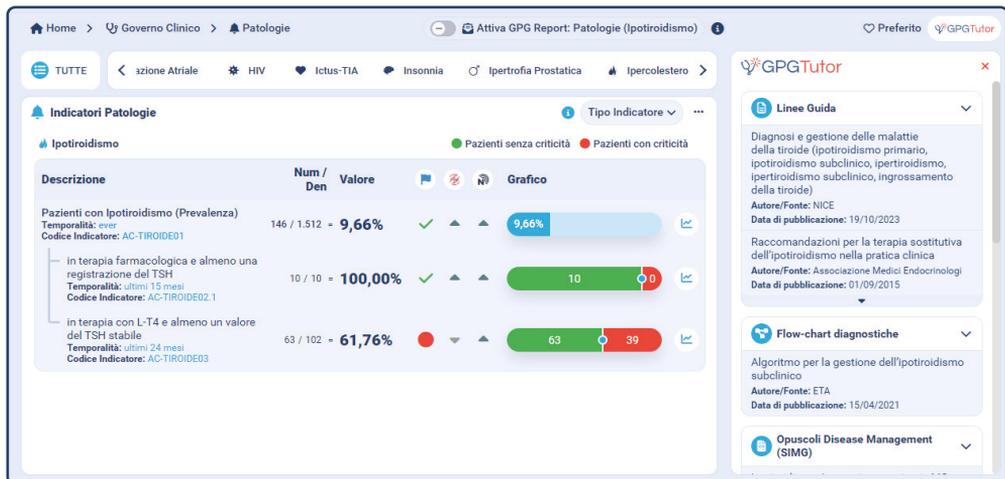
Il LAP è il valore soglia al di sotto del quale la performance del medico è molto bassa, francamente inaccettabile, indicativa di bassa qualità: un valore personale allineato a superiore al LAP indica impegno sia nella diagnosi che nel follow-up dei pazienti relativamente alla patologia esaminata e in definitiva buona qualità assistenziale.



Se l'istogramma è rosso, sotto il baseline, GPG ha evidenziato delle aree di criticità; ci segnala che qualcosa non va e ci invita a verificare.

Il fumetto sugli istogrammi fornisce qualche dato, ma per analizzare dettagliatamente

gli indicatori, specie quelli con criticità, occorre entrare nel modulo patologie e visualizzare il problema Ipotiroidismo.

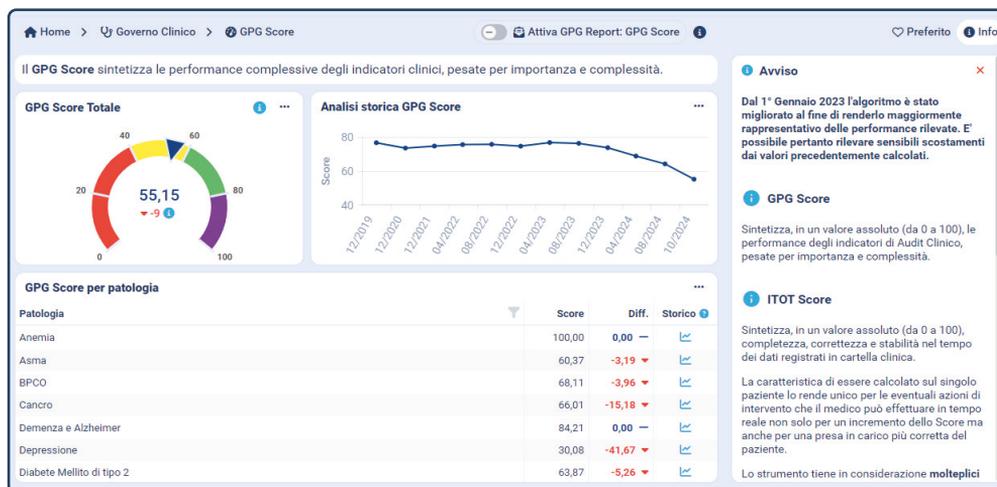


Beh! Sì, ci sono indicatori rossi, ma è poca roba.

Cosa sarà...ma un collega mi diceva che GPG misura la qualità delle cure e la misura anche nelle singole patologie! Vediamo...

Con un calcolo matematico elaborato in Health Search, basato sia sulla complessità della patologia esaminata, sia sulla complessità, importanza e impegno clinico richiesti dall'indicatore, GPG Score sintetizza con un valore numerico il livello della qualità delle cure erogate dal medico. Lo score totale valuta complessivamente tutti problemi clinici, lo score per patologia esegue la medesima valutazione per ogni singolo problema analizzato; i problemi sono elencati in ordine alfabetico per

facilitare la ricerca e l'ordinamento è modificabile con un semplice clic sui titoli delle varie colonne come in un normale foglio di lavoro.



Ogni score è accompagnato dal livello di scostamento rispetto al calcolo precedente (mese) e dal grafico dell'andamento nel tempo in modo da verificare l'efficacia di eventuali interventi correttivi.

Compressivamente non sto messo male!

Lo score totale è sul giallo; non è ottimale, ma posso accontentarmi.

Ah! Ecco l'ipotiroidismo, anche qui score 90 con tendenza in miglioramento rispetto alla valutazione precedente. Sto migliorando!

| Patologia | Score | Diff. | Storico |
|---------------------------|--------|--------|---------|
| ipertensione arteriosa | 60,88 | -4,04 | ↘ |
| ipotiroidismo | 90,88 | 11,46 | ↗ |
| IRC | 38,32 | -9,44 | ↘ |
| Lombalgia | 100,00 | 0,00 | — |
| Malattia Coronarica | 56,82 | -25,24 | ↘ |
| MRGE | 61,78 | -5,56 | ↘ |
| Diabete Mellito di tipo 2 | 63,87 | -5,26 | ↘ |

E lo storico?...ahia! Che calo negli ultimi mesi! Che sarà accaduto? Credo convenga approfondire!



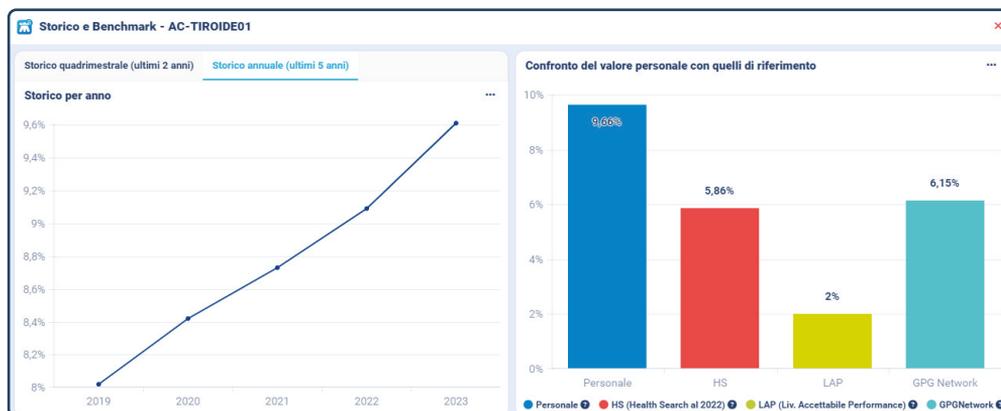
Il modulo Patologie permette di analizzare in dettaglio gli indicatori del problema che evidenzia criticità gestionali in modo da valutare l'impegno necessario per risolverle, valutare gli interventi necessari e decidere le modalità di attuazione delle misure correttive adottate. La pagina del problema Ipotiroidismo visualizza solo tre indicatori. L'indicatore AC-Tiroide01 misura la prevalenza del problema, mentre gli altri due, AC-Tiroide02.1 di processo e AC-Tiroide03 di esito intermedio, verificano rispettivamente la registrazione del TSH e la verifica dell'obiettivo terapeutico. Che dire. Pensavo di star messo bene. Ero convinto che tutto fosse sotto controllo...e invece effettivamente ci sono pallini rossi. Non è che siano proprio tutte rose e fiori... voglio capire cosa mi dicono gli indicatori.

L'indicatore AC-Tiroide01, misura la prevalenza personale del problema ipotiroidismo che risulta 9.4%, nettamente più elevata rispetto al LAP 2% e più alta rispetto ai benchmark della Medicina Generale. In Health Search e GPG Network, come si vede sul fumetto nella corrispondente colonna, la prevalenza supera il LAP; è pari, infatti, al 5.86% e 4.76% rispettivamente. È certamente possibile una certa variabilità regionale della prevalenza, ma molto probabilmente vi è un problema di sotto registrazione del problema Ipotiroidismo (codici ICD9CM 244% e 243% - % comprende tutti gli eventuali sub-codici). Il denominatore, come si rileva nella pagina di dettaglio estrae tutti i pazienti in carico di età >14 anni; il numeratore estrae invece il numero dei pazienti di età >14 anni che hanno il problema ipotiroidismo codificato in cartella. Nel campo concetti utilizzati la voce Diagnosi visualizza il tasto azzurro *Ipotiroidismo* rilevato come problema aperto (attivo), escludendo i casi sospetti o chiusi, qualunque sia la data di inizio registrata. Premendo il tasto *Ipotiroidismo* vengono visualizzati i codici ICD9 CM con i relativi sub codici che identificano i pazienti con diagnosi codificata.

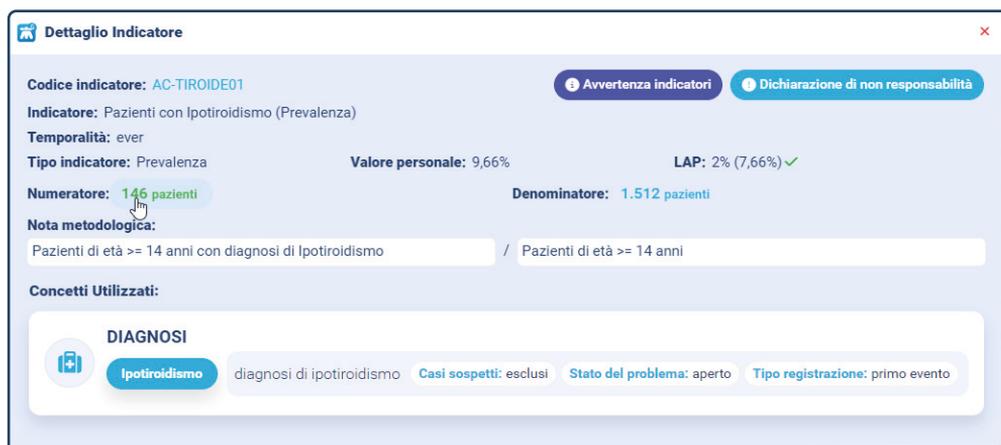
Il rapporto tra numeratore e denominatore, espresso in percentuale, è il valore della prevalenza personale: in definitiva alla data di analisi i pazienti in carico con diagnosi di ipotiroidismo sono 99, con una prevalenza calcolata pari al 9.41%.

Si tenga comunque presente il rischio di sovra o sotto diagnosi, possibili se la definizione del problema ipotiroidismo non rispetta rigorosamente i criteri diagnostici o non esiste perché non è registrato in cartella.

Effettivamente la prevalenza tra i miei assistiti è molto alta, ma come è andata nel corso degli anni precedenti?



La verifica dell'andamento della prevalenza nel tempo, come per il valore di tutti gli indicatori del GPG, si può valutare sulla pagina Storico e Benchmark che si apre facendo clic sull'icona del grafico a destra dell'istogramma. Nel caso specifico la prevalenza, valutata con cadenza quadrimestrale nel corso degli ultimi due anni, mostra una curva in progressivo aumento, ma con una leggera flessione nell'ultimo quadrimestre. Sfiando con il puntatore i punti evidenziati sulla curva appare un fumetto che visualizza il valore personale puntuale dell'indicatore con i suoi numeratore e denominatore alla data indice del quadrimestre in esame. Anche la prevalenza degli ultimi 5 anni fa rilevare un trend in progressivo aumento; anche in questo grafico ad ogni punto sulla curva sono visualizzati i fumetti corrispondenti con il valore della prevalenza alla fine dell'anno considerato. I grafici del confronto con gli standard e benchmark confermano una prevalenza personale nettamente più elevata.



La mia prevalenza dunque è molto alta, i pazienti son tanti. Pensavo fossero meno, ricordo tizio, caio...Franco e anche Tommaso, ma sono solo 10, e tutti gli altri? Chi sono? Basta un clic sul numeratore nella pagina degli indicatori o in quella di dettaglio per ottenere l'elenco in ordine alfabetico di tutti gli assistiti che hanno registrata la diagnosi codificata ICD9CM di ipotiroidismo.

La lista visualizza i dati anagrafici dei pazienti e una serie di funzioni aggiuntive attivabili con i tasti presenti in alto e in basso a destra. I tasti in alto a destra permettono di nascondere i nomi qualora necessario per garantire la Privacy, stampare, esportare, salvare sul PC la lista in formato Excel o PDF.

L'azienda vuol sapere quanti e chi sono i pazienti con Ipotiroidismo e dunque è sufficiente eseguire un salvataggio della lista in formato PDF; se necessario è possibile salvare o esportare anche altri dati selezionandoli nel menù che appare dopo aver premuto uno dei tasti funzione.

Pazienti senza criticità (Audit Clinico)

[AC-TIROIDE01] Pazienti di età >= 14 anni con diagnosi di Ipotiroidismo

Variabili Demografiche

Pazienti (146) Visualizza nomi Stampa Salva Excel Salva PDF

Cerca

| Cognome | Nome | Sesso | Data Nascita | Età |
|---------|------|-------|--------------|-----|
| N.D. | N.D. | F | N.D. | 71 |
| N.D. | N.D. | F | N.D. | 28 |
| N.D. | N.D. | F | N.D. | 76 |
| N.D. | N.D. | F | N.D. | 60 |
| N.D. | N.D. | F | N.D. | 86 |
| N.D. | N.D. | M | N.D. | 22 |
| N.D. | N.D. | F | N.D. | 33 |

Pagina 1 su 5 (146 righe) < 1 2 3 4 5 >

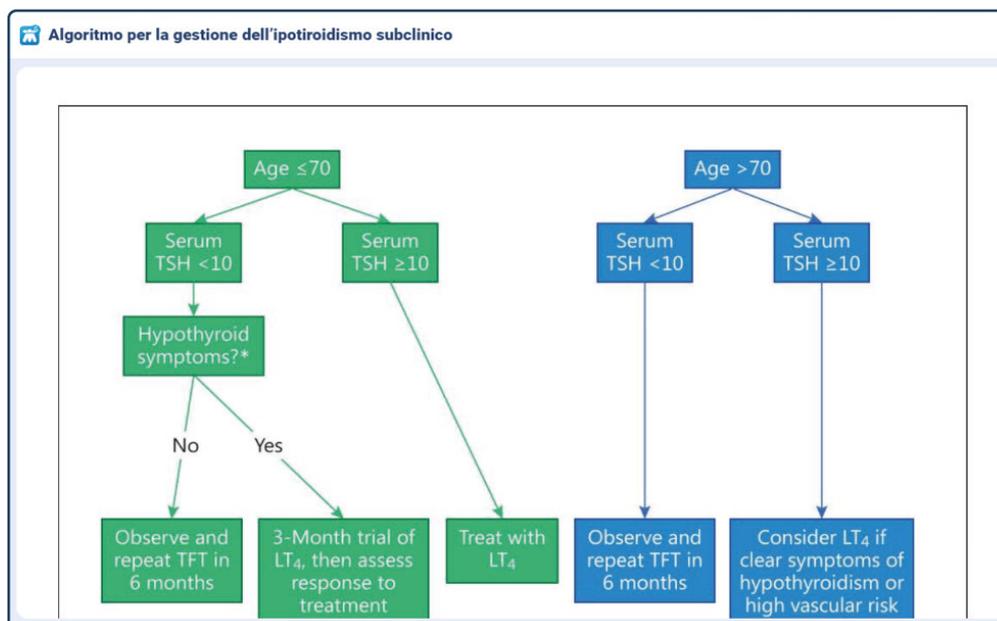
Avvisi Registri E-mail Visualizza paziente in MW

Perfetto, ho la lista dei pazienti, so quanti e chi sono, ma vista la prevalenza elevata potrei aver fatto diagnosi inappropriate? Ho commesso qualche errore nella registrazione del problema solo sospettato e che non ho verificato?

La registrazione è stata fatta dal sostituto a mia insaputa...ma secondo quali criteri faccio diagnosi di ipotiroidismo?

Non ricordo bene, forse leggevo di aggiornamenti recenti...che faccio?

Cerco la mail o la rivista? Vado su internet e consulto le linee guida? Chiedo a Copilot? GPG Tutor? Che roba è? Vedo che parla di tiroide...e Linee Guida; c'è anche una Flowchart diagnostica.



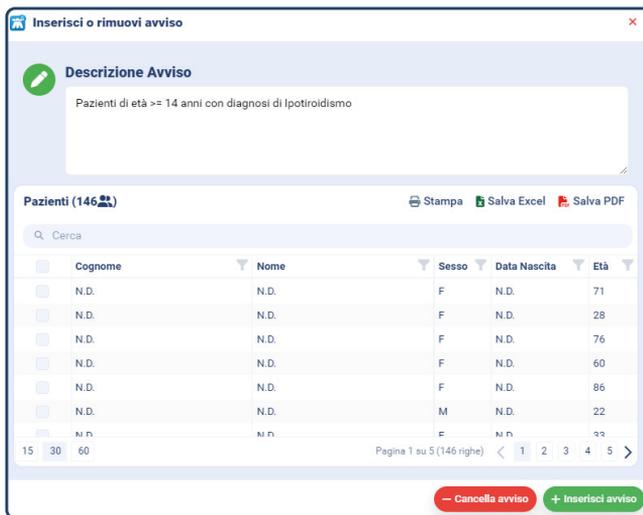
La definizione di un problema clinico rappresenta la conclusione di un processo che deve rispettare precisi criteri derivati dalla letteratura EBM, da Linee Guida, Position paper di Società Scientifiche. La scienza medica evolve continuamente ed è arduo restare aggiornati e informati su tutto. GPG Tutor, presente su tutte le pagine del modulo Patologie, è una guida personalizzata per l'informazione e l'aggiornamento del medico focalizzata sul problema che si sta visualizzando: è una banca dati sottoposta a revisione e aggiornamento continuo dei suoi contenuti: Linee Guida, flowchart, articoli della letteratura scientifica, documenti delle società scientifiche, riviste scientifiche etc., tutti selezionati e indicizzati, collegati mediante parole chiave ai corrispondenti problemi clinici, liberamente consultabili per rivedere e aggiornare le proprie conoscenze e competenze.

Dal Modulo GPG Tutor nella Home page è anche possibile accedere a corsi ECM in FAD per la formazione continua sul campo e acquisire crediti.

C'è un bel po' di roba. C'è anche il volumetto della collana Disease Management che tratta proprio della diagnosi di ipotiroidismo in Medicina Generale.

La selezione di un contenuto del GPG Tutor permette di attivare il collegamento con il sito specifico in modo da aprire e consultare liberamente online il documento. Al primo utilizzo del Tutor, GPG proporrà di accettare o meno l'invio delle newsletter quando disponibili aggiornamenti dei documenti nella banca dati. Ovviamente la consultazione del GPG Tutor richiede la connessione Internet, ma i documenti possono anche essere scaricati e salvati sul PC o stampati per consultazione offline. Ok, ho rivisto i criteri diagnostici; effettivamente esiste ampia variabilità nella prevalenza. L'ipotiroidismo subclinico raggiunge anche l'8%. I pazienti con diagnosi codificata hanno tutti il dato TSH >4.5 uUI/ml? I tasti funzione in basso a destra sull'elenco dei pazienti possono tornare utili per organizzare la verifica, pianificare e ottimizzare l'intervento correttivo, tenendo presenti la numerosità del campione e

l'organizzazione della struttura dove si lavora. Il medico che lavora da solo, magari senza collaboratore, può attuare interventi in ambito di medicina di opportunità; quando il paziente viene a visita per un motivo qualunque può fare in modo che il gestionale gli visualizzi un promemoria per ricordargli di eseguire la verifica: GPG infatti, permette di generare avvisi da inserire in cartella su tutti i pazienti in elenco, o solo su alcuni: alla prima occasione con l'accesso alla cartella del paziente apparirà un post-it che ricorderà al medico le cose da fare: ripetizione di accertamenti, verifiche cliniche, vaccinazioni etc. Con il tasto *Avvisi*, primo tasto in basso a destra, si visualizzano i nomi dei pazienti preceduti da una casella di selezione che permette di scegliere a chi destinare l'avviso.



Biffando la prima casella della colonna si selezioneranno tutti che i pazienti in elenco. I pazienti selezionati appariranno su fondo verde; prima di confermare le scelte si potrà anche personalizzare il testo dell'avviso; al termine dell'operazione si dovrà confermare l'inserimento premendo il tasto verde *Inserisci avviso* in basso a destra e attendere la conferma.

GPG automaticamente inserirà in cartella l'avviso che apparirà quando il medico aprirà la cartella di quel paziente ricordandogli che è necessario come nell'esempio verificare l'appropriatezza della diagnosi di ipotiroidismo. Il tasto rosso, *Cancella avviso*, permette di eliminare gli avvisi precedentemente inseriti con GPG.

Quando il medico è affiancato da un collaboratore di studio o lavora in una struttura organizzata potrebbe programmare interventi in ambito di medicina di iniziativa. In tal caso le liste tornano utili: il collaboratore provvede a richiamare attivamente i pazienti. Esiste anche la possibilità di inserire i pazienti della lista in uno dei registri di patologia del gestionale; il tasto *Registri*, analogamente al precedente, visualizza infatti l'elenco dei pazienti con le caselle di selezione e in alto un campo che apre il menu a tendina nel quale è possibile selezionare uno dei registri disponibili nel gestionale. Dopo aver selezionato alcuni o tutti i pazienti che appariranno su sfondo verde occorrerà premere il tasto verde *Inserisci i pazienti* in registro e attendere la conferma del programma. Il tasto rosso *Cancella Registro* permette invece di eliminare da un registro i pazienti precedentemente inseriti con GPG.

Premendo il tasto *E-Mail* GPG permette ancora di provvedere al richiamo attivo dei pazienti mediante invio alle caselle di posta dei pazienti di un messaggio generato automaticamente dal programma; è necessario avere registrato un account di posta sul proprio PC e ovviamente aver registrato in cartella l'indirizzo di posta elettronica

dei pazienti. Premendo il tasto *E-Mail* si apre ancora una volta la lista dei pazienti con le caselle di selezione e gli indirizzi di posta elettronica se registrati. Una volta selezionati i pazienti sarà sufficiente premere il tasto *Invia E-Mail* ai pazienti selezionati e attendere il termine dell'operazione. Tempo e numero di pazienti permettendo, o quando il paziente è presente in studio e il gestionale è aperto, si potrà anche selezionare un paziente nella lista e aprire immediatamente la sua cartella premendo il tasto rosso *Visualizza paziente in MW*.

Il campo a testo libero *Cerca* permette la ricerca rapida del nominativo del paziente: è sufficiente digitare le prime lettere del cognome per restringere il numero dei pazienti visualizzati. Una volta aperta la cartella si potrà verificare la presenza di almeno un TSH >4.5 uUI/ml. Ho eseguito la verifica delle diagnosi. In qualche caso non confermato ho dovuto modificare lo stato del problema in sospetto, ma la prevalenza resta elevata e potrebbe giustificare una maggior spesa per accertamenti e terapia. Ho aggiornato le mie conoscenze e competenze, ho rivisto la gestione dei pazienti, ma come mi sto comportando nel follow-up degli ipotiroidici e nel controllo degli obiettivi terapeutici? Qui purtroppo ci sono pallini rossi!

L'indicatore **AC-TIROIDE02.1** è un indicatore di processo: misura la percentuale dei pazienti con ipotiroidismo che sono in trattamento con ormoni tiroidei e negli ultimi 15 mesi hanno almeno una registrazione del TSH, necessario per verificare il compenso funzionale nei pazienti ipotiroidici in terapia sostitutiva: è un indice dell'attenzione del medico al follow-up. Il denominatore in questo caso cambia: non è più il totale della popolazione assistita di età >14 anni, bensì tutti i pazienti con diagnosi codificata di ipotiroidismo in terapia con ormone tiroideo, qualunque esso sia; il numeratore rileva quanti sono i pazienti a denominatore che hanno almeno una registrazione del TSH negli ultimi 15 mesi. Come si può verificare nella finestra di dettaglio oltre alla diagnosi i concetti utilizzati nella costruzione dell'indicatore sono appunto l'ultima registrazione del TSH e l'ultima prescrizione di un ormone tiroideo prescritto sia in fascia A, a carico del SSN, sia in fascia C, a carico del paziente.

Dettaglio Indicatore

Temporalità: ultimi 15 mesi

Tipo indicatore: Processo

Valore personale: 100,00%

LAP: 80% (20,00%) ✓

Numeratore: 10 pazienti

Denominatore: 10 pazienti

Pazienti con criticità: 0 pazienti ⓘ

Nota metodologica:
 Pazienti di età >= 14 anni con diagnosi di Ipotiroidismo in terapia con ormoni tiroidei con almeno una prescrizione di esame del TSH / Pazienti di età >= 14 anni con diagnosi di Ipotiroidismo in terapia con ormoni tiroidei

Concetti Utilizzati:

DIAGNOSI
 Ipotiroidismo | diagnosi di ipotiroidismo | Casi sospetti: esclusi | Stato del problema: aperto | Tipo registrazione: primo evento

DIAGNOSTICA DI LABORATORIO
 TSH | registrazione di TSH | Tipo registrazione: ultima registrazione

TERAPIE
 Ormoni tiroidei | prescrizione di ormoni tiroidei | Tipo registrazione: ultima prescrizione | Fascia: qualsiasi (A/C)

| Ipotiroidismo | | |
|--|---------|------------|
| Codici di selezione (ICD9 CM) | | |
| Cerca | | |
| Descrizione | ICD9_CM | Sub codice |
| Altre forme ipotiroidismi conseguenti ad ablazione tiroide | 244.1 | 00 |
| Altre forme ipotiroidismo acquisito specificato | 244.8 | 00 |
| Altre forme ipotiroidismo iatrogeno | 244.3 | 00 |
| Ipotiroidismo | 244.9 | 00 |
| Ipotiroidismo acquisito. Atiroidismo acquisito | 244 | 245 |
| Ipotiroidismo congenito | 243 | 00 |
| Ipotiroidismo congenito endemico, da grave carenza iodica | 243 | 13 |
| Ipotiroidismo congenito sporadico, disgenesia tiroidea | 243 | 11 |
| Ipotiroidismo congenito sporadico, disgenesia tiroidea, endemico da grave carenza iodica | 243 | 244 |

10 20 40 Pagina 1 su 1 (19 righe) < 1 >

Anche la prescrizione degli accertamenti, come quella dei problemi, deve essere sempre codificata; un accertamento non codificato non sarà rilevabile né misurabile, non esiste. Premendo il tasto *TSH* appare una lista infinita di voci, gran parte con il codice del nomenclatore; quelle senza codice fanno riferimento ad accertamenti che contengono il termine TSH nella descrizione o ad accertamenti composti che comprendono anche il TSH (differenze su base regionale del nomenclatore).

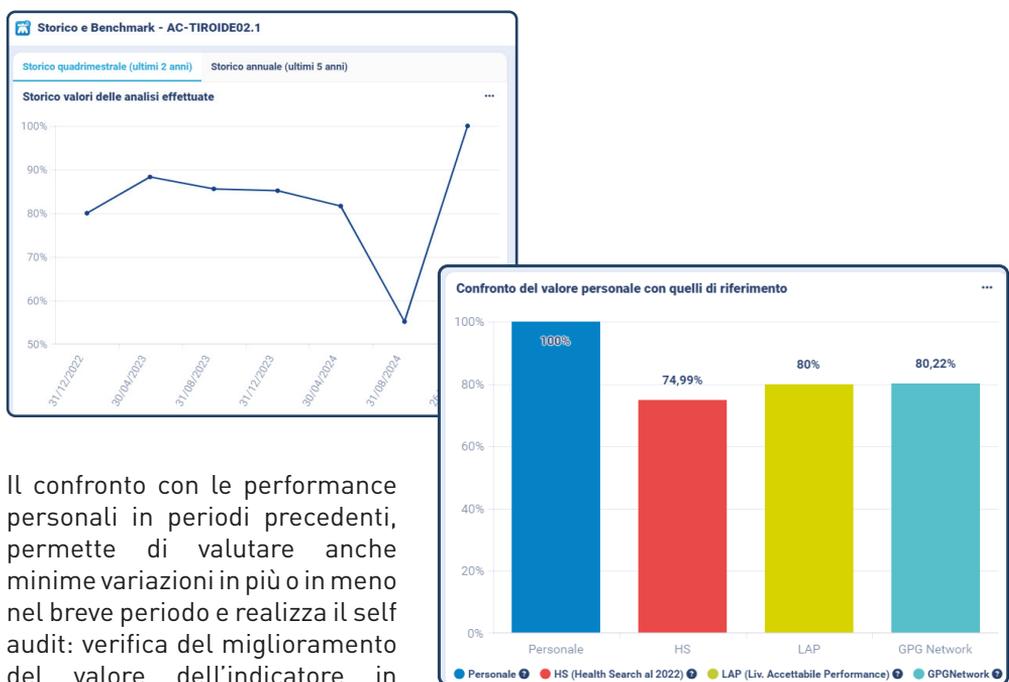
La query di estrazione estrae solo i pazienti con richiesta codificata di TSH (90.42.1 o 90421) escludendo tutte le altre voci. Il tasto *Ormoni tiroidei* nel campo Terapie mostra l'elenco delle confezioni farmaceutiche contenenti ormone tiroideo con i relativi dosaggi, codici AIC ministeriali, gruppo ATC e nome del principio attivo.

Il paziente in terapia con ormoni tiroidei deve eseguire controlli periodici del TSH; la temporalità almeno negli ultimi 24 mesi ragionevolmente tiene conto delle possibili difficoltà ad eseguire il controllo; oltre tale scadenza il paziente presenta una criticità gestionale dal momento che potrebbe non essere controllato in difetto o in eccesso o potrebbe essere non compliant con possibili rischi per la salute.

GPG, dunque, rileva l'assenza della richiesta di TSH negli ultimi 24 mesi dalla data di analisi e identifica il paziente come criticità gestionale. Il numero complessivo delle criticità rilevate è evidenziato in rosso nella pagina di dettaglio; il fumetto in Info descrive quale è la criticità. Lo stesso dato è chiaramente evidenziato nella pagina degli indicatori. Il pallino rosso segnala che il valore personale di performance, nonostante il valore elevato, è inferiore al LAP, mentre l'istogramma rosso nel grafico riporta il numero dei pazienti che presentano la criticità. Il clic sul numero in campo rosso o sul numero nella pagina di dettaglio apre la lista dei pazienti e permette di adottare, con le modalità precedentemente descritte, le più appropriate misure correttive con interventi di opportunità o di iniziativa.

Credo di aver richiamato gran parte dei pazienti critici; ho richiesto il TSH; sono passati quattro mesi e sono anche pervenuti alcuni esiti. Vorrei verificare come mi sono comportato. Sono curioso: come va l'indicatore?

GPG permette di valutare le variazioni dell'indicatore nel corso dei mesi e anni precedenti e dunque è possibile anche misurare cosa accade al valore dell'indicatore in seguito all'adozione delle misure correttive. In corrispondenza dell'indicatore AC-TIROIDE02.1, all'estrema destra, è presente l'icona di un grafico che apre la finestra Storico e Benchmark: a destra sono visualizzati gli istogrammi di confronto tra il valore personale attuale (data ultima analisi) in azzurro e gli standard: LAP e Benchmark; il grafico a sinistra visualizza una curva che descrive l'andamento del valore dell'indicatore personale nel corso degli ultimi due anni. I punti evidenziati sulla curva corrispondono al valore rilevato con cadenza quadrimestrale.



Il confronto con le performance personali in periodi precedenti, permette di valutare anche minime variazioni in più o in meno nel breve periodo e realizza il self audit: verifica del miglioramento del valore dell'indicatore in seguito all'adozione delle misure

correttive; nel caso specifico l'aumento della registrazione di richiesta del TSH nei pazienti critici avrebbe dovuto far deviare verso l'alto la curva.

Ricordiamo che l'audit è un processo ciclico che ha l'obiettivo di migliorare continuamente la qualità delle cure. GPG ci permette anche un confronto a più lungo termine del valore personale; il grafico storico annuale visualizza infatti una curva che mostra i valori dell'indicatore rilevati negli ultimi 5 anni.

Nel caso specifico è possibile fare due brevi considerazioni: il dato del 2020 è nettamente crollato rispetto all'anno precedente come conseguenza della riduzione dell'attività diagnostica nel periodo pandemico con un effetto coda che si è protratto nei due anni successivi mentre il 2023 vede una lieve inversione di tendenza della curva.

Occorre lavorare ancora per migliorare il valore dell'indicatore di processo sollecitando i pazienti ancora senza richiesta per il controllo del TSH.

E sotto il profilo degli obiettivi terapeutici, come stanno i miei pazienti?

La funzionalità tiroidea è sotto controllo con il trattamento sostitutivo?

Ci sono pazienti che non sono aderenti al trattamento o che non raggiungono gli obiettivi? Questi pazienti potrebbero avere bisogno di un counseling specifico per verificare la compliance al trattamento sostitutivo e potrebbero eventualmente passare ad altre specialità medicinali che garantiscano compliance più elevata. Quanti e chi sono i pazienti ipotiroidei che assumono levotiroxina (LT4) ed hanno TSH instabile?

L'indicatore **AC-TIROIDE03** è un indicatore di esito intermedio perché misura un prodotto dell'attività professionale: un esito misurabile di un processo di cura, rilevante ai fini del mantenimento dello stato di salute, che ha anche ripercussioni sulla mortalità (il vero indicatore di esito, difficile da valutare perché necessita di periodi di osservazione molto lunghi, incompatibili con la Medicina Generale). Questo indicatore identifica a denominatore il numero dei soli pazienti di età oltre 14 anni con ipotiroidismo in trattamento con un farmaco contenente LT4; il numeratore identifica i pazienti ben controllati sotto il profilo funzionale tiroideo, che hanno il TSH eseguito negli ultimi due anni stabile, in un range ragionevolmente compreso tra 0.27 e 4.5 uUI/ml. Ovviamente tra i concetti troviamo la diagnosi di ipotiroidismo. Per quel che riguarda il TSH stabile sono estratti i pazienti con risultato registrato che rientra nel range. Il paziente con TSH instabile invece è quello che ha il risultato registrato in difetto o in eccesso rispetto al range o che non ha risultato registrato: campo risultato = null.

Dettaglio Indicatore

Codice indicatore: **AC-TIROIDE03**

Indicatore: Pazienti con Ipotiroidismo in terapia con L-T4 e almeno un valore del TSH stabile

Temporalità: ultimi 24 mesi

Tipo indicatore: Esito

Valore personale: 61,76%

LAP: 80% (-18,24%)

Numeratore: 63 pazienti

Denominatore: 102 pazienti

Pazienti con criticità: 39 pazienti

Nota metodologica:

Pazienti di età ≥ 14 anni con diagnosi di Ipotiroidismo in terapia con L-T4 con almeno un valore del TSH stabile $\geq 0,27$ e $\leq 4,5$ / Pazienti di età ≥ 14 anni con diagnosi di Ipotiroidismo in terapia con L-T4

Concetti Utilizzati:

DIAGNOSI

ipotiroidismo diagnosi di ipotiroidismo Casi sospetti: esclusi Stato del problema: aperto Tipo registrazione: primo evento

DIAGNOSTICA DI LABORATORIO

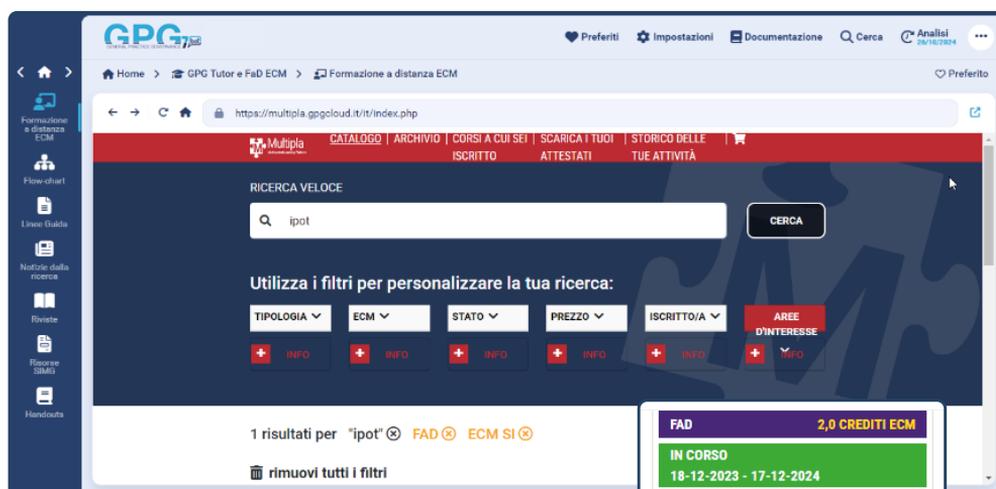
TSH registrazione di TSH stabile Temporalità: ultimi 24 mesi Tipo registrazione: ultima registrazione con risultato

Questi pazienti rappresentano le criticità gestionali: il loro numero è riportato in rosso nella pagina dettaglio dell'indicatore e sul tratto rosso dell'istogramma nella pagina dell'indicatore; il clic sul numero apre come al solito la lista dei pazienti con criticità. Sappiamo ormai cosa fare con la lista. Occorre solo organizzare l'intervento correttivo oppure approfondire l'argomento consultando i documenti del GPG Tutor e verificare l'andamento con il grafico dello storico.

Effettivamente anche questo indicatore evidenzia una criticità rilevante rispetto al LAP. Probabilmente ho ancora bisogno di migliorare le mie conoscenze e competenze. TSH instabile, ma cosa vuol dire?

Magari cerco un corso di formazione. Esiste un catalogo dei corsi?

Oltre ai documenti visualizzati e consultabili direttamente dalla pagina del problema GPG offre anche l'opportunità di iscriversi e seguire corsi FAD ECM mediante una funzione specifica presente nel modulo GPG Tutor e FAD ECM. Nella Home page classica i vari tasti del modulo permettono l'accesso diretto alle varie sezioni e all'interno di ciascuna sezione è possibile poi ricercare i documenti tramite parole chiave. Il tasto *Formazione a distanza ECM* da accesso immediato al catalogo dei corsi FAD ECM presenti sulla piattaforma Multipla.



Nella Home page semplificata il campo GPG Tutor e FAD ECM non ha tasti che sono sostituiti da icone; la prima icona da sinistra apre lo stesso catalogo. Eseguito l'accesso apparirà la home page della piattaforma Multipla; il campo ricerca veloce permette mediante parole chiave di verificare la presenza di corsi inerenti all'argomento desiderato: ad esempio digitando tiroide verrà proposto il corso Ipotiroidismo in Medicina Generale. Premendo il tasto *Informazioni* si accede alla pagina del corso; è possibile scaricare il programma, iscriversi e partecipare conseguendo i crediti assegnati al corso.

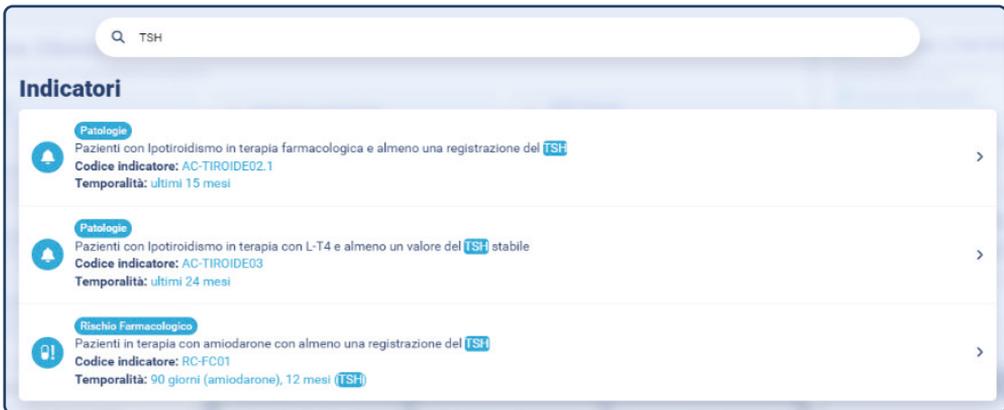


Ho aggiornato conoscenze e competenze.

Lo storico documenta miglioramento del valore dell'indicatore, ma la revisione delle cartelle dei pazienti con TSH instabile ha evidenziato diversi soggetti con valori inferiori al valore minimo della norma; potrebbe trattarsi di pazienti con ipertiroidismo iatrogeno da verificare?

Ci sono pazienti che assumono farmaci che possono indurre ipertiroidismo?

Il modulo Governo clinico contiene un numero considerevole di indicatori che è possibile cercare con la funzione *Cerca indicatori* in GPG visualizzata in alto a destra nella Home page: al clic sul campo GPG visualizza una nuova pagina che mostra altri tasti che permettono di restringere il campo di ricerca agli indicatori relativi al problema indicato; in alternativa digitando una parola chiave nel campo a testo libero GPG mostrerà tutti gli indicatori che contengono la parola digitata; scrivendo TSH ad esempio GPG mostrerà tutti gli indicatori che valutano il TSH; la ricerca infatti oltre ai due indicatori di governo clinico già valutati mostra anche un indicatore di rischio clinico che ha come oggetto il monitoraggio della funzione tiroidea nei pazienti in terapia con amiodarone.



Il tasto *Rischio farmacologico* in azzurro permette di andare direttamente alla pagina del modulo rischio clinico che contiene l'indicatore. La pagina di dettaglio dell'indicatore RC-FC01 selezionato, identifica a denominatore tutti i pazienti >14 anni in trattamento con amiodarone, che hanno ricevuto la prescrizione di almeno una confezione di farmaco negli ultimi 90 giorni (criterio per definire il paziente in trattamento); a numeratore i pazienti in trattamento con amiodarone che hanno in cartella almeno una registrazione del TSH negli ultimi 12 mesi.



Questo indicatore identifica immediatamente i pazienti con criticità, cioè i pazienti in trattamento che non hanno eseguito il monitoraggio del TSH negli ultimi 12 mesi e che dunque sono potenzialmente a rischio di ipertiroidismo e aritmie.

L'appetito vien mangiando. GPG mi da tanti spunti...una curiosità: ci sono pazienti con fibrillazione atriale che hanno anche ipotiroidismo e sono in terapia con LT4?

I pazienti con fibrillazione atriale potrebbero anche essere affetti da ipotiroidismo, le comorbidità sono frequenti, e necessitare di terapia sostitutiva; se non ben controllati potrebbero andare incontro a serie conseguenze. Il modulo Self-Service di GPG, utilizzando la banca dati dei concetti già presenti nel database, permette di creare liste personalizzate per soddisfare particolari necessità o semplici curiosità. Come ricercare e identificare i pazienti che hanno fibrillazione atriale e ipotiroidismo che assumono LT4? La ricerca di indicatori con fibrillazione atriale non rivela la presenza di indicatori che riguardano anche ipotiroidismo o TSH. Occorre creare nuove liste personalizzate; una dovrà ricercare i pazienti con fibrillazione atriale e ipotiroidismo; l'altra i pazienti di oltre 40 anni in terapia con LT4. La pagina *Liste Personalizzate* del modulo Self-Service permette di creare le query che permetteranno di estrarre le due coorti: 1 pazienti con problema fibrillazione atriale e ipotiroidismo, 2 pazienti di oltre 40 anni in terapia con LT4. Il primo passo è quello di creare una nuova categoria che chiameremo per esempio Tiroide. Premendo il tasto *Nuovo* (fumetto *Aggiungi nuova categoria*) appare la finestra Nuova categoria nella quale digitare Tiroide nel campo Nome e premere il tasto *Salva*. Quando si diverrà esperti poi si potranno completare anche altri campi. La nuova categoria ora appare nel campo Categorie nella pagina Liste pazienti personalizzate. Al clic sul campo della categoria creata appare una pagina vuota perché non ci sono ancora liste salvate. Per avviare la creazione della nuova lista dei pazienti con fibrillazione atriale e ipotiroidismo occorre premere il tasto *Crea nuova lista pazienti*, e nella finestra successiva occorre scegliere le condizioni: ricordiamo che la E o la O in alto a sinistra sono gli operatori booleani AND e OR.

La selezione dunque deve riguardare tutti i pazienti, maschi e femmine che hanno più di 40 anni con fibrillazione atriale e ipotiroidismo; tutte le condizioni devono essere vere: M AND F >40 anni AND FA AND ipotiroidismo. M ed F sono già selezionati. Per definire il range età occorre scrivere 40 nella casella età minima, si può anche lasciare 120 anni come età massima. Premendo ora il tasto *Aggiungi* condizione apparirà il tasto *Filtro* che nel suo menu a tendina permette di selezionare una condizione specifica per velocizzare la ricerca.

Una volta selezionata la voce Diagnosi premendo il tasto *Scegli* da catalogo si aprirà solo l'elenco delle diagnosi disponibili. In alternativa si può premere direttamente il tasto *Scegli* da catalogo e ricercare la condizione nell'intero catalogo dei concetti disponibili. Il catalogo si può scorrere o si può ricercare la voce specifica utilizzando il campo *Cerca* (preferibile).

Digitando le prime lettere del termine fibrillazione si limiterà l'elenco alle sole diagnosi che contengono il termine fibrillazione. Le diagnosi disponibili sono due; per la scelta della voce occorre valutare i codici ICD9 CM considerati visualizzabili nel campo info a destra sotto la voce Diagnosi. FANV è restrittiva perché rileva solo le diagnosi di FA non valvolare recentemente introdotti in MW, Fibrillazione atriale è più ampia e permette di estrarre tutte le diagnosi registrate come problema aperto; saranno esclusi i problemi sospetti e quelli inattivi. Il tasto *Seleziona* salva la scelta che ora appare nella finestra della nuova lista.

Di default appare il tasto verde a qualsiasi valore ad indicare appunto che non vi sono limiti di tempo riguardo alla data della diagnosi che corrisponde a quella di inizio del problema. Premendo il tasto *Prossimo* in basso a destra o il tasto *2 Anteprema* in alto al centro è possibile eseguire una prima verifica: apparirà la lista dei pazienti con FA. Il tasto *Indietro* in basso a sinistra o il tasto *1 Condizione* in alto al centro consentono di tornare alla pagina precedente per completare le condizioni.

Per aggiungere la seconda condizione, ipotiroidismo, si procede con le stesse modalità descritte per FA: si seleziona la voce diagnosi di ipotiroidismo. Dopo aver registrato tutte le condizioni della nuova lista i tasti *prossimo* o *anteprema* visualizzeranno la lista dei pazienti con FA e ipotiroidismo;

Nuova lista di pazienti

Esplora il catalogo

1 Condizione 2 Anteprema 3 Altre informazioni

Scegli le condizioni da applicare per la creazione della tua lista di pazienti.

E Escludi i valori selezionati

PAZIENTI sesso del paziente Maschi Femmine

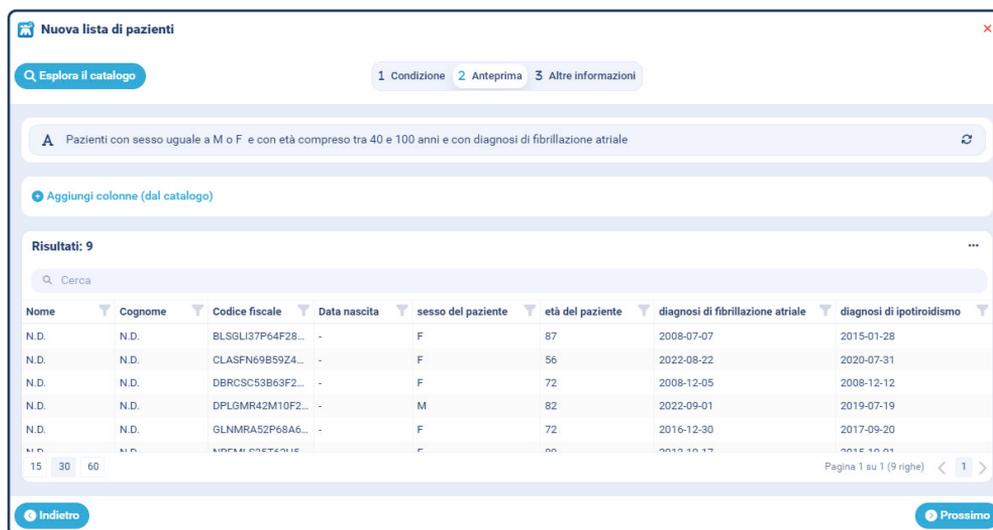
PAZIENTI età del paziente 40 anni 0 120 100 anni

DIAGNOSI diagnosi di fibrillazione atriale Ha qualsiasi valore

DIAGNOSI diagnosi di ipotiroidismo Ha qualsiasi valore

Aggiungi Condizione Aggiungi Gruppo

Prossimo



se tutto corretto premendo ancora il tasto *Prossimo* o il tasto *3 Altre informazioni* si passa alla finestra successiva nella quale è possibile personalizzare il nome della lista aggiungendo o modificando il titolo proposto. Scorrendo la pagina sarà possibile selezionare la categoria nella quale si vuole salvare la lista, nell'esempio Tiroide. Premendo il tasto verde *Salva* in basso a destra sarà infine possibile salvare il lavoro e la nuova lista o coorte sarà disponibile per le successive valutazioni.

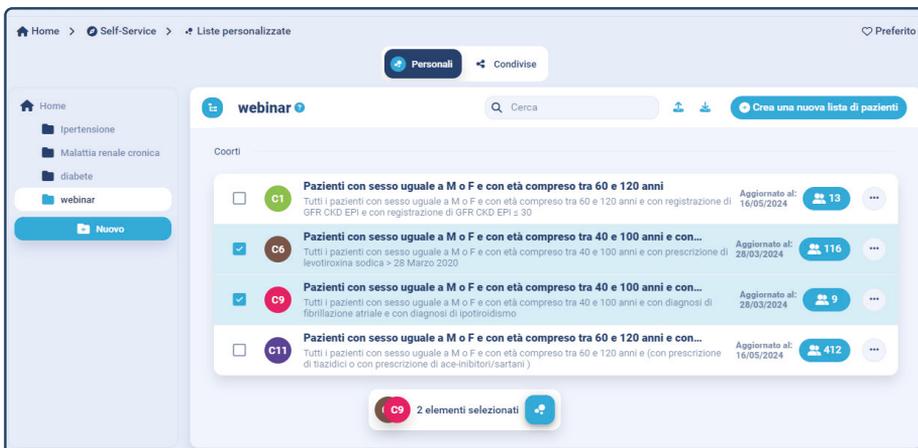


Occorre ora creare la coorte dei pazienti che sono in terapia con LT4, limitando il periodo di osservazione agli ultimi 4 anni mantenendo aperta la categoria Tiroide; si procede come descritto in precedenza: tasto *Crea nuova lista*; ambo i sessi, Età oltre 40 anni; nel menu del tasto *Filtro Selezione* di terapie e nel campo cerca del catalogo

LT4; ci sono due opzioni: la prima, come si può vedere aprendo Terapie nel campo info estrae i pazienti in terapia con Lt4 e Liotironina, la seconda estrae i pazienti in terapia con tutti i prodotti che contengono LT4. Dovrebbero essere considerate ambedue le condizioni per non perdere alcun paziente. Utilizzando la prima condizione Lt4 e Liotironina si dovrà impostare l'arco temporale limitandolo ai quattro anni precedenti rispetto alla data odierna.



Nel menu del tasto a qualsiasi valore occorre selezionare la voce Dopo il e successivamente selezionare la voce data statica e finalmente impostare la data di inizio dell'arco temporale di osservazione: dopo il 28/3/2020. Il tasto *Prossimo* o 2 anteprema non mostra pazienti in terapia. La condizione non serve e dunque la si può cancellare senza modificare altro e sostituire con la seconda condizione prescrizione di levotiroxina sodica LT4. L'anteprema ora restituisce la lista dei pazienti in terapia con solo Lt4. La nuova lista dovrà essere salvata con le stesse modalità già descritte. Nella categoria Tiroide ora sono presenti due coorti: 7 pazienti con FA e Ipotiroidismo e 79 pazienti in terapia con LT4. Selezionando ambedue le coorti in basso in posizione centrale, appare un nuovo campo con il numero delle liste selezionate e un tasto azzurro con il simbolo del Diagramma di Venn.



L'intersezione tra le due coorti nel diagramma permette di identificare i pazienti che hanno fibrillazione atriale e ipotiroidismo e sono in trattamento con LT4. Anche in questo caso è possibile ottenere la lista dei pazienti estratti con indicazione delle date di inizio dei problemi e dell'ultima prescrizione di LT4. Con la lista si potranno eventualmente programmare controlli mirati sui pazienti estratti.



L'azienda mi chiede di giustificare la spesa farmaceutica e quella diagnostica dell'ipotiroidismo. Chissà se GPG può aiutarmi in tal senso?

Il modulo Economia Sanitaria esegue una analisi approfondita della spesa farmaceutica e diagnostica. Nel caso specifico occorre consultare la sezione Analisi prescrittiva (dettagliata). La pagina report analitico mostra l'elenco delle varie classi ATC dei farmaci prescritti nel corso dell'anno corrente o dell'anno precedente, al quale si farà riferimento considerando tutti i mesi e tutti gli assistiti.

Nella riga che riguarda la Classe ATC H che comprende i farmaci del sistema endocrino con esclusione di insuline e ormoni sessuali i campi delle colonne riportano il numero totale di pazienti trattati nell'anno considerato, il numero dei trattati su 100 assistiti pesati, il numero di pezzi prescritti e il numero di prescrizioni per trattato e su 100 assistiti pesati.

Home > Governo Clinico > Economia sanitaria > Analisi prescrittiva (Dettagliata) Attiva GPG Report: Analisi prescrittiva (Dettagliata)

Farmaci Farmaci Equivalenti Specialistica

Anno 2024 Mese Tutti i mesi

Popolazione in carico Info Personale

| | |
|-------------------------|-------|
| Totale assistiti | 1.525 |
| Totale assistiti pesati | 2.085 |

Report analitico

| Classi ATC 1° Livello | N° trattati | N° trattati su 100 ass. pesati | N° prescr.ni | N° prescr.ni per trattato | N° prescr.ni su 100 ass. pesati | Importo | Importo ass. | Importo per ass. pesato | Importo ass. aggiustato HSM Index | Importo trattato |
|---|-------------|--------------------------------|--------------|---------------------------|---------------------------------|---------|--------------|-------------------------|-----------------------------------|------------------|
| G - Apparato genito-urinario e ormonone sessuale | 16 | 0,8 | 23 | 1,4 | 1,1 | 324,6 € | 0,2 € | 0,2 € | 0,1 € | 20,3 € |
| H - Sistema endocrino, esclusi ormoni sessuali e insulina | 36 | 1,7 | 41 | 1,1 | 2,0 | 226,1 € | 0,1 € | 0,1 € | 0,1 € | 6,3 € |
| J - Anti-infettivi per uso sistemico | 40 | 1,9 | 57 | 1,4 | 2,7 | 754,1 € | 0,5 € | 0,4 € | 0,3 € | 18,9 € |
| L - Antineoplastici | | | | | | | | | | |

Info

Indice

- Farmaci
- Farmaci Equivalenti
- Specialistica

Ancora l'importo totale delle prescrizioni, quello per assistito e per assistito pesato, l'importo della spesa aggiustato per l'indice HSM, che correla con la complessità clinica e con il consumo di risorse, l'importo per trattato, quello medio della prescrizione e infine la percentuale di spesa per farmaci equivalenti. Nella pagina Farmaci equivalenti è possibile verificare la spesa per singoli farmaci. L'elenco dei farmaci può essere modificato selezionando una specifica classe ATC se disponibili equivalenti, altrimenti la ricerca può avvenire nella lista delle molecole riorganizzabili in ordine alfabetico agendo sul campo del titolo (è un foglio di lavoro). Scorrendo dunque la lista in ordine alfabetico fino a trovare la molecola Levotiroxina si avrà il numero dei pezzi prescritti nell'anno considerato, il numero dei pazienti trattati e la spesa corrispondente.

Home > Governo Clinico > Economia sanitaria > Analisi prescrittiva (Dettagliata) Attiva GPG Report: Analisi prescrittiva (Dettagliata)

Farmaci Farmaci Equivalenti Specialistica

Anno 2023 Mese Tutti i mesi Fascia 2 Filtri selezionati Gruppo ATC Tutti - A02%-N02A%

| Tipo Brevetto, ATC | Molecola | Pezzi prescritti | Pazienti trattati | Spesa |
|--------------------|---|------------------|-------------------|-----------|
| A16AA01 | LEVOCARNITINA | 4 | 4 | 59,4 € |
| R06AE09 | LEVOCETIRIZINA DICLORIDRATO | 94 | 19 | 519,6 € |
| N04BA02 | LEVODOPA/CARBIDOPA | 213 | 14 | 1.898,0 € |
| R05DB27 | LEVODROPROPIZINA | 4 | 4 | 39,1 € |
| J01MA12 | LEVOFLOXACINA EMIIDRATO | 19 | 8 | 122,8 € |
| S01AE05 | LEVOFLOXACINA EMIIDRATO | 1 | 1 | 17,5 € |
| G03AA07 | LEVONORGESTREL/ETINILESTRADIOLIO | 1 | 1 | 15,4 € |
| N05AL07 | LEVOSULPIRIDE | 48 | 38 | 369,8 € |
| H03AA01 | LEVOTIROXINA SODICA | 752 | 124 | 2.896,6 € |
| N01BB02 | LIDOCAINA | 7 | 6 | 117,4 € |
| J01AA04 | LIMECICLINA (TETRACICLINA-LEVO-METILENILEISINA) | 3 | 3 | 36,4 € |
| A10BH05 | LINAQLIPTIN | 56 | 6 | 3.466,4 € |
| A10BJ02 | LIRAGLUTIDE | 9 | 2 | 1.128,9 € |
| J07AX | LISATO BATTERICO POLIVALENTE | 4 | 4 | 119,6 € |
| B01AC06 | LISINA ACETILSALICILATO | 1.773 | 225 | 4.113,6 € |

Info

Indice

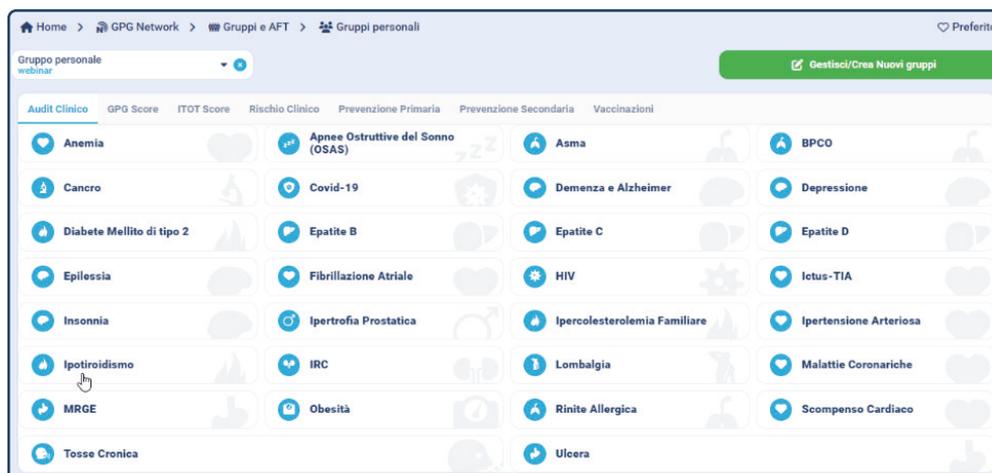
- Farmaci
- Farmaci Equivalenti
- Specialistica

Possibile anche verificare la spesa considerando i pazienti trattati in fascia C a loro carico oppure la spesa totale per fascia A e C.

Si può seguire un analogo procedimento per valutare la spesa diagnostica, ma l'analisi dettagliata, analitica, riguarda in generale le varie discipline e al momento non è possibile verificare la spesa per singoli accertamenti, ma ormai abbiamo il polso della situazione: quale è la prevalenza, quanti e chi sono i pazienti, quale è la gestione dei pazienti, quanti farmaci prescritti, con quali risultati; ce n'è a sufficienza per smontare qualunque pretesa aziendale, anzi...di più.

Lavoro in una medicina di gruppo e vorrei confrontarmi con i colleghi sulla gestione dell'ipotiroidismo. GPG può aiutarmi? E se volessi fare un audit con altri gruppi...?

Tutto il procedimento descritto per il singolo medico può essere ripetuto nell'ambito delle forme associative; in tal caso ciascun medico utilizzerà GPG per il selfaudit e con il modulo GPG Network visualizzato nella Home Page potrà fare audit di gruppo. Tutti i componenti della forma associativa dovranno dunque utilizzare GPG e dovranno dare il loro consenso sia all'invio dei propri dati al server sia alla visualizzazione dei valori degli indicatori personali (rigorosamente anonimi). Il modulo GPG Network richiede che sia attivo il collegamento internet; l'accesso ai contenuti è possibile anche direttamente mediante il collegamento presente sul desktop, creato in fase di installazione del GPG. La sezione forme associative permette ai singoli componenti (tutti utenti del GPG) di una medicina associata in rete o in gruppo etc di confrontare i propri dati con quelli degli altri medici, con i totali e con le medie del gruppo.



I medici sono anonimizzati, ma l'utente che consulta la sezione vede in chiaro solo i propri dati. Solo il referente o chi è nominato coordinatore ha la possibilità di visualizzare i nomi dei colleghi per eventuali interventi mirati sul collega come normalmente fa il coordinatore di un gruppo di audit.

- IPOTIROIDISMO
Pazienti con Ipotiroidismo (Prevalenza)
 ever | 6,89% | 6,86% | 9,66% | 4,98% | 8,24% | 4,68% | | | (421 / 6.135) | (146 / 1.512) | (83 / 1.667) | (124 / 1.504) | (68 / 1.452) |
Pazienti con Ipotiroidismo in terapia farmacologica e almeno una registrazione del TSH
 ultimi 15 mesi | 70,14% | 62,22% | 100,00% | 3,33% | 92,22% | 85,00% | | | (112 / 180) | (10 / 10) | (2 / 60) | (83 / 90) | (17 / 20) |
Pazienti con Ipotiroidismo in terapia con L-T4 e almeno un valore del TSH stabile
 ultimi 24 mesi | 40,58% | 50,70% | 61,76% | 3,03% | 80,85% | 16,67% | | | (145 / 286) | (63 / 102) | (2 / 65) | (76 / 94) | (4 / 24) |

 The table also includes a search bar and a 'VISUALIZZA NOMI' button. The interface is in Italian and shows a user profile 'webinar' and a 'Preferito' icon in the top right corner."/>

Il modulo gruppi personali permette a tutti gli utenti di creare nuovi gruppi per nuovi progetti di audit con altri colleghi utenti del GPG non necessariamente residenti nello stesso luogo.

Dopo aver eseguito l'accesso al modulo, occorre premere il tasto *Crea gruppo* presente nell'angolo alto a destra; nella pagina successiva *Modifica gruppo* si dovrà assegnare un nome al nuovo gruppo scrivendolo nel campo *Nome gruppo personale*. Successivamente si dovranno inserire i nomi dei colleghi che si vuole invitare a partecipare; il tasto *Aggiungi* attiva un menu a tendina che visualizza l'elenco dei medici che hanno accettato di essere visibili in GPG e dunque disponibili; è possibile scorrere l'elenco oppure cercare un nome con il campo *Cerca*.

I medici invitati dovranno confermare la partecipazione al gruppo per poter visualizzare gli indicatori di tutti gli altri, sempre anonimizzati. Quando esiste la registrazione di un gruppo personale la pagina iniziale del modulo visualizza la pagina audit clinico con tutte le patologie analizzate e in alto a sinistra il o i gruppi cui si è iscritti; le altre pagine riguardano tutti i moduli di governo clinico.

Se iscritti a più gruppi di audit occorrerà selezionare quello di interesse e poi aprire la pagina da consultare in modo da poter visualizzare gli indicatori, i valori personali in chiaro, quelli dei partecipanti anonimizzati, le medie e i totali. Il tasto *Visualizza nomi* permette di visualizzare i nomi dei medici partecipanti e può essere utilizzato solo dal coordinatore del gruppo di audit; i partecipanti non sono abilitati.

Il tasto in alto a destra *Gestisci/Crea nuovi gruppi* apre la finestra Gestione Gruppi personali: qui si potranno modificare i componenti di un gruppo già presente, cancellare o aggiungere altri colleghi, oppure creare un nuovo gruppo.

6. GPG e la gestione del rischio clinico

Sicurezza del paziente e appropriatezza d'uso dei farmaci. Gestione del rischio cardiovascolare e renale. Stadiazione del rischio di fibrosi epatica. Sorveglianza dei pazienti in TAO.

Il rischio clinico è generalmente definito come possibilità che un paziente subisca un danno o un disagio involontario imputabile all'assistenza sanitaria quando questa risulti assente, omessa, non erogata, oppure carente (incompleta, insufficiente), oppure errata.

La gestione del rischio clinico (Risk management) è una delle principali componenti del Governo Clinico e riveste un ruolo di primo piano nella presa in carico e nella valutazione della qualità dell'assistenza; si occupa di sicurezza del paziente (safety), ma non riguarda solo l'errore medico (ad es. prescrizione di un farmaco in presenza di specifiche controindicazioni, intolleranza o allergia), ma anche omissione di interventi sugli stili di vita, come ad esempio interventi nel paziente fumatore, o di procedure raccomandate in particolari situazioni, anche finalizzate alla diagnosi precoce, fino all'omissione di interventi di prevenzione primaria o secondaria utili per evitare o quanto meno ritardare la comparsa di malattie croniche o di loro complicanze.

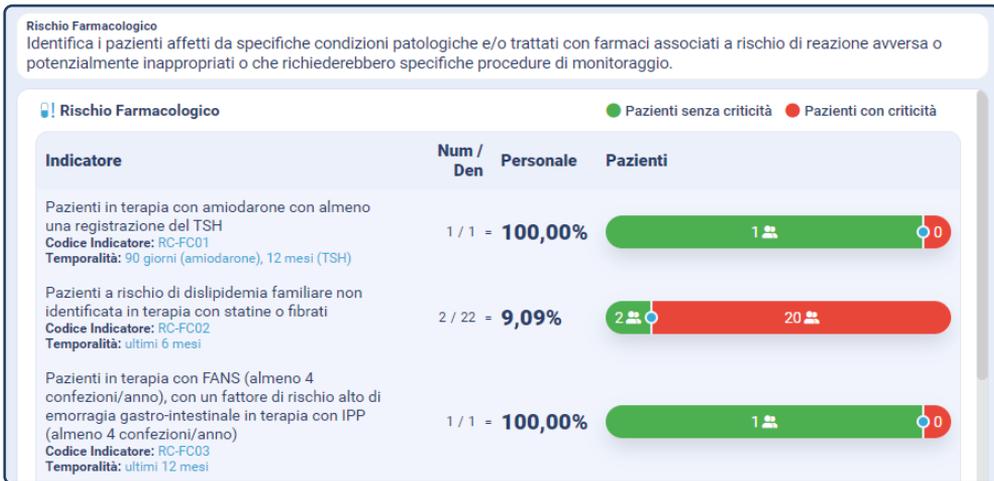
Il Modulo Rischio Clinico di GPG analizza diverse situazioni, frequenti nella pratica clinica del MMG, potenzialmente dannose per la salute del paziente, in grado di creare condizioni di forte ed inequivocabile rischio, e che, pertanto, richiedono una rivalutazione ed eventualmente l'adozione di solleciti interventi correttivi: si va dalla gestione del rischio farmacologico a quella del paziente ad alto rischio cardiovascolare o renale, dalla valutazione del rischio di fibrosi epatica nelle epatopatie croniche alla gestione del paziente in TAO.

Rischio Farmacologico

La prescrizione appropriata del farmaco (farmaco giusto, al paziente giusto, al momento giusto e nei giusti modi e tempi) deve tenere conto delle indicazioni riportate nella scheda tecnica del farmaco, derivate dagli studi registrativi (trial), delle controindicazioni (derivate dagli stessi trial registrativi ma anche dagli studi di fase IV e dall'uso nella pratica clinica), delle limitazioni imposte dalle note AIFA quando presenti e ovviamente delle raccomandazioni delle linee guida basate sulle evidenze, delle possibili interazioni nei poli trattati e dei costi, ma non infrequentemente ci si dimentica di verificare proprio controindicazioni e interazioni che possono provocare danni al paziente, altri problemi e aumento dei costi sanitari.

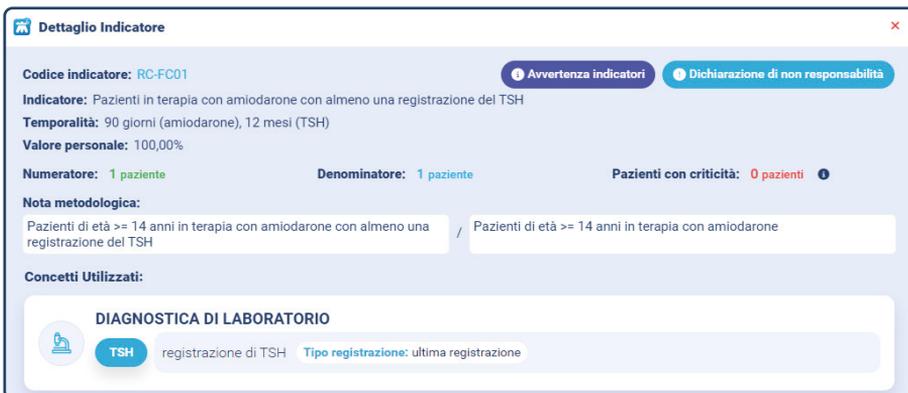
Primo obiettivo del medico quando prescrive un farmaco è quello di non far danno al paziente: la sicurezza innanzitutto.

Il modulo rischio farmacologico permette di identificare la popolazione dei pazienti che potrebbero presentare problemi a causa di trattamenti inappropriati o dell'assenza di esami necessari per garantire la sicurezza d'uso di un farmaco.



Ad un paziente fibrillante il cardiologo ha prescritto amiodarone. Ho consigliato al paziente di eseguire un dosaggio del TSH appena possibile. Eseguo correttamente il monitoraggio della funzione tiroidea in tutti i pazienti in trattamento con amiodarone?

L'amiodarone è un farmaco antiaritmico utilizzato nel trattamento di aritmie ventricolari severe, tachicardie parossistiche sopraventricolari, fibrillazione atriale e flutter. Questa molecola può causare importanti effetti collaterali che riguardano soprattutto la funzione tiroidea. L'amiodarone può infatti provocare ipotiroidismo oppure ipertiroidismo o anche un effetto citotossico diretto sui tireociti. Alcuni pazienti possono sviluppare una forma di tireotossicosi, nota come "tireotossicosi amiodarone-indotta" (AIT). La comparsa di tali effetti, in particolare l'ipertiroidismo, può richiedere la sospensione del trattamento e pertanto, è necessario monitorare attentamente la funzione tiroidea all'inizio e durante il trattamento con amiodarone con cadenza almeno annuale.



L'indicatore **RC-FC01** analizza l'appropriatezza d'uso di amiodarone e permette di identificare i pazienti a rischio perché in terapia senza una appropriata verifica della

funzione tiroidea con valutazione del TSH. I pazienti in trattamento sono identificati sulla base della presenza di una prescrizione di farmaco negli ultimi 90 giorni dalla data di analisi e in questi pazienti viene verificata la presenza di almeno una registrazione del TSH negli ultimi 12 mesi. Il denominatore rileva dunque i pazienti con prescrizione di almeno una confezione di amiodarone prescritta negli ultimi 90 giorni. Il numeratore estrae quelli che hanno anche almeno una registrazione di TSH negli ultimi 12 mesi. Il numero dei pazienti con criticità, quelli in terapia e senza registrazione di TSH, è evidenziato in rosso nella scheda Dettaglio dell'indicatore. La lista di questi pazienti ci permette di verificare la cartella e intervenire tempestivamente per correggere le criticità rilevate: l'amiodarone potrebbe aver causato ipertiroidismo (iatrogeno) e il paziente potrebbe essere a rischio di peggioramento dei problemi tachiaritmici.

Ho partecipato ad un corso ECM sulle alterazioni dei lipidi e si è parlato di dislipidemie familiari, di rischio cardiovascolare aumentato e del trattamento raccomandato con statine.

Presto attenzione alla diagnosi e al trattamento di questi pazienti?

La dislipidemia familiare è una condizione caratterizzata da elevati livelli di alcune frazioni lipidiche nel sangue, ed è spesso associata a un rischio aumentato di malattie cardiovascolari. I pazienti con dislipidemia familiare presentano xantomi tendinei, patognomonicamente dell'ipercolesterolemia familiare, insorgenza di malattia aterosclerotica prematura (negli uomini prima dei 55 anni; nelle donne prima dei 60 anni), familiarità per problemi aterosclerotici prematuri o iperlipidemia grave nei familiari di primo grado (nonni, genitori, fratelli) o grave ipercolesterolemia nei figli in età prepubere; livelli di colesterolo totale superiori a 190 mg/dl o 4.9 mmol/l. L'indicatore **RC-FC02** permette di identificare i pazienti a rischio elevato di ipercolesterolemia familiare che non hanno la diagnosi in cartella e verifica se questi pazienti sono in trattamento con antidislipidemici.

Dettaglio Indicatore

Codice indicatore: RC-FC02

Indicatore: Pazienti a rischio di dislipidemia familiare non identificata in terapia con statine o fibrati

Temporalità: ultimi 6 mesi

Valore personale: 9,09%

Numeratore: 2 pazienti Denominatore: 22 pazienti Pazienti con criticità: 20 pazienti

Nota metodologica:
Pazienti di età >= 14 anni a rischio di dislipidemia familiare non identificata in terapia con statine o fibrati / Pazienti di età >= 14 anni a rischio di dislipidemia familiare non identificata

Concetti Utilizzati:

DIAGNOSTICA DI LABORATORIO

- Colesterolo totale** registrazione di colesterolo totale. Tipo registrazione: ultima registrazione con risultato
- Colesterolo LDL** registrazione di colesterolo LDL. Tipo registrazione: ultima registrazione con risultato

Il denominatore infatti identifica i pazienti probabilmente portatori di dislipidemia familiare estratti in base ai valori del colesterolo LDL (\rightarrow 190 mg/dl o 4.92 mmol/l) e del colesterolo totale (\rightarrow 290 mg/dl o 7.51 mmol/l), come riportato nel campo Informazioni utili a destra e sintetizzati nei concetti utilizzati; è dunque essenziale che i risultati degli accertamenti siano registrati in cartella; HDL e colesterolo totale. Colesterolo non-HDL (che corrisponde alla differenza tra colesterolo totale - HDL

colesterolo) va calcolato e registrato manualmente (per ora). Il numeratore estrae i pazienti con probabile dislipidemia familiare non codificata che assumono statine da sole o in associazione con ezetimibe e/o fibrati.

I pazienti non in terapia rappresentano le criticità gestionali: sono pazienti ad alto rischio cardiovascolare, probabilmente misconosciuti e per i quali non sono state adottate le necessarie misure terapeutiche. La lista dei pazienti critici ci permette innanzitutto di eseguire una revisione della cartella (sono pazienti non aderenti alla terapia?) e successivamente procedere a fissare ad esempio un appuntamento con il paziente per definire meglio la situazione clinica e procedere eventualmente con il counseling e/o la prescrizione del farmaco se necessario.

Dettagli

Pazienti di età >= 14 anni a rischio di dislipidemia familiare non identificata non in terapia con statine o fibrati

Variabili Demografiche

Pazienti (20)

Visualizza nomi Stampa Salva Excel Salva PDF

Cerca

| Cognome | Nome | Sesso | Data Nascita | Età |
|---------|------|-------|--------------|-----|
| N.D. | N.D. | M | N.D. | 79 |
| N.D. | N.D. | M | N.D. | 63 |
| N.D. | N.D. | F | N.D. | 38 |
| N.D. | N.D. | M | N.D. | 82 |
| N.D. | N.D. | F | N.D. | 49 |
| N.D. | N.D. | F | N.D. | 61 |
| N.D. | N.D. | M | N.D. | 82 |

15 30 60

Pagina 1 su 1 (20 righe)

Avvisi Registri E-mail Visualizza paziente in MW

Vale la pena che questo indicatore, come tutti gli altri in GPG, fornisce informazioni non vincolanti, ottenute mediante analisi dei dati registrati in cartella; ogni decisione in merito alle segnalazioni del GPG dipende anche dalla qualità della registrazione e non può prescindere dalla revisione dei dati, dalla valutazione clinica e dal giudizio del clinico.

Alcuni pazienti in trattamento cronico con FANS presentano un maggior rischio di emorragie gastriche; i PPI riducono l'incidenza di emorragie.

Ci sono pazienti in trattamento cronico con FANS a più alto rischio emorragico che non fanno gastro protezione?

I FANS rappresentano una classe di farmaci tra le più utilizzate nel trattamento del dolore nocicettivo, della flogosi o della febbre oltre che per il dolore acuto o cronico. Il meccanismo d'azione si esplica mediante inibizione delle ciclossigenasi (COX-1 e COX-2); la COX-1 catalizza la produzione delle prostaglandine, coinvolte in diverse funzioni dell'organismo, come il mantenimento della funzionalità renale, la protezione della mucosa gastrointestinale e l'attivazione dell'aggregazione piastrinica.

La COX-2 è coinvolta nella risposta infiammatoria e determina vasodilatazione, inibizione dell'aggregazione piastrinica e della proliferazione delle cellule muscolari lisce. Per la loro azione sulle COX-1, i FANS aumentano il rischio di tossicità

gastrointestinale, come ulcera peptica, emorragie del tratto gastrointestinale superiore o perforazione gastrointestinale; tale rischio è ulteriormente aumentato quando i pazienti in terapia cronica con FANS hanno età > 65 anni, presentano anamnesi positiva per pregressi eventi acuti del tratto gastrointestinale superiore, sono in terapia concomitante con ASA a basse dosi, anticoagulanti o corticosteroidi. Per minimizzare il rischio di complicanze gastrointestinali e aumentare la sicurezza del paziente tutti questi fattori, compresi il rischio cardiovascolare e renale, devono essere valutati quando si prescrivono FANS, preferendo se possibile gli inibitori selettivi delle COX-2 se non controindicati, associando PPI dimostratisi efficaci nel ridurre l'incidenza delle complicanze acute e dei sanguinamenti del tratto gastrointestinale superiore. È stato documentato che anche gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) potenziano la gastrolesività dei FANS e tale fattore andrebbe anch'esso considerato. L'indicatore **RC-FC03** identifica a denominatore i pazienti in terapia cronica con FANS, definiti sulla base del numero di confezioni prescritte (almeno 4 confezioni/anno), che presentano almeno un fattore aggiuntivo di alto rischio di sanguinamento tra età > 65 anni, pregressa emorragia gastrica e/o ulcera gastrica, terapia con anticoagulanti orali o ASA a basse dosi o corticosteroidi o paracetamolo, come riportato nel campo Informazioni utili a destra. Il numeratore estrae quei pazienti per i quali è in atto un trattamento gastro protettivo appropriato per ridurre il rischio di sanguinamento (prescrizione di PPI, almeno 4 confezioni/anno). I pazienti che non assumono PPI rappresentano le criticità gestionali; anche per loro vale la regola della revisione delle cartelle senza tralasciare la clinica.

Dettaglio Indicatore

Codice indicatore: RC-FC03

Indicatore: Pazienti in terapia con FANS (almeno 4 confezioni/anno), con un fattore di rischio alto di emorragia gastro-intestinale in terapia con IPP (almeno 4 confezioni/anno)

Temporalità: ultimi 12 mesi

Valore personale: 100,00%

Numeratore: 1 paziente Denominatore: 1 paziente Pazienti con criticità: 0 pazienti

Nota metodologica:

Pazienti di età >= 14 anni in terapia con FANS (almeno 4 confezioni/anno), con un fattore di rischio alto di emorragia gastro-intestinale in terapia con IPP (almeno 4 confezioni/anno)

Pazienti di età >= 14 anni in terapia con FANS (almeno 4 confezioni/anno), con un fattore di rischio alto di emorragia gastro-intestinale

Razionale:

La somministrazione di gastroprotettori (IPP) riduce l'incidenza di complicanze emorragiche nel tratto gastroenterico superiore

Concetti Utilizzati:

DIAGNOSI

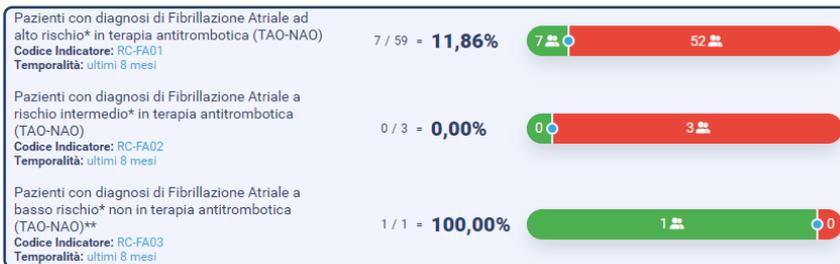
Emorragia gastrica diagnosi di emorragia gastrica Casi sospetti: esclusi Stato del problema: aperto Tipo registrazione: primo evento

Ulcera gastrica diagnosi di ulcera gastrica Casi sospetti: esclusi Stato del problema: aperto Tipo registrazione: primo evento

Gli anticoagulanti, indicati per la prevenzione dell'ictus trombotico nei pazienti con Fibrillazione Atriale (FA) sono gravati da un aumento del rischio emorragico e non sono generalmente appropriati nel paziente a basso rischio Trombo Embolico (TE). Come mi comporto nella gestione del rischio TE nei pazienti con FA?

La decisione circa l'inizio del trattamento anticoagulante finalizzato alla prevenzione dell'ictus ischemico nel paziente con FA deve tenere conto sia del rischio emorragico sia del rischio tromboembolico ed è soggetto alle limitazioni imposte dalla Nota AIFA 97: la valutazione del rischio/beneficio deve precedere l'avvio del trattamento.

La valutazione del rischio TE si basa sullo score CHA2DS2-VASc che permette di stratificare i pazienti in tre classi di rischio: alto, intermedio, basso. Il trattamento anticoagulante nei pazienti a basso rischio non è generalmente indicato a meno che non vi siano altri problemi, ad es. concomitante malattia renale cronica (CKD EPI < 60 ml/min). I pazienti a rischio intermedio si trovano in una zona grigia: la decisione sull'avvio del trattamento dipende dalla valutazione di altri fattori in accordo con il cardiologo. I pazienti ad alto rischio TE hanno indicazione elettiva al trattamento. Gli indicatori di rischio farmacologico RC-FA01-03 analizzano l'appropriatezza del trattamento anticoagulante (TAO NAO) nei pazienti con FA stratificati in tre gruppi sulla base dello score di rischio TE.



Il denominatore dell'indicatore **RC-FA01** identifica a denominatore i pazienti con FA e CHA2DS2-VASc score \rightarrow 2, ad alto rischio TE come riportato nel campo Informazioni Utili a destra. Il numeratore estrae i pazienti che sono in trattamento con anticoagulanti (TAO o NAO) definiti tali se presenza di una prescrizione di almeno una confezione di farmaco negli ultimi otto mesi. I pazienti identificati con criticità gestionale sono quelli che non hanno prescrizione di farmaco negli ultimi otto mesi e dunque presentano un elevato rischio di ictus ischemico; sono pazienti per i quali è necessario intervenire con urgenza per evitare i seri problemi conseguenti all'evento ischemico. La lista dei pazienti ad alto rischio TE non in trattamento, si spera in numero molto limitato, rappresenta un utile supporto per l'attuazione degli interventi correttivi in questa tipologia di pazienti a causa delle severe possibili conseguenze di un comportamento omissivo o poco attento del medico. L'indicatore **RC-FA02** identifica a denominatore i pazienti con FA a rischio intermedio ed a numeratore quei pazienti che hanno prescrizione di anticoagulanti, sempre almeno una prescrizione di TAO/NAO negli ultimi otto mesi. Questo gruppo di pazienti sia senza, sia con criticità, non in trattamento, si colloca in una zona grigia; tutti i pazienti avrebbero bisogno di una attenta revisione della cartella clinica e di essere accuratamente rivalutati anche in stretta collaborazione con il cardiologo per definire la strategia più appropriata evitando i possibili rischi legati sia a sotto valutazione del rischio TE sia a problemi di inappropriately secondo il disposto della Nota AIFA 97; secondo le linee guida ESC questi pazienti devono essere trattati, ma la Nota AIFA infatti non prevede trattamento per CHA2DS2-VASc score =1. L'indicatore **RC-FA03** infine analizza i pazienti a basso rischio; in tal caso il numeratore estrae i pazienti appropriatamente non in terapia. Le criticità al contrario sono rappresentate da pazienti in trattamento. Anche questi pazienti devono essere rivalutati clinicamente con riguardo all'appropriatezza del trattamento: per minimizzare la possibilità che si verifichino eventi dovuti ad uno sbilanciamento del rischio in senso emorragico. Occorre tuttavia rivalutare anche i

pazienti a basso rischio TE non in trattamento o monitorarli nel tempo per adeguare il trattamento se comparsa di altri fattori che ne aumentano il rischio, sempre comunque in stretta collaborazione con lo specialista cardiologo.

Diversi principi attivi, anche di uso comune, sono controindicati o vanno utilizzati con cautela in pazienti con funzione renale ridotta.

Ci sono pazienti con GFR ridotto che assumono farmaci controindicati?

Si parla di malattia renale cronica (MRC) in caso di alterazione/anormalità della struttura o della funzionalità del rene per almeno 3 mesi, solitamente definiti dal valore di velocità di filtrazione glomerulare (GFR), stimato con formula CKD EPI e/o dall presenza di albuminuria (ACR ≥ 30 mg/g [≥ 3 mg/mmol]), oltre alla presenza di altri marker di danno d'organo. Molti farmaci di uso comune sono eliminati per via renale e in presenza di riduzione del GFR tendono ad accumularsi con incremento del rischio di effetti collaterali e/o di progressione della stessa MRC a causa dei danni a livello renale. Tale è il caso dei FANS, dei diuretici tiazidici, degli aceinibitori (ACEi), dello spironolattone e non ultimo della metformina; quest'ultima tende ad accumularsi in presenza di ridotta funzione renale aumentando il rischio di acidosi lattica in caso di disidratazione comunque indotta; occorre cautela e utilizzare dosi ridotte con GFR 30-60 ml/min ed è assolutamente controindicata se GFR < 30 ml/min. La prescrizione delle suddette classi di farmaci in pazienti con GFR < 30 ml/min deve essere riconsiderata o sospesa per evitare il rischio di progressione del danno renale o di altri possibili problemi clinici oltre ai rischi di tipo medico-legale.

Il denominatore dell'indicatore **RC-FA04** estrae i pazienti che presentano ultimo valore di GFR < 30 ml/min; il numeratore estrae i pazienti che correttamente non assumono farmaci nefrotossici.

Dettaglio Indicatore

Codice indicatore: RC-FA04

Indicatore: Pazienti con ultimo filtrato glomerulare (GFR) < 30 ml/min (Formula CKD EPI) senza una prescrizione di tiazidici, ACE-inibitori, FANS, spironolattone oppure metformina

Temporalità: ever

Valore personale: 7,69%

Numeratore: 1 paziente Denominatore: 13 pazienti Pazienti con criticità: 12 pazienti

Nota metodologica:

Pazienti di età ≥ 14 anni con ultimo filtrato glomerulare (GFR) < 30 ml/min (Formula CKD EPI) senza una prescrizione di tiazidici, ACE-inibitori, FANS, spironolattone oppure metformina

Pazienti di età ≥ 14 anni con ultimo filtrato glomerulare (GFR) < 30 ml/min (Formula CKD EPI)

Concetti Utilizzati:

DIAGNOSTICA DI LABORATORIO

- GFR secondo il metodo CKD EPI: registrazione di GFR CKD EPI. Tipo registrazione: ultima registrazione con risultato

TERAPIE

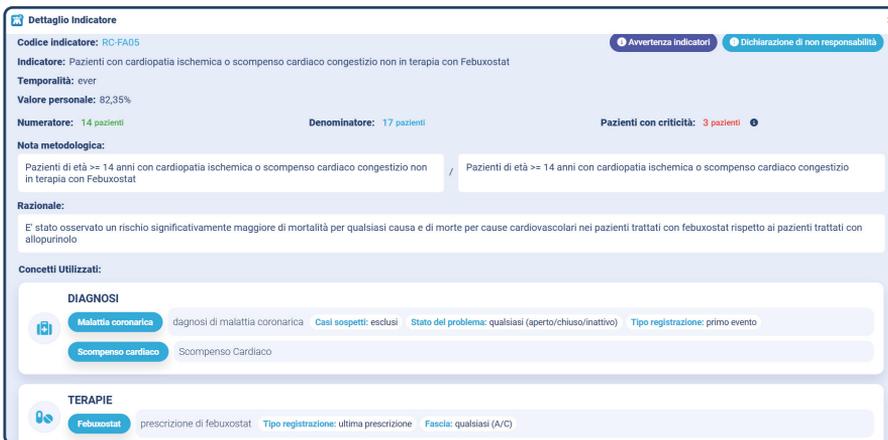
- Ace inibitori: prescrizione di ace-inibitori. Tipo registrazione: ultima prescrizione. Fascia: qualsiasi (A/C)
- FANS: prescrizione di FANS. Tipo registrazione: ultima prescrizione. Fascia: qualsiasi (A/C)

Le criticità gestionali sono rappresentate da quei pazienti che pur avendo diagnosi di MRC con GFR < 30 ml/min hanno in cartella almeno una prescrizione di tiazidici, ACEi, FANS, spironolattone o metformina. È importante identificarli e rivalutare le loro cartelle cliniche per decidere su eventuali modifiche del trattamento in modo da ridurre il possibile rischio di progressione a ESRD e aumentare la sicurezza di questi pazienti già compromessa sia per le sottostanti criticità sia per la stessa MRC.

Nel 2019 l'AIFA ha pubblicato un alert nel quale raccomandava di evitare febuxostat in pazienti con pregressi cardiopatia ischemica o con scompenso cardiaco congestizio; un paziente è stato dimesso da cardiologia con prescrizione di febuxostat. Ho pazienti cardiopatici che assumono febuxostat?

Febuxostat, come allopurinolo, sono farmaci utilizzati per il trattamento dell'iperuricemia cronica sintomatica. La prescrizione di febuxostat è sottoposta a regime prescrittivo limitativo (Nota AIFA 91); il suo utilizzo in particolare nei pazienti con pregressi eventi cardiovascolari richiede cautela perché lo studio CARES, uno studio di fase IV, ha rilevato un rischio di mortalità per qualsiasi causa e di morte per cause cardiovascolari nei pazienti trattati con febuxostat significativamente maggiore rispetto ai pazienti trattati con allopurinolo.

Questo studio è stato condotto su pazienti affetti da gotta con un'anamnesi di malattia cardiovascolare importante (ad esempio infarto miocardico, ictus o angina instabile). Pertanto, il trattamento con febuxostat nei pazienti con cardiopatia ischemica o scompenso cardiaco congestizio dovrebbe essere evitato, tranne quando non siano disponibili altre opzioni terapeutiche. L'indicatore RC-FA05 verifica l'appropriatezza d'uso del febuxostat nei pazienti con tali eventi individuando come criticità i pazienti in trattamento con cardiopatia ischemica o scompenso cardiaco congestizio; il trattamento con febuxostat in questi pazienti dovrebbe essere eventualmente sostituito con farmaci gravati da minor rischio (allopurinolo).



Dettaglio Indicatore

Codice Indicatore: RC-FA05

Indicatore: Pazienti con cardiopatia ischemica o scompenso cardiaco congestizio non in terapia con Febuxostat

Temporalità: ever

Valore personale: 82,35%

Numeratore: 14 pazienti

Denominatore: 17 pazienti

Pazienti con criticità: 3 pazienti

Nota metodologica:

Pazienti di età >= 14 anni con cardiopatia ischemica o scompenso cardiaco congestizio non in terapia con Febuxostat / Pazienti di età >= 14 anni con cardiopatia ischemica o scompenso cardiaco congestizio in terapia con Febuxostat

Razionale:

E' stato osservato un rischio significativamente maggiore di mortalità per qualsiasi causa e di morte per cause cardiovascolari nei pazienti trattati con febuxostat rispetto ai pazienti trattati con allopurinolo

Concetti Utilizzati:

DIAGNOSI

- Malattia coronarica: diagnosi di malattia coronarica. Casi sospetti: esclusi. Stato del problema: qualsiasi (aperto/chiuso/inattivo). Tipo registrazione: primo evento.
- Scompenso cardiaco: Scompenso Cardiaco.

TERAPIE

- Febuxostat: prescrizione di febuxostat. Tipo registrazione: ultima prescrizione. Fascia: qualsiasi (A/C).

Il denominatore dell'indicatore **RC-FA05** identifica la popolazione dei pazienti con cardiopatia ischemica o scompenso cardiaco congestizio, il numeratore estrae i pazienti che correttamente non hanno prescrizioni di febuxostat; i pazienti con criticità rappresentano la popolazione da esaminare e rivalutare sotto il profilo dell'appropriatezza d'uso del farmaco.

Malattia Renale Cronica

La prevalenza della Malattia Renale Cronica (MRC) tende ad aumentare continuamente in tutto il mondo e preoccupa l'impatto che essa avrà nei prossimi anni sui sistemi sanitari conseguente all'aumento della spesa per i costi sanitari e sociali della malattia.

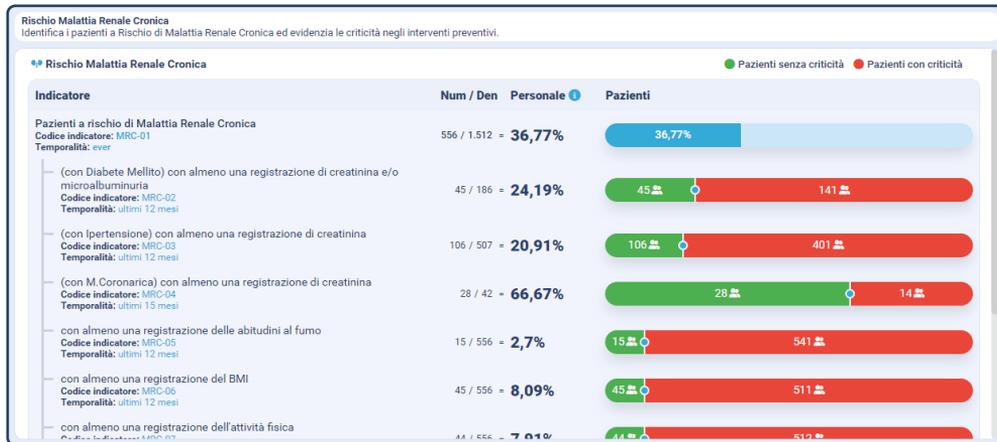
Trattandosi di una malattia cronica che decorre del tutto asintomatica e della quale ancora vi è scarsa consapevolezza sia da parte dei medici sia da parte dei pazienti, la diagnosi è purtroppo tardiva e di solito avviene in occasione di problemi acuti intercorrenti, quando ormai la funzione renale è andata ormai quasi del tutto perduta. Come per tutte le malattie croniche anche la MRC trae vantaggio dalla prevenzione e dalla diagnosi precoce.

Uno screening esteso a tutta la popolazione, semplice e poco costoso, eseguito con valutazione del filtrato glomerulare (GFR) e della presenza di micro o macroalbuminuria, potrebbe essere una soluzione, ma poiché ci sono delle condizioni che possono favorire la MRC e che a loro volta sono aggravate dalla MRC, una maggiore attenzione a questi soggetti potrebbe favorire la diagnosi precoce in gruppi di pazienti a rischio in modo da mettere in atto gli strumenti più opportuni per rallentare la progressione verso la ESRD con la dialisi e tutte le altre conseguenze note sul rischio cardiovascolare. Lo screening selettivo dunque deve riguardare i pazienti che presentano i fattori di rischio o condizioni patologiche che più frequentemente sono associate o causano danno renale e che sono esse stesse peggiorate dal danno renale: diabete, malattia coronarica, ipertensione, nefropatie familiari o con proteinuria spesso associate con obesità, dislipidemia, fumo, sedentarietà. In questi pazienti, che sono oltre un terzo della popolazione degli assistiti deve essere eseguita periodicamente la valutazione della funzione renale e una stratificazione del rischio di progressione; devono essere verificati gli obiettivi di cura e attuate le comuni misure di prevenzione.

Ho sentito parlare di uno studio condotto nell'ambito della Medicina Generale volto a migliorare l'awareness circa la Malattia Renale Cronica.

Quanti e chi sono i miei pazienti a rischio di MRC e cosa posso fare per ridurre il livello del rischio?

Il modulo Rischio Malattia Renale Cronica del GPG aiuta il medico ad individuare i pazienti che presentano i noti fattori di rischio per MRC nei quali non sono stati eseguiti gli opportuni interventi preventivi.



Si consideri che la MRC grazie alla grande capacità compensatoria dei nefroni, decorre asintomatica e da segno di se a seguito di fatti acuti intercorrenti o quando il paziente è ormai in fase terminale, e richiede il trattamento sostitutivo.

Il trattamento dei fattori di rischio e la diagnosi precoce permettono di adottare opportune misure atte a evitare o rallentare la progressione della MRC, allontanando nel tempo lo spettro della End Stage Renal Disease (ESRD). L'indicatore MRC-01 è un indicatore di prevalenza: il denominatore corrisponde a tutta la popolazione degli assistiti. Il numeratore estrae tutti i pazienti che presentano i fattori di rischio più pesanti: diagnosi di Diabete Mellito, malattia cardiovascolare, ipertensione, familiarità per MRC (rene policistico); i criteri di selezione dei pazienti a rischio sono elencati nei Concetti utilizzati nella pagina del Dettaglio Indicatore.

Dettaglio Indicatore

Valore personale: 36,77%

Numeratore: 556 pazienti / Denominatore: 1.512 pazienti

Nota metodologica:
 Pazienti di età >= 14 anni a rischio di Malattia Renale Cronica (con diabete mellito, ipertensione, familiarità per malattie renali o eventi cardiovascolari) / Pazienti di età >= 14 anni

Concetti Utilizzati:

DIAGNOSI

- Diabete mellito** | diagnosi di diabete (tutte le tipologie) | Stato del problema: aperto | Tipo registrazione: primo evento | Casi sospetti: esclusi
- Eventi cardiovascolari** | diagnosi di eventi cardiovascolari centrali e periferici | Casi sospetti: esclusi | Stato del problema: qualsiasi (aperto/chiuso/inattivo) | Tipo registrazione: primo evento
- Iipertensione** | diagnosi di ipertensione arteriosa | Stato del problema: aperto | Casi sospetti: esclusi | Tipo registrazione: primo evento

FAMILIARITA'

- Familiarità MRC** | registrazione familiarità per MRC | Tipo registrazione: ultima registrazione

Gli altri indicatori del modulo sono tutti indicatori di processo: analizzano quello che si fa nei pazienti con fattori di rischio per MRC e identificano come criticità i pazienti che non hanno eseguito gli interventi preventivi appropriati per giungere ad una diagnosi precoce o per evitare o quanto meno ritardare la progressione della MRC. L'indicatore **MRC-02** individua a denominatore tutti i pazienti a rischio con diagnosi di Diabete Mellito; sono considerate tutte le tipologie di diabete, come indicato nel campo DIAGNOSI della pagina Dettaglio Indicatore.

Dettaglio Indicatore

Codice indicatore: MRC-02 ⓘ Avvertenza indicatori ⓘ Dichiarazione di non responsabilità

Indicatore: Pazienti a rischio di Malattia Renale Cronica (con Diabete Mellito) con almeno una registrazione di creatinina e/o microalbuminuria

Temporalità: ultimi 12 mesi

Valore personale: 24,19%

Numeratore: 45 pazienti / Denominatore: 186 pazienti / Pazienti con criticità: 141 pazienti ⓘ

Nota metodologica:
 Pazienti di età >= 14 anni a rischio di Malattia Renale Cronica (con Diabete Mellito) con almeno una registrazione di creatinina e/o microalbuminuria / Pazienti di età >= 14 anni a rischio di Malattia Renale Cronica (con Diabete Mellito)

Concetti Utilizzati:

DIAGNOSI

- Diabete mellito** | diagnosi di diabete (tutte le tipologie) | Stato del problema: aperto | Tipo registrazione: primo evento | Casi sospetti: esclusi

DIAGNOSTICA DI LABORATORIO

- Creatininemia** | registrazione di creatinina | Tipo registrazione: ultima registrazione
- Microalbuminuria** | registrazione di microalbuminuria | Tipo registrazione: ultima registrazione

Il numeratore estrae i pazienti diabetici che negli ultimi 12 mesi hanno almeno una registrazione di creatinina con la quale il gestionale calcola automaticamente il GFR con CKD EPI e/o microalbuminuria. I pazienti diabetici considerati con criticità sono ovviamente quelli per i quali non vi è stata registrazione degli accertamenti e verosimilmente non sono stati valutati sotto il profilo funzionale renale; si consideri

che taluni farmaci vanno sospesi o utilizzati con cautela se GFR ridotto (metformina, sulfaniluree, GLP1ra) e che il PDTA del Diabete tipo 2 richiede almeno una valutazione di creatinina e microalbuminuria a cadenza annuale o anche più frequentemente se già presente MRC, che in questi pazienti aumenta il rischio di eventi cardiovascolari e può mostrare un decorso più rapido specie se associata a nefropatia.

L'indicatore MRC-03, analogamente al precedente, identifica a denominatore i pazienti a rischio di MRC che hanno diagnosi di ipertensione arteriosa e a numeratore i pazienti che hanno almeno una registrazione di creatinina negli ultimi 12 mesi. Anche in questi pazienti è raccomandato il controllo annuale della funzione renale e sarebbe auspicabile anche eseguire il controllo della microalbuminuria; in presenza di MRC in stadio avanzato va ben ponderato l'utilizzo di ACEi e risparmiatori di potassio ed è da evitare l'utilizzo di diuretici tiazidici, farmaci frequentemente associati ai SARI nell'ipertensione arteriosa.

La lista dei pazienti con criticità, quelli che non hanno la creatinina registrata negli ultimi 12 mesi, rappresenta la base di partenza per l'intervento correttivo che riguarderà una popolazione senz'altro numerosa vista l'elevata prevalenza di ipertensione arteriosa. L'indicatore MRC-04 analizza la popolazione dei pazienti a rischio di MRC perché presentano una diagnosi di malattia coronarica registrata con uno dei codici ICD9CM da 410% a 414% e analogamente all'indicatore MRC-03 verifica la presenza in cartella di almeno una registrazione di creatinina negli ultimi 15 mesi. Ricordiamo che il rischio cardiovascolare è strettamente legato e aumentato dalla presenza di MRC: questi pazienti, come i diabetici hanno alto rischio di mortalità (rischio cardiorenale): è più facile che muoiano per infarto o ictus piuttosto che giungere alla dialisi. I pazienti con criticità ovviamente non hanno la registrazione di creatinina negli ultimi 15 mesi e dunque necessitano di interventi correttivi, iniziando da una attenta rivalutazione delle condizioni cliniche generali e della terapia, oltre a una puntuale valutazione della funzione renale.

Gli indicatori MRC-05, MRC-06 e MRC-07 analizzano i pazienti a rischio di MRC con riguardo agli stili di vita: fumo, BMI, attività fisica. Questi dati vanno periodicamente aggiornati in cartella; l'aggiornamento ad esempio del dato fumo è molto importante per i motivi già descritti a proposito del modulo alto rischio cardiovascolare.

Anche BMI e attività fisica sono dati che devono essere aggiornati perché l'obesità è un fattore di rischio per la stessa MRC oltre che per sindrome metabolica, dislipidemia, diabete e malattia coronarica.

Tali dati sono poi la base per impostare attività di counselling; gli interventi finalizzati all'adozione di stili di vita salutari sono di rilevante importanza, così come l'erogazione di consigli (che vanno registrati quando elargiti) e il dato anamnestico registrato diventa elemento utile a stimolare e attuare gli interventi da parte del medico. L'indicatore MRC-08 verifica la presenza di almeno una registrazione dei valori di pressione arteriosa negli ultimi 12 mesi.

Il controllo della pressione arteriosa è fondamentale per preservare la funzione renale e ridurre il rischio di complicanze cardiovascolari nei pazienti a rischio di MRC. La pressione arteriosa deve essere monitorata nei soggetti a rischio di MRC, almeno con cadenza annuale, ed i valori devono risultare registrati in cartella; i reni infatti sono implicati nel mantenimento della pressione arteriosa nel range della norma e in presenza di danno renale essa tende ad aumentare; l'ipertensione peggiora il danno renale, favorisce la progressione della MRC e aumenta il rischio di problemi cardiaci. Le criticità individuate dall'indicatore corrispondono ai pazienti hanno in cartella un valore non aggiornato della pressione arteriosa o, peggio, del tutto assente. L'indicatore **MRC-09** verifica la presenza del dato proteinuria registrato nella scheda accertamenti della cartella di pazienti a rischio di MRC.

La proteinuria è un parametro cruciale da valutare in soggetti a rischio di MRC. La presenza di proteine nelle urine, come la microalbuminuria, sono indici di danno renale; i pazienti con proteinuria presentano un maggior rischio di malattie cardiovascolari e di progressione del danno renale. La proteinuria è un fattore di rischio indipendente e potente per lo sviluppo di malattie cardiovascolari e il suo monitoraggio permette di identificare i pazienti a rischio e intervenire tempestivamente per prevenire complicanze cardiovascolari.

La proteinuria è anche associata alla progressione della MRC verso lo stadio terminale della malattia renale (ESRD). Le proteine filtrate hanno infatti effetti tossici sulle cellule epiteliali tubulari e aumentano l'atrofia tubulare e la fibrosi interstiziale. I pazienti con proteinuria significativa, rispetto ai microalbuminurici, hanno alto rischio renale e di mortalità e devono pertanto essere strettamente monitorati; il dato deve essere verificato e aggiornato in cartella e la gestione di questi pazienti deve essere multidisciplinare.

I pazienti che non hanno la registrazione del dato proteinuria o quelli che hanno una registrazione non aggiornata negli ultimi 12 mesi rappresentano le criticità gestionali e per quanto detto prima occorre rivalutarli e verificare la loro condizione specie se la funzione renale sia già ridotta.

L'indicatore **MRC-10** infine verifica che nei pazienti a rischio di MRC sia presente almeno una registrazione del profilo lipidico negli ultimi 12 mesi dalla data di analisi. La valutazione del profilo lipidico in un paziente a rischio di malattia renale cronica è di fondamentale importanza per diverse ragioni.

Dettaglio Indicatore

Codice indicatore: MRC-10

Indicatore: Pazienti a rischio di Malattia Renale Cronica con almeno una registrazione del profilo lipidico

Temporalità: ultimi 12 mesi

Valore personale: 17,27%

Numeratore: 96 pazienti Denominatore: 556 pazienti Pazienti con criticità: 460 pazienti

Nota metodologica:

Pazienti di età \geq 14 anni a rischio di Malattia Renale Cronica (con diabete mellito, ipertensione, familiarità per malattie renali o eventi cardiovascolari) con almeno una registrazione del profilo lipidico

Pazienti di età \geq 14 anni a rischio di Malattia Renale Cronica (con diabete mellito, ipertensione, familiarità per malattie renali o eventi cardiovascolari)

Concetti Utilizzati:

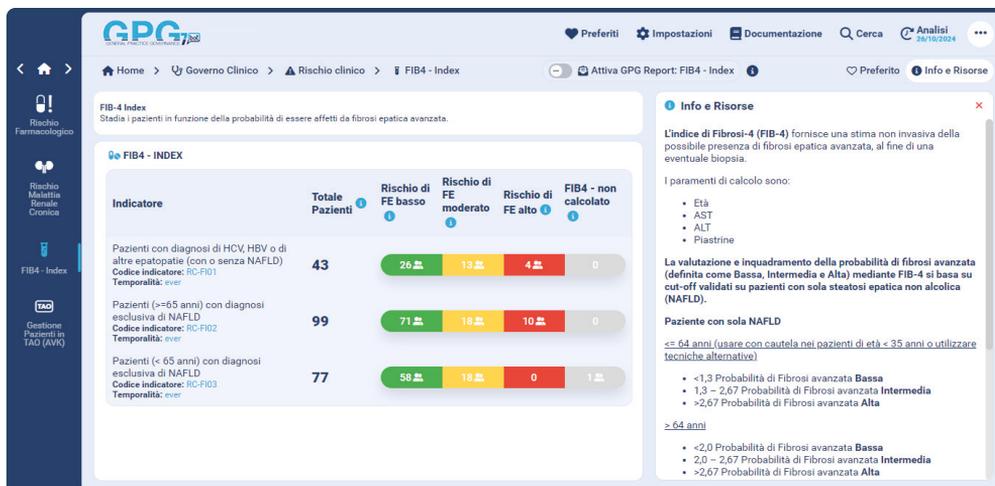
DIAGNOSI

- Diabete mellito** | diagnosi di diabete (tutte le tipologie) | Stato del problema: aperto | Tipo registrazione: primo evento | Casi sospetti: esclusi
- Eventi cardiovascolari** | diagnosi di eventi cardiovascolari centrali e periferici | Casi sospetti: esclusi | Stato del problema: qualsiasi (aperto/chiuso/inattivo) | Tipo registrazione: primo evento
- Ipertensione** | diagnosi di ipertensione arteriosa | Stato del problema: aperto | Casi sospetti: esclusi | Tipo registrazione: primo evento

I pazienti con MRC hanno rischio cardiovascolare elevato e il monitoraggio dei livelli dei lipidi, come LDL-Colesterolo e Colesterolo HDL, permette di identificare i pazienti a rischio e di adottare adeguate misure preventive. I lipidi possono compromettere la funzione renale, ad es. per arteriosclerosi dell'arteria renale e una gestione adeguata della dislipidemia può aiutare a preservare la funzione renale. Ovviamente i lipidi sono fattori di rischio per le malattie cardiovascolari e aumentano il rischio di infarto e ictus. L'uso delle statine riduce il rischio cardiovascolare dei pazienti con MRC. La valutazione del profilo lipidico è dunque essenziale per la gestione globale dei pazienti a rischio di MRC e per prevenire complicanze cardiovascolari. I pazienti con criticità identificati dall'indicatore MRC-10 sono pazienti senza valutazione negli ultimi 12 mesi o mai valutati e dunque richiedono attenzione e interventi urgenti stante l'elevato rischio di eventi e progressione della MRC.

FIB4-Index

L'indice FIB-4 è un test diagnostico basato sul sangue che fornisce una stima non invasiva della possibile presenza di fibrosi epatica avanzata nei pazienti con steatosi epatica non alcolica (NAFLD) o steatoepatite (NASH). Il sistema di punteggio FIB-4 si basa sui valori dell'età del paziente, della conta piastrinica, dell'aspartato aminotransferasi (AST) e dell'alanina aminotransferasi (ALT) come sinteticamente descritto nel campo Info e Risorse a destra della pagina.



Poiché tutti questi test sono disponibili per il MMG, il FIB-4 è uno strumento di screening altamente accessibile e conveniente. I pazienti con score FIB4 >2.67 sono considerati con alta probabilità di avere fibrosi avanzata. Il FIB4 ha un elevato valore predittivo negativo 90-95% e un valore predittivo positivo del 80%. A differenza di alcuni altri test, il FIB-4 considera esclusivamente la fibrosi, senza tenere conto di altri fattori importanti per la diagnosi e il monitoraggio di NAFLD/NASH, come la steatosi e l'attività. Nel caso di pazienti affetti da altre malattie epatiche croniche concomitanti o meno con la diagnosi di NAFLD i cut-off sono differenti e la probabilità di fibrosi avanzata corrisponde ad uno score > 3.25. L'alta accuratezza nella rilevazione della fibrosi rende lo score FIB4 un solido punto di partenza per la diagnosi di NAFLD/NASH ed è un valido ausilio per decidere se eseguire appropriatamente gli ulteriori accertamenti necessari: biopsia epatica.

I miei dati rilevano alta prevalenza di obesità e DM2; diversi pazienti avranno steatosi epatica e potrebbero avere già o svilupperanno fibrosi epatica. Come posso identificare i pazienti ad alto rischio di fibrosi avanzata da sottoporre a valutazione per eventuale biopsia?

Sulla base dei dati registrati in cartella il modulo FIB4-Index identifica tre gruppi di pazienti; l'indicatore **RC-FI01** estrae l'elenco dei pazienti che hanno la diagnosi di epatite cronica HCV o HBV correlata o cirrosi epatica o epatopatie alcoliche con o senza steatosi (NAFLD); i pazienti con carcinoma epatico sono esclusi dal calcolo;

Dettaglio Indicatore

Codice indicatore: RC-FI01

Indicatore: Pazienti con diagnosi di HCV, HBV o di altre epatopatie (con o senza NAFLD)

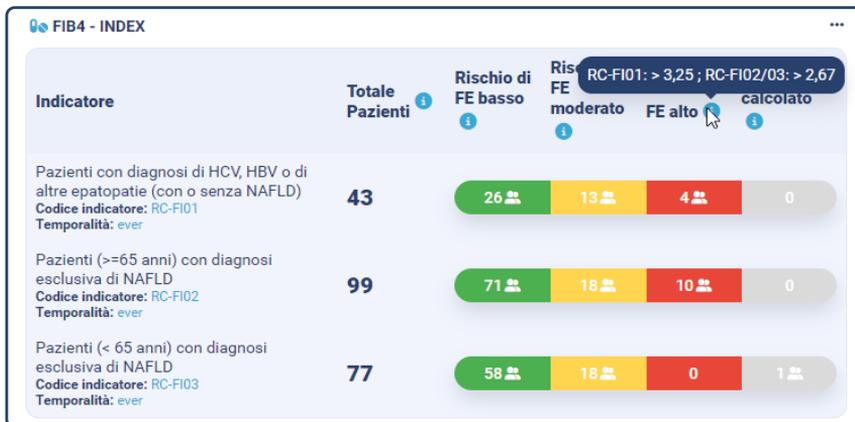
Temporalità: ever

Concetti Utilizzati:

DIAGNOSI

- Altre epatiti croniche** | diagnosi di altre epatiti croniche | Stato del problema: aperto | Casi sospetti: esclusi | Tipo registrazione: primo evento
- Carcinoma epatico** | diagnosi di carcinoma_epatico | Stato del problema: aperto | Casi sospetti: esclusi | Tipo registrazione: primo evento
- Epatite B (HBV)** | diagnosi di epatite B | Casi sospetti: esclusi | Stato del problema: aperto | Tipo registrazione: primo evento
- Epatite C (HCV)** | diagnosi di epatite C | Casi sospetti: esclusi | Stato del problema: aperto | Tipo registrazione: primo evento
- Epatopatie alcoliche** | diagnosi di epatopatie alcoliche | Stato del problema: aperto | Casi sospetti: esclusi | Tipo registrazione: primo evento

l'indicatore **RC-FI02** estrae i pazienti che hanno solo diagnosi di NAFLD di età uguale o maggiore di 65 anni; l'indicatore **RC-FI03** analogamente al precedente estrae i pazienti di età inferiore a 65 anni con sola NAFLD. La tabella nella pagina FIB4 Index visualizza per ciascun gruppo il numero totale dei pazienti estratti è in sequenza nelle varie colonne il numero dei pazienti stratificati sulla base dello score di rischio calcolato con FIB4. Lo sfioramento dell'icona info presente sul campo del titolo di ogni colonna mostra gli score relativi ad ogni gruppo, gli stessi visualizzati nel campo Info e risorse.



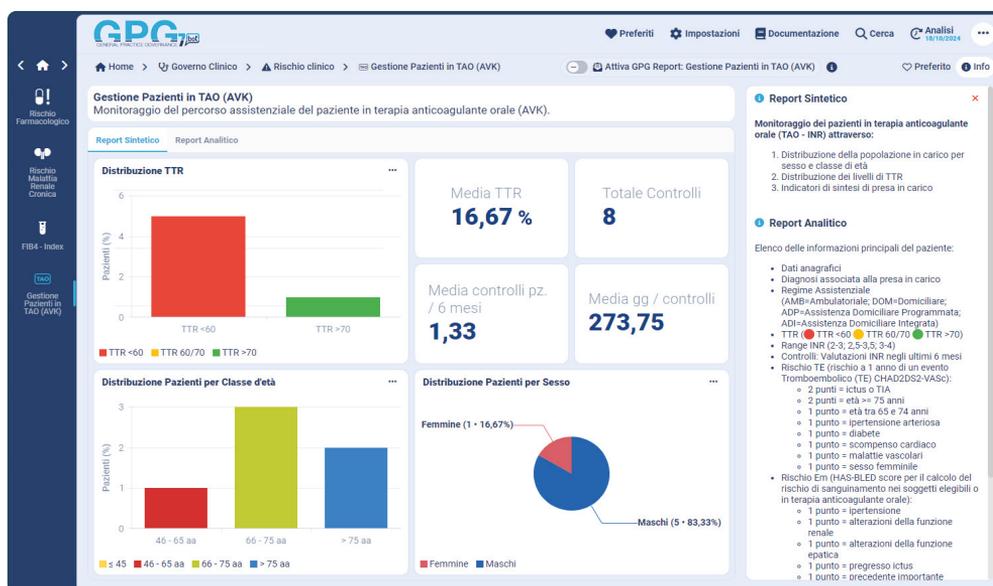
I pazienti a basso rischio, visualizzati in campo verde, non necessitano di interventi; i pazienti a rischio intermedio (in campo giallo, potrebbero aver bisogno di una rivalutazione, mentre i pazienti ad alto rischio, in campo rosso, avendo uno score superiore al cut-off potrebbero, previa opportuna valutazione anche specialistica, essere indirizzati alla esecuzione della biopsia epatica. Un discorso particolare va fatto per i pazienti individuati nella colonna FIB4 non calcolato perché sono pazienti con diagnosi di epatopatie croniche o NAFLD/NASH nella cui cartella mancano i parametri necessari al calcolo del FIB4 Index: questi pazienti devono essere rivalutati dopo esecuzione delle transaminasi e della conta piastrinica.

Gestione dei pazienti in TAO (AVK)

Alcuni pazienti con fibrillazione atriale sono ancora in TAO con AVK e registro regolarmente il valore dell'INR ai vari controlli. Come posso verificare che il TTR sia nel range terapeutico?

I pazienti in terapia anticoagulante orale (TAO) con AVK sono soggetti ad ampia variabilità dei livelli di INR che deve essere comunque tenuto costantemente in un range ben definito superiore al 70% del tempo in modo da minimizzare il rischio di eventi ischemici. Attualmente la TAO è notevolmente ridimensionata ed è prevalentemente utilizzata nei pazienti con protesi meccaniche o con Fibrillazione atriale valvolare.

I pazienti con FANV sono in gran parte passati a terapia con NAO/DOAC, ma ci sono pazienti con controindicazione ai NAO che fanno ancora prevenzione del rischio tromboembolico (TE) con AVK. Il Modulo gestione dei pazienti in TAO permette di monitorare i pazienti in trattamento anticoagulante e verificarne l'appropriatezza, essenziale per ridurre il rischio TE. la prima pagina del modulo visualizza un report sintetico dell'attività di monitoraggio; il grafico in alto a sinistra stratifica i pazienti in trattamento in tre classi sulla base del Tempo Trascorso in Range (TTR) <60%, tra 60 e 70%, >70% ricavato dalla valutazione dei valori di INR registrati in cartella; in assenza del dato, molto probabile se pazienti gestiti esclusivamente dai centri TAO, tutti i pazienti avranno TTR <60% e il modulo non sarà valutabile.



Quando invece il medico registra i valori di INR o esegue personalmente il monitoraggio potrà rendersi immediatamente conto dell'andamento dei controlli e della risposta dei pazienti. I pazienti che compaiono nei primi due gruppi, mostrati nel grafico con istogrammi rosso e giallo, sono pazienti che meritano attenzione perché a più alto rischio di eventi tromboembolici perché non hanno una sufficiente copertura

anticoagulante e dopo valutazione clinica potrebbero passare al trattamento con NAO/DOAC qualora non controindicato traendone indubbio vantaggio.

Il grafico in basso a sinistra mostra la distribuzione per classi di età dei pazienti in trattamento; subito in basso a sinistra la distribuzione per sesso degli stessi pazienti. In alto a destra una sintesi dell'attività di monitoraggio con diversi indicatori di presa in carico: media del TTR, numero totale dei controlli eseguiti, media dei controlli per paziente nell'arco degli ultimi sei mesi e media dei giorni dei controlli.

La pagina report analitico visualizza l'elenco dei pazienti in TAO unitamente ai dati anagrafici e ad un report dettagliato di informazioni cliniche: patologia che ha indotto il trattamento con AVK; se un paziente ha più patologie per le quali vi è indicazione alla TAO l'icona presente nel campo patologia permette di selezionare una patologia diversa da quella riportata. Segue il regime assistenziale, di default AMB ambulatoriale o altrimenti Domiciliare, in ADI o in ADP.

Segue il valore del TTR con fondo di colore diverso verde se > 70%, rosso <60, giallo 60-70%; coloro che hanno TTR<70% sono pazienti da rivalutare e attenzionare.

Segue il valore del range ottimale in base alla patologia presente; anche in questa colonna l'icona presente permette di variare il range proposto di default.

| Report Sintetico | | Report Analitico | | Pazienti in TAO | | | | | | | | | |
|------------------|-------|------------------|--|----------------------|---------|-----------|-----------|------------|------------|-----------------|------|--|--|
| Paziente | Sesso | Età | Patologia | Regime Assistenziale | TTR | Range INR | Controlli | Rischio TE | Rischio Em | Presa in Carico | Escl | | |
| BIANCHI1870 0781 | M | 51 | - | AMB | 0,00% | 2-3 | 0 | 2 | 1 | MMG | | | |
| BIANCHI2416 6142 | F | 72 | TROMBOFLEBITE POPLITEA | AMB | 0,00% | 2-3 | 1 | 4 | 3 | MMG | | | |
| BIANCHI3537 7353 | M | 87 | FIBRILLAZIONE E FLUTTER ATRIALI parossistica 01/24 | AMB | 0,00% | 2-3 | 2 | 3 | 3 | MMG | | | |
| BIANCHI3726 6273 | M | 70 | - | AMB | 0,00% | 2-3 | 0 | 1 | 2 | MMG | | | |
| BIANCHI576 6750 | M | 74 | STENOSI MITRALICA VALVULOPLASTICA 2014 | AMB | 100,00% | 2-3 | 3 | 3 | 3 | MMG | | | |
| BIANCHI950 0590 | M | 77 | PROTESI VALVOLA CARDIACA MECCANICA | AMB | 0,00% | 2-3 | 2 | 5 | 3 | MMG | | | |

Le colonne successive mostrano in sequenza il numero di controlli eseguiti, il valore dello score del Rischio TE (CHA2DS2-VASc) e altri parametri.

La colonna Presa in carico di default attribuisce tutti i pazienti in carico al MMG; l'icona presente permette eventualmente di selezionare la voce SPEC in modo da escludere dall'analisi un paziente qualora sia seguito esclusivamente dal Centro TAO. La colonna Escludi infine, qualora necessario, permette di escludere il paziente da questo modulo, ma sarà sempre valutato per tutti gli altri indicatori del GPG. L'esclusione completa dalle analisi del GPG può eventualmente essere definita all'interno della cartella clinica impostando il consenso al trattamento dei dati sul livello 1: Esclusivamente per proprio MMG o PLS.

Autori

Iacopo Cricelli è un imprenditore specializzato nell'innovazione tecnologica applicata alla medicina. È il fondatore e CEO di Genomedics, una società con sede a Firenze che sviluppa servizi e applicazioni software per la medicina generale. Nel corso della sua carriera, ha contribuito a diversi progetti volti a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria e collaborato con la Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG) in vari studi e pubblicazioni, contribuendo alla ricerca e all'implementazione di nuove tecnologie nel settore sanitario. Esperto di Intelligenza Artificiale e consulente nell'integrazione delle tecnologie digitali in contesti clinici, si occupa di divulgazione scientifica e tecnologica.

Ettore Marconi è laureato in Farmacia con specializzazione in Farmacologia e Tossicologia. Dal 2018 lavora come Clinical Research Scientist presso Genomedics, dove si è occupato di studi epidemiologici in collaborazione con la Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG). Supervisiona, inoltre, lo sviluppo di servizi e applicazioni software per la medicina generale, con un'attenzione particolare agli aspetti clinico-medici.

Gerardo Medea, Medico di Medicina Generale, è responsabile della ricerca e consigliere della giunta esecutiva nazionale della SIMG. E' tutor e docente nella scuola di formazione specifica in Medicina Generale - polo di Brescia - e storico coordinatore dell'area metabolica-endocrinologica della SIMG. E' responsabile del board scientifico del software GPG e si occupa della progettazione e realizzazione di progetti di formazione clinica sul campo, di audit, di governo clinico e di ricerca epidemiologica.

Domenico Pasculli, già Medico di Medicina Generale dal 1982 al 2023 in area metropolitana di Bari, è ormai in pensione, ma ancora attivo nella ricerca e nella valutazione di strumenti per la verifica e il miglioramento della qualità professionale. Nell'ambito della SIMG ha contribuito alla realizzazione di progetti di ricerca e di audit clinico e, in qualità di tutor per la formazione specifica, ha sempre cercato di formare i giovani colleghi secondo i principi fondanti della Medicina Generale coniugando pratica clinica, qualità e ricerca.



GPG Casi Clinici

GPG in azione: guida pratica per ottimizzare la Medicina Generale attraverso l'uso strategico di GPG

Il libro che hai tra le mani non è solo una raccolta di casi clinici: è un viaggio nel cuore della Medicina Generale moderna, dove la tecnologia e la pratica quotidiana si incontrano per creare nuove opportunità. Attraverso una selezione accurata di esempi reali, questa opera esplora come il software GPG possa supportare i Medici di Medicina Generale nell'affrontare le complessità della gestione clinica.

Ogni caso clinico presentato mette in luce le sfide tipiche della professione, dal trattamento di patologie croniche complesse alla prevenzione primaria e secondaria, dalla gestione delle comorbidità alla valutazione del rischio clinico. Con un approccio pratico e orientato al "problem solving", gli autori dimostrano come GPG possa aiutare a migliorare la qualità dell'assistenza, ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici e promuovere una medicina di iniziativa, più proattiva e centrata sul paziente.

Con uno stile chiaro e coinvolgente, il libro offre una lettura indispensabile per i professionisti che vogliono approfondire il potenziale di GPG come strumento di governance clinica. Non importa se sei un medico esperto o un neofita del software: i capitoli di questa guida ti accompagneranno passo dopo passo, offrendoti strumenti concreti per rendere la tua pratica più efficace e innovativa.

Scritto da un team di esperti in Medicina Generale e supportato da anni di esperienza sul campo, "GPG - Casi Clinici" è molto più di un testo tecnico: è una risorsa strategica per affrontare le sfide sanitarie del futuro.

GPG è un software realizzato da Genomedics Srl in collaborazione con Millennium Spa e Mediatec Srl. L'installazione e l'utilizzo devono strettamente attenersi a quanto previsto dal manuale utente e alla documentazione tecnica di prodotto fornita a corredo di esso.

Materiale promozionale ad uso esclusivo degli utenti del software GPG (MilleGPG e Medico2000GPG). Tutto quanto riportato nella presente pubblicazione: contenuti, testi, immagini, logo e grafica sono da intendersi di proprietà di Genomedics Srl e protetti dalle leggi sul diritto d'autore. È vietata la copia e la riproduzione dei contenuti e immagini in qualsiasi forma e la redistribuzione-pubblicazione non autorizzata espressamente da Genomedics Srl.