

Governo Clinico

Una modalità unificata per l'Audit e l'Intervento

Misurare la qualità delle cure in Medicina Generale non è un compito semplice a causa delle numerose variabili che devono essere considerate.

Tale complessità deriva dalla natura multidimensionale dell'assistenza sanitaria, la quale include vari fattori come le caratteristiche del paziente, i protocolli di trattamento e le risorse disponibili. Tuttavia, per ottenere una valutazione oggettiva e attendibile, è possibile utilizzare indicatori di processo e di esito intermedio, appositamente sviluppati per la Medicina Generale.

Per garantire che un indicatore sia veramente correlato alla qualità dell'assistenza, esso deve soddisfare alcune caratteristiche fondamentali.

Innanzitutto, deve essere basato su solide evidenze scientifiche, ovvero deve essere supportato da studi e ricerche che dimostrino l'efficacia del trattamento/azione alla base del razionale dell'indicatore. Inoltre, un buon indicatore deve riguardare processi specifici della Medicina Generale, ossia deve essere applicabile e rilevante per le pratiche e le responsabilità dei MMG. In sintesi, attraverso l'uso di indicatori appropriati e ben definiti, è possibile migliorare la trasparenza e l'efficacia della valutazione della qualità delle cure in Medicina Generale, contribuendo così a un miglioramento continuo del servizio sanitario nel suo complesso.

Governo Clinico

Analizza, valuta, interviene direttamente sui pazienti.

GPG Patient

Cerca paziente

Patologie Principali criticità gestionali	Indicatori principali Sintesi degli indicatori più rilevanti	GPG Score Score di performance
ITOT Score Score di qualità dei dati registrati	Rischio clinico Situazioni di rischio clinico	Carte del rischio Stadiazione del Rischio Clinico
Appropriatezza Diagnistica e terapeutica	Vaccinazioni Interventi di vaccinazione	Prevenzione Primaria e Secondaria (Screening)
Casemix e comorbilità Carico di lavoro e Casemix	Ripulitura archivi Valutazione archivi per pulizia dati	Economia sanitaria Spesa sanitaria e farmaco-utilizzazione

Il modulo **Governo Clinico** è il vero cuore pulsante del GPG, quello che più rappresenta gli ideali alla base dello sviluppo stesso del software.

Le diverse sezioni, attualmente 12, analizzano i vari aspetti dell'attività clinica del MMG con un corposo numero di indicatori validati dalla SIMG (Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie), valutano i processi di cura e gli obiettivi raggiunti e soprattutto rilevano le criticità gestionali in modo da poter pianificare gli interventi correttivi.

Appropriateness for drugs (Nota 100)

Nota 100 - Monitoraggio Popolazione

Presenza di Diabete Mellito di Tipo 2 e almeno una registrazione di emoglobina glicata (HbA1c)

Temporalità: ultimi 6 mesi

Nota 100 - Monitoraggio Popolazione

Presenza di Diabete Mellito di Tipo 2 e almeno una registrazione di emoglobina glicata (HbA1c)

Temporalità: ultimi 6 mesi

Nota 100 - Monitoraggio Popolazione

Presenza di Diabete Mellito di Tipo 2 e almeno una registrazione di emoglobina glicata (HbA1c)

Temporalità: ultimi 6 mesi

Nota 100 - Monitoraggio Popolazione

Presenza di Diabete Mellito di Tipo 2 e almeno una registrazione di emoglobina glicata (HbA1c)

Temporalità: ultimi 6 mesi

Attiva GPG Report: Antidiabetici (Nota 100)

Info e Risorse

Terapia del DM2 con ipoglicemizzanti inclusi nella Nota 100 AIFA

Clicca qui per ingrandire la flow-chart

Riferimenti:

- Guida pratica all'uso farmaci ipoglicemizzanti inclusi nella Nota 100 AIFA
- Fonte: SIMG, Società Italiana di Medicina Generale
- Pubblicato: 6 Marzo 2022
- Link: <https://www.simg.it/guida-pratica-all-uso-farmaci-ipoglicemizzanti-inclusi-nella-nota-100-aifa/>

Appropriatenza terapeutica - Antidiabetici (Nota 100)

[A-N10005] Pazienti di età >= 14 anni con diagnosi di Diabete Mellito Tipo 2 senza una registrazione di emoglobina glicata (HbA1c)

Variabili Demografiche

Pazienti (79)

Cognome Nome Sesso Data Nascita Età

Cognome	Nome	Sesso	Data Nascita	Età
BIANCHI1304	4031	F	13/11/1957	67
BIANCHI1329	9231	F	21/01/1954	71
BIANCHI1347	7431	M	28/03/1963	62
BIANCHI1351	1531	M	08/10/1951	73
BIANCHI1355	5531	M	22/01/1958	67
BIANCHI1375	5731	F	27/12/1946	78
BIANCHI1398	8931	F	08/07/1957	67
BIANCHI1436	6341	M	11/04/1957	68
BIANCHI1510	0151	F	01/10/1940	84
BIANCHI1511	1510	M	02/04/1949	76
BIANCHI1561	1651	M	29/08/1946	78
BIANCHI1573	3751	M	11/10/1964	60
BIANCHI1605	5061	F	15/05/1986	38
BIANCHI1619	9161	M	16/08/1945	79

Pagina 1 su 3 (79 righe) < 1 2 3 >

Arriera Registri E-mail Visualizza paziente in MW

2.1 Indicatori principali, GPG Score e ITOT Score

Nel processo di Audit e Intervento mediante GPG è essenziale supportare il MMG in una quanto più rapida e accurata identificazione delle più importanti criticità nonché per valutare l'overview delle sue performance.

Per tali ragioni sono nati i moduli **Indicatori principali, GPG Score e ITOT Score**.

Difatti, gli indicatori esprimono i livelli di performance raggiunti dal medico e definiscono la qualità delle cure nell'ambito di un determinato problema clinico o dell'attività clinica complessiva. GPG valuta entrambi questi aspetti e anche la qualità della registrazione dei dati clinici in cartella e li esprime sinteticamente con uno score. GPG Score è indice della qualità delle cure totale e per singolo problema clinico mentre l'ITOT score valuta la qualità dei dati registrati.



Il modulo **Indicatori principali**, visualizzabile anche nella schermata Home quando impostata in modalità semplificata, permette una rapida e semplice quantificazione dei pazienti con criticità evinti dagli indicatori principali e offre una panoramica di tutti gli indicatori di governo clinico raggruppati per patologie e confrontati con gli standard. Il Gauge di ogni indicatore principale permette di identificare in maniera rapida la percentuale di assistiti privi di criticità (percentuale al centro). Tale valore viene rappresentato spazialmente da una piccola freccia posizionata sul gauge stesso, il quale ha un range da 0 al 100%.

Il cut-off tra criticità e assenza di criticità si basa sul valore del LAP per quello specifico indicatore. Prendendo a titolo di esempio il primo gauge "Registrazione fumo nei BPCO" emerge come l'47,14% dei pazienti in carico con diagnosi di BPCO presentino almeno una registrazione del fumo, e che tale valore è al di sotto del cut-off di criticità stabilito dal LAP; cut-off settato all'80%.

The screenshot shows the GPG Score module interface. On the left, a sidebar lists various clinical and administrative modules. The main area displays the 'GPG Score Totale' as a circular gauge with a value of 66,4 and a change of 0,28. Below it is a table of scores for different pathologies. To the right is a line graph showing the historical trend of the GPG Score from December 2019 to October 2024.

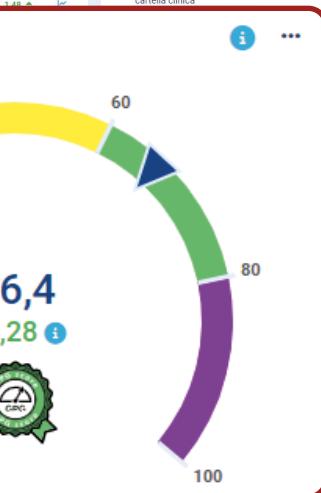
Patologia	Score	Diff.	Storico
Anemia	100,00	0,00	—
Asma	61,94	-3,12	▼
BPCO	78,15	-0,89	▼
Cancro	84,52	1,75	▲
Demenza e Alzheimer	73,19	1,48	▲
Depressione			
Diabete Mellito di tipo 2			
Epatite B			
Epatite C			
Epatite D			
Epilessia			

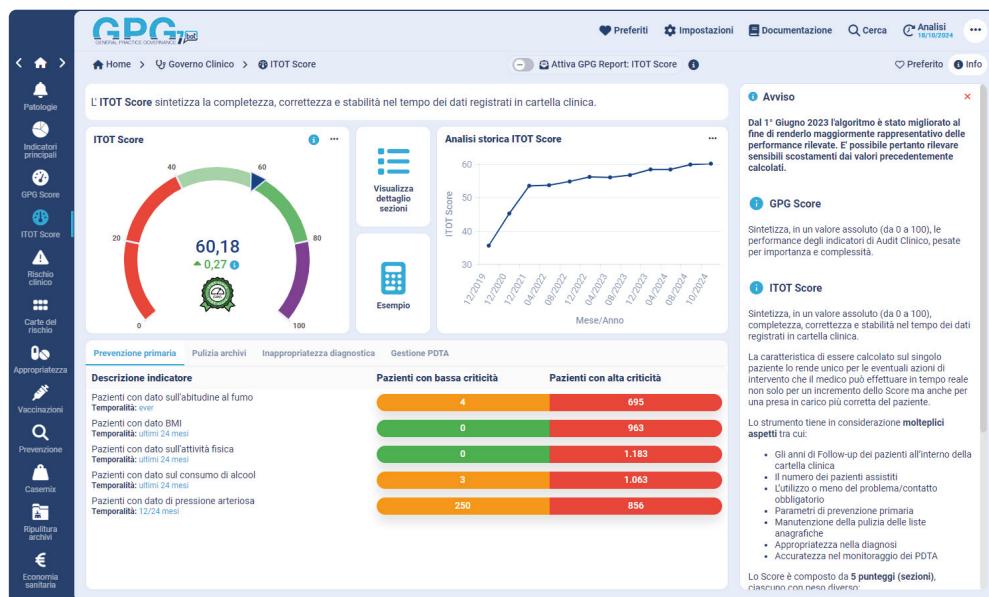
Il modulo **GPG Score** sintetizza, in un valore assoluto (da 0 a 100), le performance degli indicatori di Audit Clinico, pesate per importanza e complessità.

Il MMG ha quindi la possibilità di valutare quella che è la sua performance complessiva, comparandola anche rispetto a quanto emerso il mese precedente. La peculiarità di questo modulo è che permette una visualizzazione delle performance anche nel contesto di specifiche patologie.

Per le principali patologie croniche il MMG può valutare il corrispettivo valore del GPG Score, la differenza rispetto al mese precedente e lo storico relativo.

Queste funzioni se ben utilizzate permettono una rapida identificazione delle criticità a livello di patologia specifica; criticità che possono essere visualizzate più nel dettaglio a livello del modulo Patologie.





L'ultimo dei tre moduli è il modulo **ITOT Score**. Questo strumento permette di sintetizzare, in un valore assoluto (da 0 a 100), completezza, correttezza e stabilità nel tempo dei dati registrati in cartella clinica.

La sua caratteristica è quella di essere calcolato sul singolo paziente, elemento che lo rende unico per le eventuali azioni di intervento che il medico può effettuare in tempo reale.

Lo strumento tiene in considerazione molteplici aspetti tra cui:

- Gli anni di follow-up dei pazienti all'interno della cartella clinica
- Il numero dei pazienti assistiti
- L'utilizzo o meno del problema/contatto obbligatorio
- Parametri di prevenzione primaria
- Manutenzione della pulizia delle liste anagrafiche
- Appropriatezza nella diagnosi
- Accuratezza nel monitoraggio dei PDTA

Lo Score ITOT è composto da 5 punteggi (sezioni), ciascuno con peso diverso:

1. **Prevenzione Primaria** (5 indicatori)
2. **Pulizia Archivi** (7 indicatori)
3. **Inappropriatezza Diagnostica** (7 indicatori)
4. **Gestione PDTA** (26 indicatori)
5. **Follow-up medio pazienti**

All'interno delle sezioni, sono stati inseriti due livelli di criticità, anch'essi gestiti con pesi diversi:

- **Criticità bassa:** quando è presente l'accertamento ma senza valorizzazione del risultato. (*Per PA "non registrato negli ultimi 12 mesi")
- **Criticità alta:** quando non è presente la registrazione dell'accertamento. (*Per PA "non registrato negli ultimi 24 mesi")



Come mostrato in **Figura** il gauge in alto a sinistra riporta il valore ottenuto dallo Score, con la differenza rispetto al mese precedente.

Il pulsante **"Visualizza dettaglio sezioni"** permette di visualizzare in dettaglio il peso calcolato per le 5 sezioni che compongono lo score, così da visualizzare rapidamente quelli che sono gli elementi critici.

Nella parte inferiore, il modulo mostra, per 4 delle 5 sezioni che compongono lo score, i rispettivi indicatori che determinano il calcolo. Per ognuno di questi il medico può identificare la presenza di specifiche criticità sempre relative alla completezza, correttezza e stabilità nel tempo dei dati registrati in cartella clinica.

GPG nella pratica clinica

Valutare le più importanti criticità e le proprie performance con il GPG



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

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

Non è facile misurare in modo oggettivo la qualità dell'assistenza anche a causa del numero molto elevato di variabili da considerare in un sistema caratterizzato da grande complessità. Per affrontare questo difficile compito ci avvaliamo dei cosiddetti "indicatori di qualità". Un indicatore è un parametro numerico capace di

esprimere in modo sintetico un aspetto della cura ritenuto sensibilmente correlato alla qualità. In genere è espresso in forma di rapporto percentuale come, per esempio, la “percentuale di pazienti diabetici che è stata sottoposta a valutazione della microalbuminuria nel corso dell’ultimo anno”.

Per essere correlati alla qualità dell’assistenza, gli indicatori devono essere basati sull’evidenza scientifica e riguardare processi di cura che sono nel dominio della categoria professionale alla quale si intende applicarli. GPG è uno strumento che consente una valutazione accurata della qualità dell’assistenza del Medico di Medicina Generale in quanto implementa centinaia di indicatori, relativi a molteplici aree di competenza, definiti su rigorose basi scientifiche dalla Società Italiana di Medicina Generale.



La schermata **Indicatori Principali** di GPG ci dà una visione di insieme della qualità dell’assistenza visualizzando in modo grafico e sintetico tutti gli indicatori.

È possibile visualizzare gruppi di indicatori correlati a specifiche patologie e, avvicinando il cursore a ciascuna colonna, ottenere i dettagli che riguardano quell’indicatore.

In questo diagramma ciascuna colonna indica di quanto il valore dell’indicatore si discosta dal valore dello standard considerato corrispondente alla mediana dei valori rilevati in Health Search o GPG Network o al LAP (Livello Accettabile di Performance): la colonna è verde se il valore supera il valore dello standard, rossa se inferiore, in area critica.

Un’occhiata a questa schermata ci fa rapidamente comprendere che in realtà, quando osservate con obiettività e su tutta la popolazione assistita, le nostre performances professionali sono generalmente tutt’altro che ottimali.

Non scoraggiamoci! È sempre possibile migliorare e GPG ci aiuta molto a farlo. Come? Lo vedremo nei prossimi capitoli.

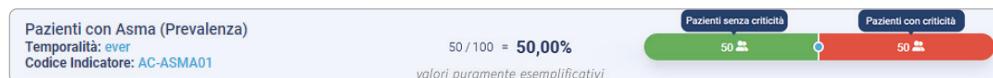
2.2 Patologie

All'interno del modulo patologie sono presenti 29 condizioni patologiche a maggior impatto per la Medicina Generale.

Per ognuna di queste patologie sono presenti una serie di indicatori di processo e di esito intermedio, che “misurano” attentamente la qualità delle cure per quella specifica condizione. Prendendo a titolo di esempio la patologia **Asma**, la schermata

che appare si caratterizza da una colonna **Descrizione**, dove sono appunto riportate le descrizioni di tutti gli indicatori considerati con la relativa temporalità. La temporalità di un indicatore identifica la finestra temporale di analisi. Un esempio, potrebbe essere l'indicatore a fianco. In questo caso, l'indicatore identifica i pazienti con diagnosi di asma con almeno una registrazione in cartella di vaccinazione antinfluenzale nell'ultimo anno. Sebbene possa sembrare scontato, è importante sottolineare che per tutti gli indicatori del modulo Patologie, i denominatori sono rappresentati dalla popolazione di pazienti in carico con una o più diagnosi relativa alla condizione d'interesse. In altre parole, la popolazione di assistiti prevalenti per quella patologia.

Alla luce di questo, la temporalità indicata nel precedente indicatore si applica solo – in questo caso – alla presenza o meno di vaccinazione antinfluenzale, non alla presenza o meno di diagnosi di asma.



Ogni indicatore è accompagnato dalle numeriche assolute degli assistiti che ne compongono il numeratore e denominatore. Entrambe sono cliccabili e consentono di visualizzare la relativa lista pazienti.

Ogni lista di pazienti ottenuta con GPG contiene numerosi tasti funzione che permettono l'export dell'elenco, la generazione di avvisi da inserire in cartella, l'inserimento di pazienti nei registri di patologia, la visualizzazione della cartella clinica di singoli pazienti, e ancora la possibilità di contattare i pazienti mediante posta elettronica.

Cognome	Nome	Sesso	Data Nascita	Età
BIANCHI1304	4031	F	13/11/1957	67
BIANCHI1308	8031	M	14/06/1940	84
BIANCHI1347	7431	M	28/03/1963	62
BIANCHI1351	1531	M	08/10/1951	73
BIANCHI1398	8931	F	08/07/1957	67
BIANCHI1436	6341	M	11/04/1957	68
BIANCHI1510	0151	F	01/10/1940	84
BIANCHI1941	1491	M	29/07/1937	87

Dettaglio Indicatore

Codice indicatore: AC-ASMA02

Indicatore: Pazienti con Asma e almeno una registrazione di spirometria

Temporaliità: ever

Tipo indicatore: Processo

Valore personale: 43,06%

LAP: 35% (8,06%) ✓

Numeratore: 31 pazienti

Denominatore: 72 pazienti

Pazienti con criticità: 41 pazienti

Nota metodologica:

Pazienti di età >= 14 anni con diagnosi di Asma con almeno una registrazione di spirometria / Pazienti di età >= 14 anni con diagnosi di Asma

Concetti Utilizzati:

DIAGNOSI
 Asma, diagnosi di asma, Stato del problema: aperto, Casi sospetti: esclusi, Tipo registrazione: primo evento

DIAGNOSTICA STRUMENTALE
 Spirometria, registrazione della spirometria, Tipo registrazione: ultima registrazione

Sono inoltre presenti, per ogni indicatore, il LAP, la differenza percentuale rispetto al dato di Health Search e rispetto al GPG Network (Network che verrà illustrato nelle pagine a seguire).

Infine, nella sezione di destra dello schermo sono presenti le risultanze degli indicatori in formato di grafico a barre. Precisamente per gli indicatori di prevalenza la barra riporta la stima in percentuale ed il relativo livello su un totale massimo del 100%. Diversamente, per gli indicatori di performance e di esito intermedio, la barra riporta il numero di pazienti in carico senza criticità (in verde) e con criticità (in rosso). Questa tipologia di visualizzazione consente al medico di identificare velocemente i pazienti sui quali intervenire.

Cliccando sulla descrizione dell'indicatore, appare una finestra con una serie di informazioni utili per il MMG; informazioni spesso sottovalutate.

Oltre al codice indicatore, è riportata la descrizione, la tipologia (processo, esito intermedio o di prevalenza), e la temporalità.

Oltre a queste informazioni la finestra riporta quello che è il valore personale relativamente all'indicatore (in questo caso il 43,06% degli assistiti con asma ha almeno una spirometria registrata), ed il LAP.

Altri dati indicati riguardano le numeriche dei pazienti al Numeratore, che rappresentano difatti i pazienti privi di criticità indicatore specifica, le numeriche del Denominatore, ed il Complementare. Quest'ultimo identifica i pazienti che presentano la criticità identificata dall'indicatore, e che quindi possono essere facilmente identificati e contattati.

Infine, nella parte inferiore della finestra, sono presenti i **Concetti utilizzati**. Questi rappresentano le variabili utilizzate nella costruzione di un indicatore, ad esempio come in figura, la diagnosi di Asma e la registrazione di Spirometria, con i corrispettivi criteri temporali di ricerca, la presenza o meno di casi sospetti, ed il tipo di registrazione.

Asma

Codici di selezione (ICD9 CM)

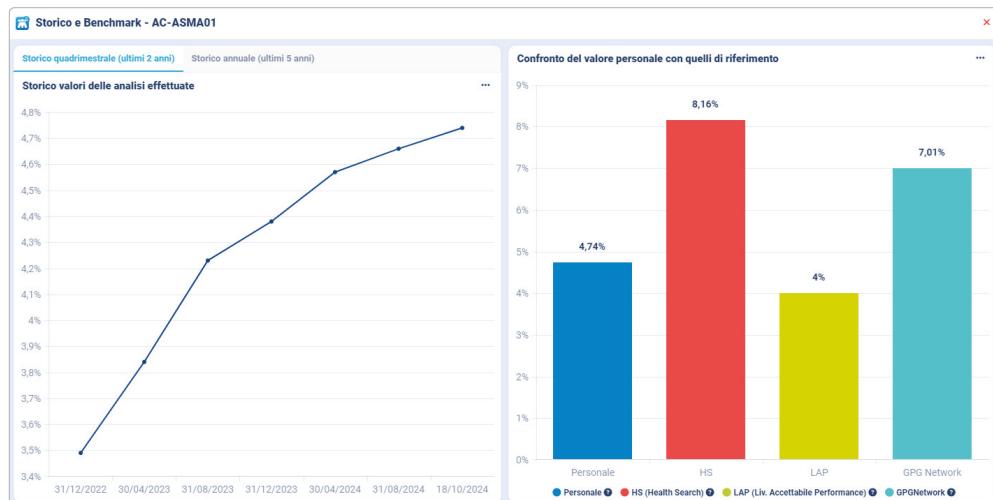
Cerca

Descrizione	ICD9_CM	Sub codice
Asma	493	494
Asma	493.9	00
Asma ad insorgenza tardiva	493.1	26
Asma allergica con causa definita	493.0	17
Asma atopica	493.0	18
Asma bronchiale	493.9	33
Asma cronico ostruttivo	493.2	00
Asma cronico ostruttivo con stato asmatico	493.21	00
Asma cronico ostruttivo senza stato asmatico	493.20	00
Asma da fieno	493.0	19
Asma da platinio	493.0	20
Asma estrinseco	493.0	00

10 20 40

Pagina 1 su 2 (28 righe) < 1 2 >

Cliccando è possibile visualizzare infine, quelle che sono le codifiche utilizzate per la definizione della variabile stessa (es. ICD9CM, nomenclatore regionale, ATC o AIC ecc).



Tornando alla schermata con l'elenco degli indicatori, in altro a destra, cliccando su **“Tipo indicatore”** è possibile filtrare per la tipologia di interesse tra Appropriatezza terapeutica, Processo e Prevalenza.

Infine, cliccando su pulsante di **“Storico e Benchmark”**, all'estremità destra dello schermo, è possibile visualizzare per ogni indicatore quella che è l'analisi del trend degli ultimi due o cinque anni. Diversamente, l'istogramma permette di visualizzare rapidamente quello che è il valore personale e confrontarlo con il valore medio evinto da Health Search, o rispetto al LAP nonché rispetto al GPG Network.

GPG nella pratica clinica

Identificazione e risoluzione delle principali criticità relative alle patologie a maggior impatto in Medicina Generale

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

È una buona idea! Il diabete mellito è una patologia cronica ad alto impatto socioassistenziale per la quale è ampiamente dimostrato che uno stretto controllo dei parametri metabolici e pressori è in grado di modificare significativamente le prospettive di vita e di salute del paziente. È ampiamente condivisa l'opinione che i pazienti diabetici debbano essere gestiti in modo integrato tra MMG e Specialisti Diabetologi e per questo, in moltissime realtà territoriali, sono in sperimentazione modelli assistenziali che invariabilmente richiedono un periodico monitoraggio dei risultati raggiunti. Come procedere? Il modulo Patologie di GPG consente di effettuare una analisi per problema. Nella **Figura 1** vediamo elencati gli indicatori relativi al diabete mellito tipo 2.

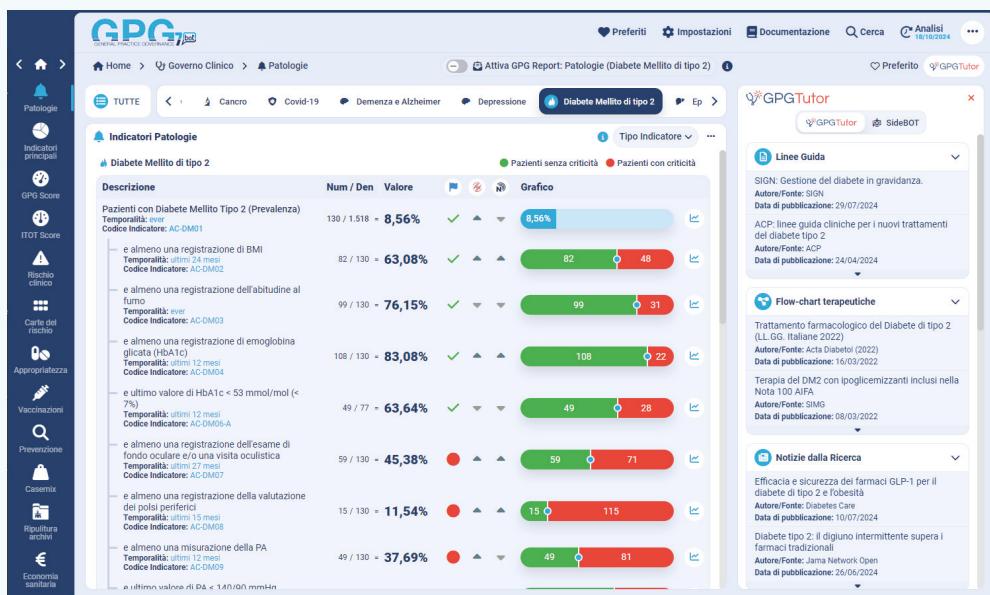


Fig. 1 Indicatori per il diabete mellito tipo 2. **LAP:** Livello Accettabile di Performance. **HS:** Health Search

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

percentuale di pazienti diabetici con almeno una registrazione di emoglobina glicata negli ultimi 365 giorni (AC-DM04) e la percentuale di pazienti diabetici con almeno una prescrizione di Ace-inibitori/Sartani negli ultimi 365 giorni (AC-DM13). Sono indicatori di esito: la percentuale di pazienti diabetici per i quali l'ultimo valore di pressione arteriosa è inferiore a 140/90 mmHg (AC-DM10) e la percentuale di pazienti con ultimo valore di colesterolo LDL<70 mg/dl (AC-DM15). Nella schermata domina la simbologia dei due colori: il rosso indica quali sono gli aspetti carenti dell'assistenza al paziente diabetico; il verde, non infrequentemente in misura molto minore, evidenzia i campi nei quali si è fatto un buon lavoro. Confrontarci con i LAP (colonna contrassegnata da una bandierina azzurra) che sono tutto sommato valori astratti, per quanto identificati da chi ha costruito gli indicatori con criteri rigorosi, è l'unico modo che abbiamo per valutare le nostre performance? Sicuramente no e GPG ci offre delle alternative.



La prima è rappresentata dalle "mediane" di Health Search, indicate nella schermata della **Figura 1** nella seconda colonna "HS". La seconda è rappresentata dalle mediane di GPG Network, la più grande rete di MMG in Italia (terza colonna). Sono valori "mediani" cioè valori intermedi tra quelli registrati nei singoli medici ma costituiscono un termine di paragone molto interessante perché ricavato direttamente dai dati della pratica professionale.

Un altro confronto molto utile è quello che possiamo fare con noi stessi.

Dopo alcuni mesi di utilizzo del programma e dopo aver eseguito ripetute valutazioni sui nostri archivi, abbiamo la possibilità di vedere se stiamo veramente migliorando. Basta cliccare sull'icona *Storico* e *Benchmark* a destra dell'indicatore, per ottenere una analisi storica del valore dell'indicatore stesso negli ultimi 2 o 5 anni e il confronto con gli standard. La **Figura 2** mostra i risultati ottenuti nella registrazione dei valori della BMI nei pazienti diabetici frutto di un costante impegno del medico che, partendo da una performance appena superiore al LAP, 60.5% dei pazienti valutati, nell'arco di alcuni mesi con un più presentabile 63%. Ha addirittura superato la mediana di Health Search con un valore personale del 76.19%.



Fig. 2 Analisi "storica" dell'andamento di un indicatore relativo al diabete mellito tipo 2

Come fare per migliorare ancora il livello di registrazione del BMI nei pazienti diabetici?

Il fatto stesso di essere consapevoli di una importante carenza sul piano operativo certamente ci stimola a prestare maggiore attenzione alla procedura che risulta deficitaria. GPG ci aiuta a fare di più e a colmare più rapidamente e con maggiore efficacia le nostre carenze operative. Il clic sulle aree rosse di ciascun indicatore consente di visualizzare la lista dei pazienti e identificare le aree di intervento. La **Figura 3** elenca gli indicatori relativi al diabete mellito tipo 2 e, per ciascuno di essi, il numero di pazienti per i quali essi non sono soddisfatti.



Fig. 3 Individuazione dei pazienti che presentano criticità in relazione ai processi di cura esplorati dai singoli indicatori.

È possibile, ad esempio, avere l'elenco nominativo dei diabetici (**Fig. 4**) per i quali non è stato registrato il valore del BMI negli ultimi 24 mesi e generare un messaggio di posta elettronica da inviare al paziente per avvertirlo della necessità di eseguire dei controlli e, eventualmente, proporgli una data per un appuntamento.

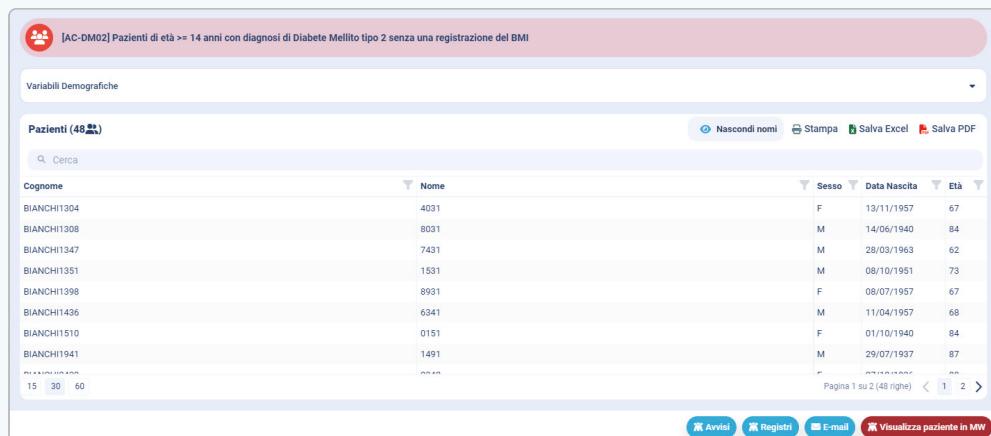


Fig. 4 Elenco dei pazienti che presentano situazioni di criticità individuate da un indicatore

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

2. Intervenire direttamente sui pazienti con criticità.

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

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

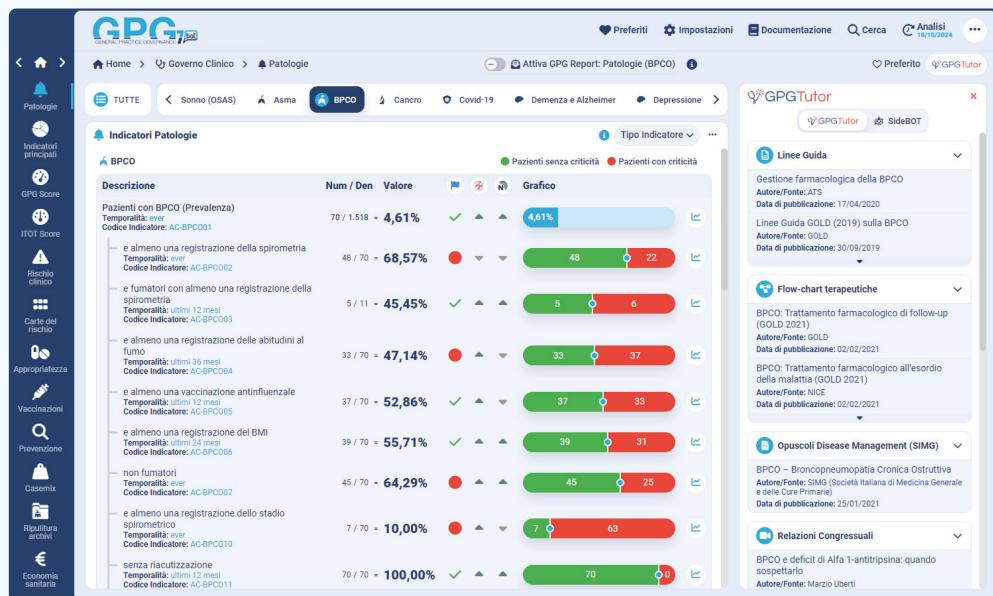


Fig. 5 Gli indicatori relativi al problema BPCO della sezione “Indicatori → Patologie”

L’indicatore AC-BPC001 (Fig. 5), nella sezione “Patologie → BPCO” ci dice qual è la prevalenza della patologia tra i nostri pazienti; il confronto con il LAP o con il dato di HS o GPG Network ci fa capire se abbiamo classificato come affetti da BPCO un numero adeguato di pazienti.

Se vogliamo capire con quale criterio sono stati individuati i pazienti, clicchiamo sulla descrizione dell'indicatore (**Fig. 6**)



Fig. 6 Indicatori per capire la prevalenza della patologia tra i nostri pazienti

Nel nostro caso è molto utile anche l'indicatore AC-BPC002 (**Fig. 7**) che ci mostra a che punto siamo con la qualità della diagnosi.

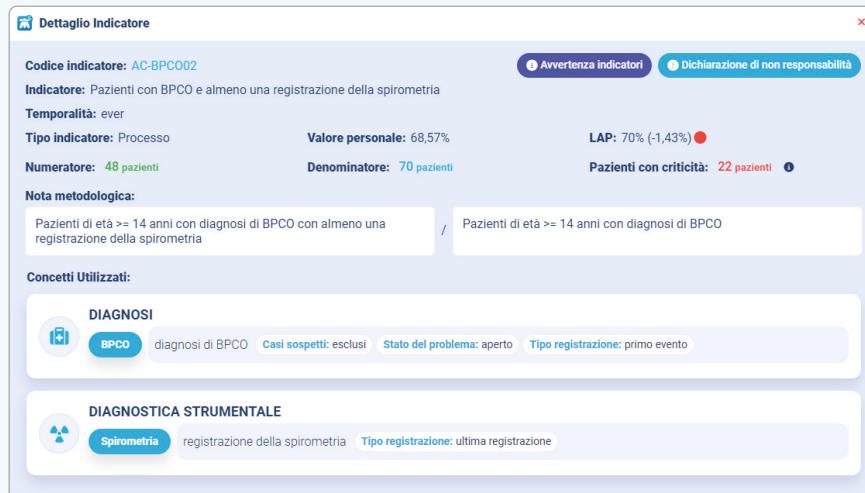
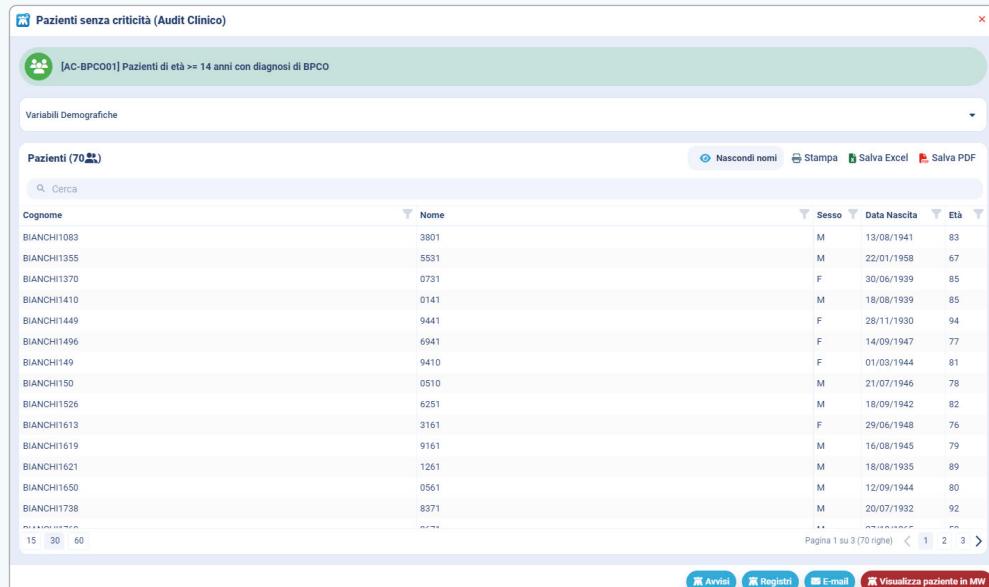


Fig. 7 Indicatori per individuare i pazienti con diagnosi BPCO senza prescrizione di spirometria

Procediamo nel modo seguente. Andiamo in “Patologie → BPCO” e facciamoci dare l’elenco dei pazienti che presentano la diagnosi “BPCO” nella lista dei problemi: AC-BPCO01 (**Fig. 8**)



The screenshot shows a table titled 'Pazienti senza criticità (Audit Clinico)' with the sub-section '[AC-BPCO01] Pazienti di età >= 14 anni con diagnosi di BPCO'. The table lists 70 patients with the following columns: Cognome, Nome, Sesso, Data Nascita, and Età. The data is as follows:

Cognome	Nome	Sesso	Data Nascita	Età
BIANCHI1083	3801	M	13/08/1941	83
BIANCHI1355	5531	M	22/01/1958	67
BIANCHI1370	0731	F	30/06/1939	85
BIANCHI1410	0141	M	18/08/1939	85
BIANCHI1449	9441	F	28/11/1930	94
BIANCHI1496	6941	F	14/09/1947	77
BIANCHI149	9410	F	01/03/1944	81
BIANCHI150	0510	M	21/07/1946	78
BIANCHI1526	6251	M	18/09/1942	82
BIANCHI1613	3161	F	29/06/1948	76
BIANCHI1619	9161	M	16/08/1945	79
BIANCHI1621	1261	M	18/08/1935	89
BIANCHI1650	0561	M	12/09/1944	80
BIANCHI1738	8371	M	20/07/1932	92
...
15	30	60		

Fig. 8 Indicatori per individuare l’elenco dei pazienti che presentano la diagnosi “BPCO” nella lista dei problemi

Anche per questa patologia, come per il diabete, può sorgere il dubbio di non aver inserito la diagnosi nella lista dei problemi di alcuni pazienti che, pertanto, non possono essere identificati come affetti dalla patologia. In questa operazione di “recupero” ci viene incontro l’indicatore ID01 che si trova nella sezione “Appropriatezza diagnostica”.

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

Una volta completata la lista dei pazienti con BPCO, individuare quelli non sottoposti a spirometria risulterà ora estremamente semplice. Nella sezione “Patologie → BPCO”, infatti, l’indicatore AC-BPCO02 ci darà l’elenco di questi pazienti con criticità gestionale e fornirà gli strumenti per intervenire in modo opportunistico o mirato.

Anche l’indicatore ID10 nella sezione appropriatezza diagnostica permette di individuare ancor più rapidamente i pazienti BPCO che non hanno mai eseguito la spirometria. A questo punto abbiamo affrontato la parte più importante del nostro

progetto di revisione del registro dei pazienti con BPCO, tuttavia, come in ogni audit che si rispetti, è possibile e auspicabile che dopo aver affrontato una criticità si propongano nuove verifiche, nuovi obiettivi, nuovi interventi (ciclo dell'audit **Fig. 9**).

Nel nostro caso, per esempio, potremmo voler verificare se nei pazienti con diagnosi di BPCO è stata valutata e registrata l'abitudine al fumo, se è stata praticata la vaccinazione antinfluenzale e/o anti-pneumococcica, se la terapia farmacologica prescritta è appropriata rispetto allo stadio di malattia, se è assunta con continuità. Ovviamente non tutte le valutazioni possono essere eseguite utilizzando le interrogazioni predefinite in GPG. Tuttavia, nel caso si propongano specifiche iniziative di audit o ricerca, è sempre possibile definire e inserire specifiche richieste utilizzando il modulo Self-Service.



Fig. 9 Il ciclo dell'Audit Clinico

2.3 Rischio clinico e Carte del rischio

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

Un altro aspetto essenziale dei processi di cura riguarda il tema della prevenzione e stadiazione dei rischi. Negli ultimi anni si è osservato infatti un aumento nella pubblicazione di score e algoritmi che permettono di identificare e stratificare i pazienti in base a determinati rischi.

Questi score/algoritmi sono sempre di più utilizzati nella pratica clinica corrente del MMG, in quanto ampiamente integrati nei PDTA, Note AIFA e LLGG. Un esempio è l'ESC SCORE che da tempo è incluso ed utilizzato per la stadiazione del rischio CV nei pazienti oggetto di rimborsabilità della prescrizione di statine e ipolipemizzanti secondo Nota 13.

Altro esempio è CHA2DS2-VASc utilizzato per la stadiazione e valutazione del rischio tromboembolico. Avere a disposizione uno strumento che permetta di stadiare la popolazione dei propri assistiti in base a specifici rischi non è sicuramente un aspetto da trascurare o sottovalutare.

Il modulo "Rischio Clinico" attualmente è composto da 4 sotto-moduli specifici.

Rischio Farmacologico

Rischio Farmacologico
Identifica i pazienti affetti da specifiche condizioni patologiche e/o trattati con farmaci associati a rischio di reazione avversa o potenzialmente inappropriati o che richiederebbero specifiche procedure di monitoraggio.

Rischio Farmacologico

Indicatore	Num / Den	Personale	Pazienti	Pazienti senza criticità	Pazienti con criticità
Pazienti in terapia con amiodarone con almeno una registrazione del TSH	6 / 8	75,00%	6 2	6	2
Code Indicatore: RC-FO01 Temporali: 30 giorni (amiodarone), 12 mesi (TSH)					
Pazienti a rischio di dislipidemia familiare non identificata in terapia con statine o fibrati	17 / 25	68,00%	17 8	17	8
Code Indicatore: RC-FO02 Temporali: ultimi 6 mesi					
Pazienti in terapia con FANS (almeno 4 confezioni/anno), con un fattore di rischio alto di emorragia gastrointestinale e terapia con IPP (almeno 4 confezioni/anno)	63 / 132	47,73%	63 69	63	69
Code Indicatore: RC-FO03 Temporali: ultimi 12 mesi					
Pazienti con diagnosi di fibrillazione Atriale ad alto rischio* in terapia antitrombotica (TAO-NAO)	43 / 56	76,79%	43 13	43	13
Code Indicatore: RC-FA01 Temporali: ultimi 8 mesi					
Pazienti con diagnosi di fibrillazione Atriale a rischio intermedio* in terapia antitrombotica (TAO-NAO)	2 / 2	100,00%	2 0	2	0
Code Indicatore: RC-FA02 Temporali: ultimi 8 mesi					
Pazienti con diagnosi di fibrillazione Atriale a basso rischio* non in terapia antitrombotica (TAO-NAO)**	0 / 0	N.C.	Nessun Paziente		
Code Indicatore: RC-FA03 Temporali: ultimi 8 mesi					
Pazienti con ultimo filtrato glomerulare (GFR) < 30 ml/min (formula CKD EPI) senza una prescrizione di tiazidici, ACE-inibitori, FANS, spirulatone oppure metformina	1 / 7	14,29%	1 6	1	6
Code Indicatore: RC-FA04 Temporali: tutta					

Informazioni Utili
*La Stadiazione del rischio Cardiovascolare è determinata attraverso il calcolo CHA2DS2-VASc per FA non valutato.

- 2 punti = ictus > 72 anni
- 2 punti = età > 75 anni
- 1 punto = età tra 65 e 74 anni
- 1 punto = ipertensione arteriosa
- 1 punto = diabete
- 1 punto = scompenso cardiaco
- 1 punto = malattie cardiovascolari
- 1 punto = sesso femminile

Classificazione rischi

- >2 punti = alto
- 1 punto = intermedio
- 0 punti = basso

** In questo gruppo esistono pazienti a basso rischio per i quali non è raccomandata alcuna terapia (donne di età <65 anni) oppure è raccomandata aspirina (malattia vascolare).

La presenza di disfunzione renale (clearance della creatinina <60 ml/min) identifica pazienti ad alto rischio per i quali è invece indicata la terapia anticoagulante orale.

RC-FO02: Rischio di dislipidemia familiare non identificata, LDL > 4,92 mmol/l (> 190 mg/dl), colesterolo totale > 7,51 mmol/l (> 290 mg/dl)

RC-FA03: Rischio emorragia gastrointestinale alta. Età > 65 anni, terapia anticoagulante, pregressa ictus, terapie digestive, terapia cortisonica continua (almeno 15 giorni).

RC-FA04: Per la Metformina, massima attenzione tra 60 e 80 minuti. Contraindizione assoluta per valori <30 minuti. Per gli Ace-inibitori riconoscerne e ridurre il dosaggio in base alla Clearance.

Questo modulo presenta la classica struttura dei moduli descritti in precedenza. Propone una serie di indicatori che si pongono l'obiettivo di identificare i pazienti affetti da specifiche condizioni patologiche e/o trattati con farmaci associati a rischio di reazione avversa o potenzialmente inappropriati o che richiederebbero specifiche procedure di monitoraggio.

Ogni indicatore permette di identificare il numero di pazienti con criticità, e di poter intervenire su questi in modo mirato, utilizzando le funzioni presenti nelle liste.

Rischio Malattia Renale Cronica

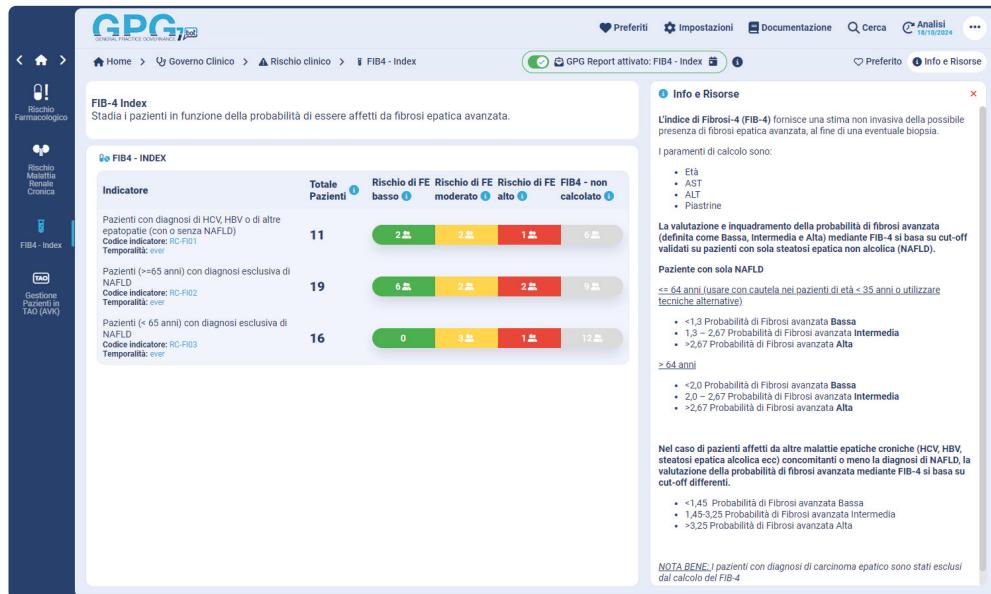
Rischio Malattia Renale Cronica
Identifica i pazienti a Rischio di Malattia Renale Cronica ed evidenzia le criticità negli interventi preventivi.

Rischio Malattia Renale Cronica

Indicatore	Num / Den	Personale	Pazienti	Pazienti senza criticità	Pazienti con criticità
Pazienti a rischio di Malattia Renale Cronica	559 / 1.518	36,82%	36,82%	36,82%	
Code Indicatore: MRC-01 Temporali: tutta					
(con Diabete Mellito) con almeno una registrazione di creatinina e/o microalbuminuria	118 / 133	88,72%	118 15	118	15
Code Indicatore: MRC-02 Temporali: ultimi 12 mesi					
(con Ipercolesterolemia) con almeno una registrazione di creatinina	369 / 502	73,51%	369 133	369	133
Code Indicatore: MRC-03 Temporali: ultimi 12 mesi					
(con M. Coronarica) con almeno una registrazione di creatinina	57 / 63	90,48%	57 6	57	6
Code Indicatore: MRC-04 Temporali: ultimi 15 mesi					
con almeno una registrazione delle abitudini al fumo	120 / 559	21,47%	120 439	120	439
Code Indicatore: MRC-05 Temporali: ultimi 12 mesi					
con almeno una registrazione del BMI	182 / 559	32,56%	182 377	182	377
Code Indicatore: MRC-06 Temporali: ultimi 12 mesi					
con almeno una registrazione dell'attività fisica	110 / 559	19,68%	110 449	110	449
Code Indicatore: MRC-07 Temporali: ultimi 12 mesi					
con almeno una misurazione della pressione arteriosa	220 / 559	39,36%	220 339	220	339
Code Indicatore: MRC-08 Temporali: ultimi 12 mesi					
con almeno una registrazione di proteinuria	1 / 559	0,18%	1 558	1	558
Code Indicatore: MRC-09 Temporali: ultimi 12 mesi					
con almeno una registrazione del profilo lipidico	388 / 559	69,41%	388 171	388	171
Code Indicatore: MRC-10 Temporali: ultimi 12 mesi					

Identifica i pazienti a Rischio di Malattia Renale Cronica ed evidenzia le criticità negli interventi preventivi. La definizione del rischio non si basa in questo caso su rischi stabiliti da score o algoritmi ma dalla presenza di fattori di rischio noti per essere associati all'insorgenza di tale condizione. Gli indicatori riportati si focalizzano sulla gestione e presa in carico dei pazienti a rischio permettendo l'inquadramento di quelli con criticità specifiche.

FIB-4 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.

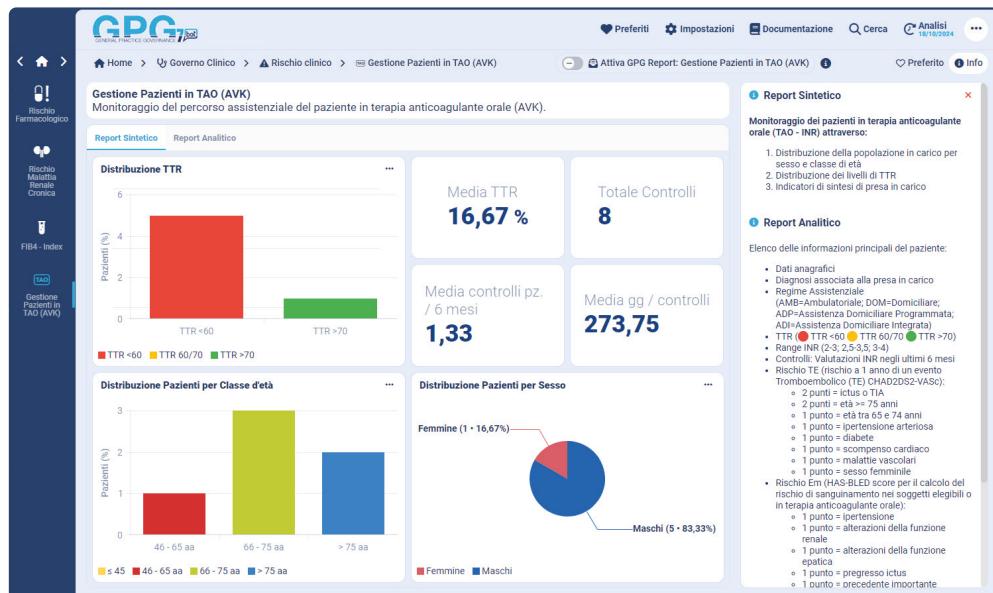
Poiché tutti questi test sono disponibili per il medico di Medicina Generale, il FIB-4 è uno strumento di screening altamente accessibile e conveniente. I pazienti con score FIB-4 > 2,67 sono considerati con alta probabilità di avere fibrosi avanzata. Il FIB-4 ha un elevato valore predittivo negativo 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 FIB-4 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.

Gestione Pazienti in TAO (AVK)



Permette il monitoraggio del percorso assistenziale del paziente in terapia anticoagulante orale con AVK qualora gestito dal medico; permette in ogni caso di valutare: distribuzione della popolazione in carico per sesso e classe di età, distribuzione dei livelli di TTR e indicatori di sintesi di presa in carico.

GPG nella pratica clinica

GPG come strumento per l'identificazione e il monitoraggio dei possibili rischi clinici dei tuoi assistiti.

Domanda a cui rispondere:

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

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

Un ictus cerebrale è un evento imprevedibile ma non sempre inevitabile.

La fibrillazione atriale è una condizione che aumenta in modo drammatico (di circa 5 volte!) la probabilità di incorrere in un evento cerebrovascolare di tipo ischemico.

Tale rischio può essere significativamente contenuto mediante la terapia anticoagulante (NAO/DOAC oppure TAO fino a INR compreso tra 2 e 3).

Tuttavia, la decisione di utilizzare la terapia antitrombotica dipende dal profilo di rischio tromboembolico del paziente che deve essere sufficientemente elevato per bilanciare l'inevitabile aumento del rischio emorragico indotto dalla terapia.

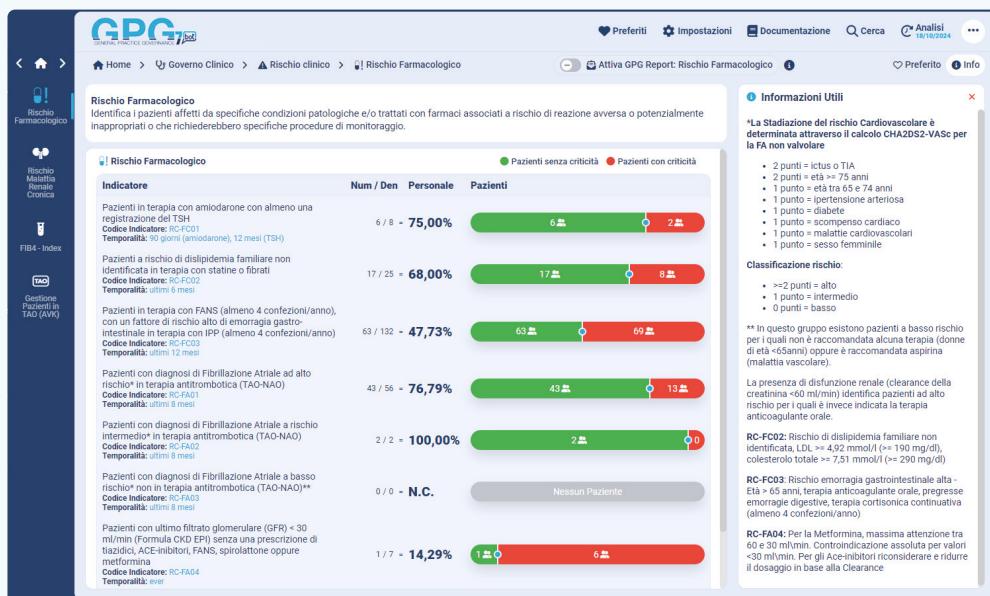
Anche quando è lo specialista a proporre il trattamento, al MMG resta sempre la responsabilità di verificare che il paziente segua con continuità un regime terapeutico appropriato. Come orientarsi in questo difficile campo?

GPG ci viene in aiuto. Innanzi tutto, come abbiamo fatto per diabete e BPCO, andiamo nella sezione "Patologie", controlliamo la prevalenza della diagnosi "fibrillazione atriale" nei nostri assistiti e confrontiamola con il LAP e la mediana di HS.

Se riscontriamo una prevalenza bassa, dobbiamo impegnarci in una azione di screening opportunistico rivolto alle fasce di età più avanzate.

La prevalenza della fibrillazione atriale, infatti, aumenta rapidamente con l'età fino a raggiungere il 9% circa negli ultra-ottantenni. In questi pazienti, manovre semplici come la palpazione del polso radiale o l'ascoltazione dei toni di Korotkoff durante la misurazione della pressione arteriosa sono strumenti preziosi nelle mani del Medico di Medicina Generale per riconoscere questa importante patologia.

Una volta verificata e confermata con l'ECG, la diagnosi di fibrillazione atriale va sempre registrata nella lista dei problemi. Solo in questo modo, infatti, sarà possibile utilizzare gli strumenti che GPG ci offre per verificare l'appropriatezza della terapia antitrombotica ed in particolare tre preziosi indicatori che ritroviamo nella sezione "Rischio clinico → Rischio farmacologico".



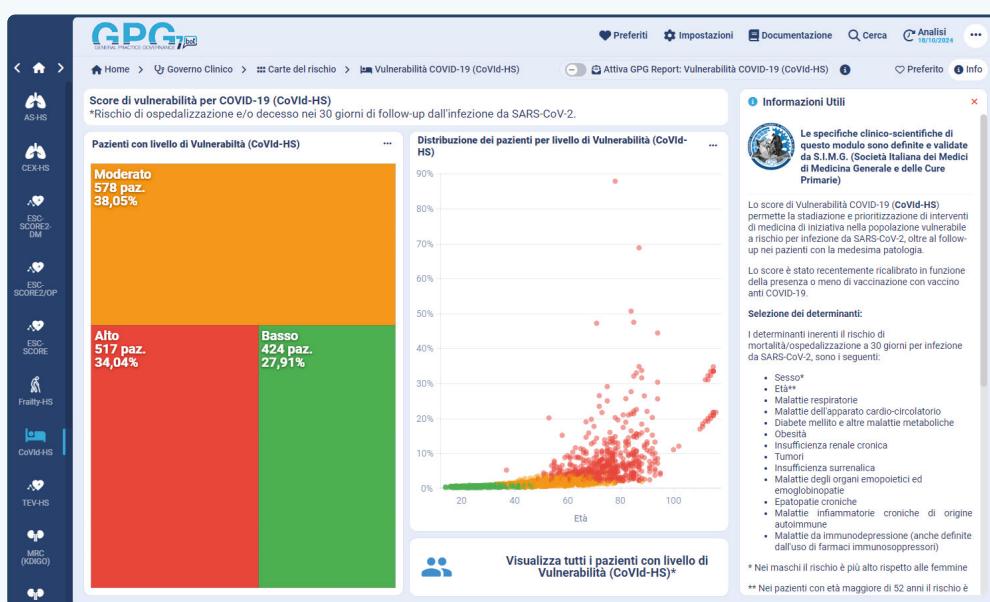
I tre indicatori (RC-FA01, RC-FA02, RC-FA03) eseguono una scansione dei pazienti con fibrillazione atriale e per ciascuno di essi calcolano il profilo di rischio tromboembolico mediante lo score CHA2DS2-VASc. I pazienti ad alto rischio dovrebbero essere necessariamente sottoposti a terapia anticoagulante, a meno di condizioni particolari che ne rendano improponibile la somministrazione. Per questo l'indicatore

RC-FA01 individua tutti i pazienti ad alto rischio trombo-embolico sottoposti a terapia antitrombotica, consentendo così di tenere sotto controllo i pazienti adeguatamente trattati e intervenire nei pazienti che presentino criticità e senza prescrizione di terapia antitrombotica (TAO-NAO). È lecito pensare che anche il nostro paziente ricoverato per ictus sarebbe stato individuato mediante questo indicatore e avrebbe potuto ricevere la terapia antitrombotica prima che l'incidente cerebro-vascolare si verificasse. Nei pazienti a rischio intermedio una terapia antitrombotica potrebbe non essere opportuna. Nei pazienti a basso rischio, invece, il rischio emorragico connesso con la terapia anticoagulante orale non è sufficientemente bilanciato da un beneficio in termini di riduzione di eventi cardio-embolici che in questa categoria di pazienti è molto limitato. Per questo l'indicatore RC-FA03 individua i pazienti trattati in modo inappropriate e, pertanto, inutilmente esposti al rischio di eventi emorragici. La gestione della terapia antitrombotica nel paziente con fibrillazione atriale è un esempio molto interessante di come GPG possa aiutarci a prevenire eventi avversi correlati all'errore medico ma non l'unico. Nella sezione del programma dedicata al "Rischio Clinico" troviamo molti altri indicatori che possono aiutarci a fronteggiare altrettante situazioni problematiche.

Caso d'uso del modulo “Vulnerabilità COVID-19 (CoVId-HS)” della sezione “Carte del Rischio”

La tempesta pandemica COVID-19 nel 2020 ha colto impreparato tutto il sistema sanitario e in particolare i medici; abbiamo lottato con poche armi spuntate, a volte impotenti a fronteggiare gli effetti nefasti di un virus bastardo: un nemico sconosciuto che non infrequentemente causava ospedalizzazione e morte.

Pochi strumenti, poche difese, incertezza riguardo le cure possibili.



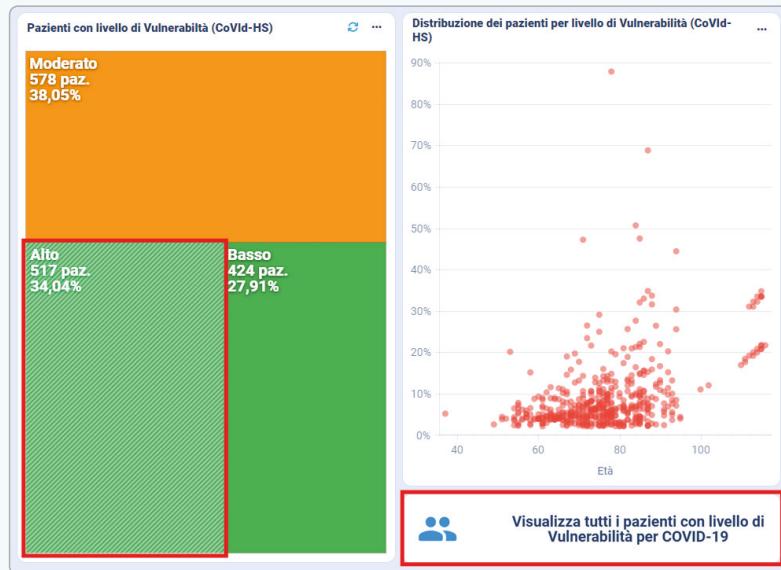
I dati epidemiologici e clinici disponibili hanno però permesso già nelle prime fasi della pandemia di realizzare un modulo specifico: Vulnerabilità Covid (CoVId-HS), uno score di vulnerabilità del GPG che non solo stratifica la popolazione degli assistiti sulla base del livello di rischio di suscettibilità e probabilità di andare incontro a forme severe di infezione, ma anche di identificare quei soggetti che, proprio sulla base del livello di rischio, hanno necessità di un più alto livello di attenzione, sia nella gestione sia nel follow-up; quei soggetti in altre parole che più facilmente di altri possono andare incontro a ospedalizzazione o morte.

Sulla scorta dei dati di letteratura, numerosi sono i "fattori di rischio" considerati; si è visto infatti che i pazienti di sesso maschile mostravano più frequentemente forme gravi e più frequentemente erano ricoverati e andavano incontro a morte rispetto alle femmine. Anche il fattore età oltre 52 anni era anch'esso un forte predittore di evoluzione sfavorevole specie se correlato all'età e al sesso maschile oltre che alle comorbilità presenti: diabete, obesità, malattie dell'apparato cardio-circolatorio, malattie respiratorie, insufficienza renale, neoplasie, endocrinopatie, malattie del sangue, malattie infiammatorie croniche e immunosoppressione.

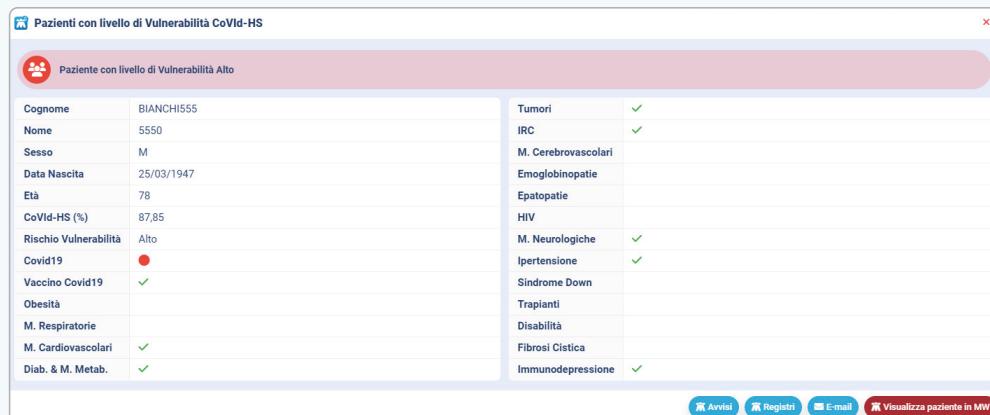
La concomitanza di più malattie croniche, ben nota ai MMG, aumentava ovviamente la vulnerabilità dei pazienti.

Sulla base dunque dei fattori di rischio di progressione negativa, come anche indicato dalle varie circolari ministeriali, e dei dati registrati nel gestionale di studio, lo score CoVId-HS ha permesso di stratificare la popolazione secondo tre livelli di vulnerabilità COVID-19: basso, moderato, alto; ha permesso inoltre di selezionare quei pazienti ad altissimo rischio, più fragili che prioritariamente a suo tempo, andavano sottoposti a vaccinazione: i soggetti estremamente vulnerabili che andavano posti prioritariamente in sicurezza e per i quali occorreva mantenere alto il livello di attenzione.

Lo score CoVId-HS consente di individuare immediatamente i pazienti in ciascuno dei tre livelli di vulnerabilità; i tre campi mostrano il numero e la prevalenza dei pazienti. Selezionando il campo "Livello Alto" il grafico a dispersione a destra mostra la dispersione dei valori dello score dei soli pazienti ad alto rischio.



Sfiorando i pallini nel grafico è possibile visualizzare il nominativo del paziente e con un clic visualizzare i dettagli che riguardano quel paziente ed eventualmente aprire la cartella clinica per ulteriore valutazione.



L'Icona in basso a destra "Visualizza tutti i pazienti con livello di Vulnerabilità per COVID-19" apre l'elenco dei pazienti che riporta il valore dello score CoVId-HS (%) oltre a vari dati anamnestici e clinici: infezione da SARS-CoV-2 pregressa o in atto e patologie croniche presenti. I nomi e le date di nascita non sono visibili per motivi di privacy, ma ben si comprende come questo elenco abbia aiutato e aiuterà ancora il MMG sia nella gestione clinica dei pazienti sia nelle future campagne vaccinali.

Si può stampare o esportare l'elenco dei pazienti in vari formati (Excel o PDF) per ottenere uno strumento di lavoro utile per pianificare e organizzare l'offerta attiva nella campagna vaccinale; è infatti possibile selezionare quali dati estrarre oltre

o insieme a quelli visualizzati, ad esempio aggiungendo il numero di telefono o l'indirizzo di posta elettronica in modo da poter contattare rapidamente i pazienti ottimizzando il lavoro e i tempi dell'intervento. L'ordinamento dei nominativi si può poi modificare in base alle proprie necessità semplicemente apportando modifiche sulle variabili disponibili mediante i menu a tendina presenti sotto il titolo o facendo clic sui titoli delle colonne come si fa con un comune foglio di lavoro. Non sarà mai superfluo ricordare che GPG analizza ed elabora i dati registrati nella cartella clinica e la sua capacità di fornire informazioni affidabili e complete dipende fortemente dalla qualità della registrazione dei dati clinici che deve necessariamente essere quanto più possibile accurata, corretta e completa.

2.4 Appropriatezza

Il termine appropriatezza (o inappropriatezza) è stato ed è ampiamente usato negli ultimi anni, e in certi casi in modo improprio.

Il MMG durante la sua pratica clinica si trova costantemente a che fare con questo termine e con tutto quello che ne consegue.

Innanzitutto, può scontrarsi con un'appropriatezza o inappropriatezza durante la prescrizione di una terapia farmacologica, la quale risulta inappropriate in certi sottogruppi di pazienti, sia per caratteristiche cliniche (comorbosità), o anagrafiche (età) o anche per il tipo di condizione alla base del trattamento stesso (uso di antibiotici in certe condizioni). Un altro caso può riguardare una appropriatezza prescrittiva, relativamente ad una regolamentazione alla prescrizione di un farmaco, vedi le Note Alfa. Senza entrare nel merito della definizione di appropriatezza (non ne è questa la sede), il punto focale da affrontare è che gestire i molteplici aspetti e casi di appropriatezza o, meglio, di inappropriatezza è ormai altamente complesso, se non impossibile, soprattutto durante la normale attività lavorativa.

L'uso sempre più frequente di terapie farmacologiche soprattutto croniche, associato ad un aumento della comorbosità dei pazienti, oltre a logiche di riduzione e ottimizzazione della spesa, fanno sì che l'appropriatezza sia estremamente complessa da monitorare e soprattutto da identificare quando manca.

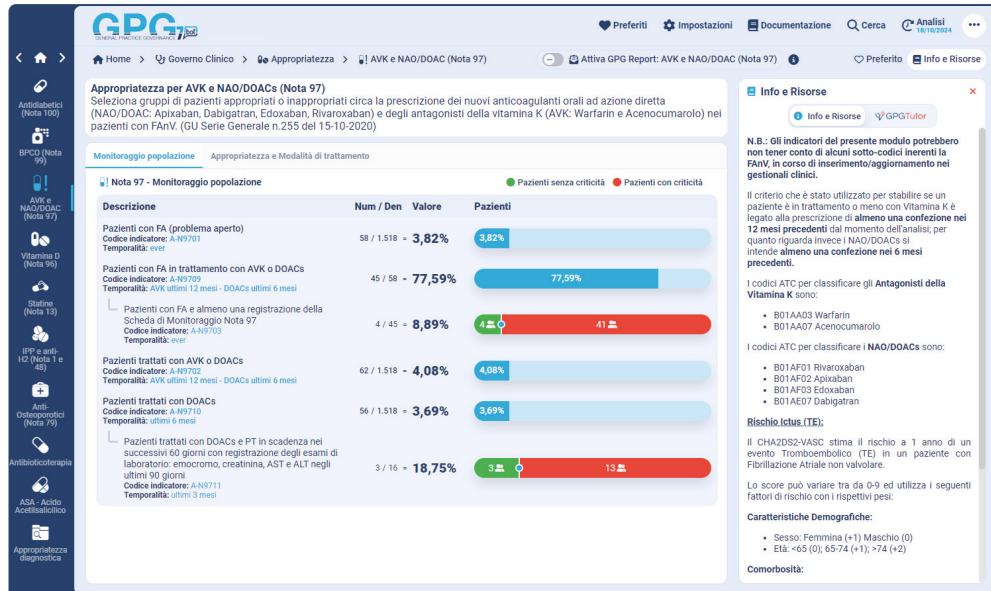
Inoltre, l'ampliamento dei poteri prescrittivi e delle possibilità di cura del MMG, richiede tuttavia un suo adeguamento non solo nella pratica clinica ma anche a livello gestionale, nell'interesse del paziente e per venire incontro alle aumentate richieste di audit da parte delle Aziende Sanitarie e delle Regioni.

Partendo da tali presupposti, nel GPG già dalla seconda versione è stata implementata una sezione specifica chiamata "Appropriatezza".

All'interno sono presenti 10 diversi moduli:

Ognuno di questi si focalizza sulla identificazione delle criticità connesse al tema dell'appropriatezza gestionale, prescrittiva e diagnostica.

A titolo di esempio verrà approfondita una Nota AIFA: la Nota 97.



In particolare, la Nota 97 introduce regole specifiche e raccomandazioni per il medico rispetto alla prescrizione e all'uso appropriato di tutti i farmaci anticoagulanti orali, dagli inibitori della vitamina K, fino agli inibitori diretti della trombina o del fattore Xa (cosiddetti NAO/DOAC).

Modulo Nota 97

La fibrillazione atriale (FA) è la principale causa di ictus tromboembolico; spesso misconosciuta o sotto trattata, ha un impatto rilevante sulla qualità della vita e sui costi sociosanitari.

Di conseguenza, anche il MMG in caso di diagnosi certa di FANV (documentata con esame elettrocardiografico) può autonomamente prescrivere anche i DOACs, nel rispetto delle indicazioni fornite con gli allegati alla Nota stessa, e programmare i successivi controlli di follow-up compilando la relativa scheda elettronica.

Una volta diagnosticata è di vitale importanza avviare tempestivamente la terapia anticoagulante orale con AVK o DOACs con l'obiettivo di prevenire l'insorgenza dell'ictus tromboembolico, la complicanza più temibile dell'aritmia.

Fino a giugno 2020 il MMG, una volta diagnosticata la FA, poteva liberamente impostare la terapia anticoagulante orale (TAO) con AVK (warfarin o acenocumarolo), farmaci caratterizzati da cinetica di assorbimento intestinale variabile, lenta eliminazione, note interazioni con farmaci e alimenti.

Nel 2020, anche a causa della situazione emergenziale connessa alla pandemia da COVID-19, l'AIFA con determina del 12 giugno, ha istituito in via sperimentale la Nota 97 estendendo anche al Medico di Medicina Generale la possibilità di prescrivere gli anticoagulanti orali, AVK e DOACs, senza la necessità di ricorrere allo specialista

per compilare o rinnovare il piano terapeutico nei pazienti con FANV. Questo ha comportato una sostanziale abolizione del piano terapeutico garantendo al MMG la possibilità di prescrivere sia AVK, sia DOACs, previe diagnosi elettrocardiografica di FANV, valutazione clinica con determinazione del rischio tromboembolico con CHA2DS2-VASc e del rischio emorragico, redazione di una scheda di monitoraggio (valutazione/prescrizione), contenente i dati clinici rilevati e la scadenza prevista per il follow-up, da conservare e consegnare in copia al paziente come promemoria per i controlli successivi.

A ottobre 2020, con Determina n. DG/1034/2020, l'AIFA ha decretato l'adozione in via definitiva della Nota 97 al fine di regolamentare la prescrizione appropriata dei nuovi anticoagulanti orali e dei vecchi AVK nei pazienti con fibrillazione atriale abolendo del tutto il piano terapeutico e sostituendolo con la scheda di segnalazione, dapprima cartacea e successivamente in formato elettronico.

Di conseguenza, anche il MMG in caso di diagnosi certa di FANV può autonomamente prescrivere anche i DOACs, nel rispetto delle indicazioni fornite con gli allegati alla Nota stessa, e programmare i successivi controlli di follow-up compilando la relativa scheda elettronica.



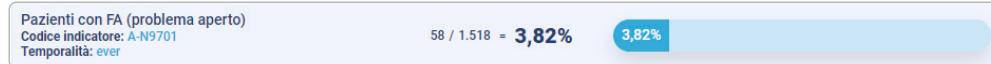
GPG, nella sezione AVK e NAO/DOAC (Nota 97) del modulo Appropriatezza e Note AIFA esegue una ricognizione della popolazione degli assistiti, stratifica i pazienti in diversi gruppi valutando l'appropriatezza della prescrizione dei DOACs e degli AVK e rilevando anche eventuali criticità nell'appropriatezza prescrittiva: prescrizione inappropriata in pazienti a basso rischio tromboembolico (TE) o assenza di trattamento in pazienti con FANV a rischio TE elevato.

Tale sezione permette al medico di verificare l'appropriatezza del trattamento, rilevare le criticità gestionali e rispondere ai possibili dubbi che potrebbero sorgere

in chi si dovesse accingere, forse per la prima volta, a prescrivere autonomamente la terapia anticoagulante nella FA: Come posso verificare quanti e chi sono i pazienti con fibrillazione atriale? Quanti e chi sono i pazienti con FA in trattamento con AVK/DOACs? Chi sono i pazienti con FANV che non fanno prevenzione dell'ictus tromboembolico? Ho posto più volte diagnosi di FANV ed ho iniziato il trattamento con DOACs; quanti e chi sono questi pazienti? I pazienti in terapia con DOACs eseguono correttamente il follow-up come da Nota 97?

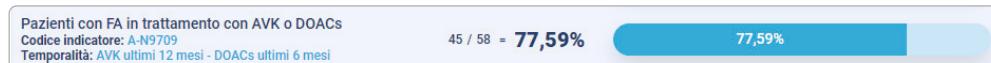
Entrando quindi nel merito del modulo, la prima scheda visualizzata, Monitoraggio popolazione, esegue una ricognizione riguardo la prescrizione dei farmaci anticoagulanti orali.

Il primo indicatore, **A-N9701**, rileva innanzitutto il numero dei pazienti con problema FA attivo e mostra il valore della sua prevalenza sulla popolazione degli assistiti. I limiti legati alla codifica ICD9CM, non consentono la distinzione tra FANV e fibrillazione atriale valvolare (sempre una quota trascurabile), ma la classificazione ICD9CM del Millewin è stata aggiornata e ora permette di registrare il problema FANV con sub-codici specifici.



L'indicatore **A-N9709** permette di identificare i pazienti con FA che assumono AVK o DOACs e rileva dunque la prevalenza d'uso di tali anticoagulanti.

Non deve sorprendere il fatto che il numero di pazienti in terapia anticoagulante possa risultare inferiore a quello dei pazienti con problema FA; per alcuni pazienti, quelli a basso rischio TE (CHA2DS2-VASc <3 per la donna e <2 per l'uomo) secondo la Nota 97 infatti non vi è indicazione al trattamento. Il trattamento è appropriato in caso di rischio TE ≥ 3 nella donna o ≥ 2 nell'uomo. Secondo le linee guida ESC anche i pazienti a rischio TE moderato (> 1 nell'uomo, > 2 nella donna) devono essere sottoposti a trattamento profilattico; per questi pazienti la decisione terapeutica è più complessa: secondo la Nota 97 il trattamento dovrebbe essere a carico del paziente. Potrebbero esservi anche pazienti ad alto rischio TE per i quali la presenza di un elevato rischio emorragico comporta una controindicazione al trattamento con anticoagulanti orali.

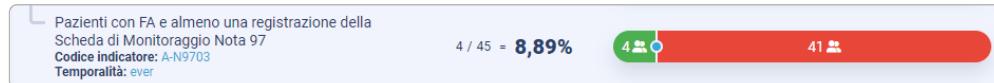


Con il terzo indicatore (**A-N9703**) è inoltre possibile estrarre l'elenco dei pazienti in terapia anticoagulante con i farmaci della Nota 97 per i quali risultati registrata almeno una scheda di monitoraggio e permette dunque di stimare il numero dei pazienti gestiti autonomamente dal medico.

I pazienti visualizzati nella sezione verde dell'indicatore hanno la scheda registrata; è presumibile che questi pazienti siano stati valutati clinicamente e dal punto di vista laboratoristico e che seguano un idoneo follow-up.

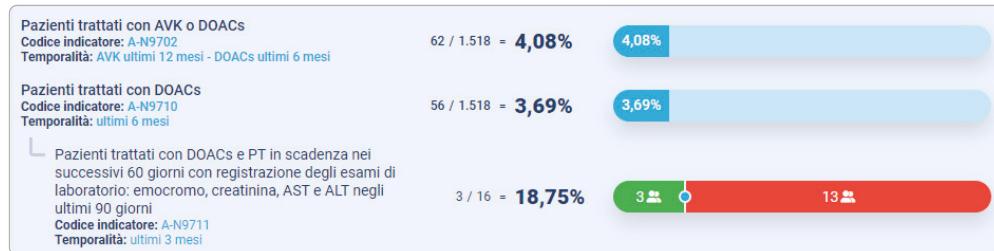
I pazienti in area rossa potrebbero essere stati valutati dallo specialista che ha provveduto egli stesso a compilare la scheda di monitoraggio, ma potrebbero anche esservi pazienti ai quali la prescrizione degli anticoagulanti non è stata accompagnata dalla compilazione della scheda di valutazione.

Questi potrebbero essere pazienti che non eseguono un adeguato monitoraggio per i quali la prescrizione non rispetta le indicazioni della Nota 97, dunque una prescrizione potenzialmente inappropriata che necessita di una rivalutazione.



Altri due indicatori, prettamente di farmacoutilizzazione, quantificano i pazienti trattati con AVK o con DOAC, nonché solo quelli trattati con DOAC, senza considerare la presenza di patologie concomitanti. Poiché i pazienti con FANV in trattamento con DOACs devono eseguire periodicamente un follow-up clinico-laboratoristico (creatinina, eGFR, Emocromo, transaminasi) in coincidenza della scadenza del periodo di trattamento definito dal medico nella scheda di monitoraggio l'indicatore A-N9711 estrae i pazienti che hanno la scheda di monitoraggio (o Piano Terapeutico) in scadenza nei successivi 60 giorni.

Sulla sezione verde dell'indicatore è indicato il numero dei pazienti che hanno già disponibili gli esami di laboratorio, eseguiti negli ultimi 90 giorni, mentre sul campo rosso è indicato il numero di quelli che non hanno esami eseguiti negli ultimi tre mesi. Mediante le funzionalità presenti nell'elenco dei pazienti ottenuto con un clic sul campo rosso (criticità) è possibile attivare percorsi proattivi (opportunità, iniziativa): telefonata al paziente o invio di una mail rammentando la prossimità della scadenza e la necessità di eseguire gli accertamenti necessari per il rinnovo della scheda di valutazione/prescrizione; in quest'ultima, infatti, devono necessariamente essere riportati gli esiti di creatinina e GFR (Cockcroft&Gault) oltre a Hb e/o Transaminasi.



Appropriatezza per AVK e NAO/DOACs (Nota 97)
Seleziona gruppi di pazienti appropriati o inappropriati circa la prescrizione dei nuovi anticoagulanti orali ad azione diretta (NAO/DOAC: Apixaban, Dabigatran, Edoxaban, Rivaroxaban) e degli antagonisti della vitamina K (AVK: Warfarin e Acenocumarolo) nei pazienti con FAeV (GU Serie Generale n.255 del 15-10-2020)

Monitoraggio popolazione Appropriatezza e Modalità di trattamento

Nota 97 - Appropriatezza e modalità di trattamento

Indicatore	Totali Pazienti	Pazienti IN trattamento con SOLO AVK	Pazienti IN trattamento con SOLO DOACs	Pazienti IN trattamento con SOLO Dabigatran	Pazienti IN trattamento con AVK o DOACs	Pazienti NON in trattamento
Pazienti con FA (problema aperto) Codice indicatore: A-N9704	58	2	35	8	45	0
Pazienti con FA (problema aperto) e basso rischio di ictus trombo-embolico Codice indicatore: A-N9705	4	0	4	0	4	0
Pazienti con FA (problema aperto) e alto rischio di ictus trombo-embolico Codice indicatore: A-N9706	54	2	31	8	41	13
Pazienti con FA (problema aperto) e alto rischio di ictus trombo-embolico con IRC (Studio IV) Codice indicatore: A-N9707	0	0	0	0	0	0
Pazienti con FA (problema aperto) e alto rischio di ictus trombo-embolico con IRC (Studio V) Codice indicatore: A-N9708	1	1	0	0	1	0

Info e Risorse
N.B.: Gli indicatori del presente modulo potrebbero non tener conto di alcuni sotto-codici inerenti la FAeV, in corso inserimento/aggiornamento nei gestionali clinici.

Il criterio che è stato utilizzato per stabilire se un paziente è in trattamento con Vitamina K è legato alla prescrizione di almeno una confezione nei 12 mesi precedenti dal momento dell'analisi; per quanto riguarda invece i NAO/DOACs si intende almeno una confezione nei 6 mesi precedenti.

I codici ATC per classificare gli Antagonisti della Vitamina K sono:

- B01AA03 Warfarin
- B01AA07 Acenocumarolo

I codici ATC per classificare i NAO/DOACs sono:

- B01AF01 Rivaroxaban
- B01AF02 Apixaban
- B01AF03 Edoxaban
- B01AE07 Dabigatran

Rischio ictus (TE):
Il CHA2DS2-VASC stima il rischio a 1 anno di un evento Tromboembolico (TE) in un paziente con Fibrillazione Atriale non valvolare.

Lo score può variare tra da 0-9 ed utilizza i seguenti fattori di rischio con i rispettivi pesi:

Caratteristiche Demografiche:

- Sesso: Femmina (+1) Maschio (0)
- Eta: <65 (0); 65-74 (+1); >74 (+2)

Comorbilità:

Diversamente, la **scheda Appropriatezza** e modalità di trattamento permette una approfondita valutazione della prescrizione degli anticoagulanti. In particolare, esegue una stratificazione dei pazienti sulla base del rischio tromboembolico e valuta l'appropriatezza del trattamento in atto, nonché l'inappropriatezza relativa sia al trattamento in pazienti a basso rischio sia al non trattamento in pazienti ad alto rischio. La scheda analizza tutti i pazienti con problema aperto FA stratificati secondo il livello di rischio TE (basso o alto) e sulla base della funzionalità renale (nei pazienti con MRC grave e GFR <15 ml/min è indicata la profilassi tromboembolica solo con AVK; i DOACs sono controindicati a causa della loro eliminazione per via renale). Per ciascun indicatore è visualizzato il numero totale dei pazienti estratti e distribuiti nelle colonne della tabella a destra in base alla tipologia del trattamento prescritto: solo AVK, solo DOACs senza dabigatran, in trattamento con solo dabigatran (eliminazione prevalentemente renale), in trattamento con l'una o l'altra classe di farmaci (potrebbero aver effettuato uno switch nel trattamento da AVK a DOACs o viceversa), e infine pazienti non in trattamento.

Il primo indicatore (**A-N9704**) rileva tutti i pazienti con fibrillazione atriale e li stratifica secondo il trattamento in atto o il non trattamento. I campi delle colonne trattamento sono tutti con fondo grigio. In realtà rappresentano solo una base di partenza per eventuali interventi; in ogni caso il clic del mouse sul campo con il numero dei pazienti individuati in ciascuna colonna permette di visualizzare l'elenco e sapere chi sono i pazienti in trattamento o meno.

Pazienti con FA (problema aperto)
Codice indicatore: A-N9704

58

2

35

8

45

0

Il modulo permette anche di identificare (indicatore **A-N9705**) i pazienti a basso rischio TE [CHA2DS2-VASc <2 (Maschi) o <3 (Femmine)]. Questi sono i pazienti per i quali la Nota 97 non raccomanda il trattamento anticoagulante. I campi con sfondo rosso identificano i pazienti in trattamento potenzialmente inappropriato, dunque da rivalutare. Ovviamente il clic sul numero dei pazienti permette di visualizzare chi sono in modo da poter rivalutare la cartella e verificare la criticità segnalata.



L'indicatore **A-N9706** identifica i pazienti ad alto rischio tromboembolico [CHA2DS2-VASc >2 (Maschi) o >3 (Femmine)] per i quali il trattamento anticoagulante è fortemente raccomandato. Il campo dell'ultima colonna mostra il numero dei pazienti che presentano rilevanti criticità gestionali. Difatti si tratta dei pazienti privi di profilassi farmacologica per l'ictus tromboembolico, rappresentando pertanto delle inappropriatezze per assenza del trattamento raccomandato. L'indicatore mette in evidenza un comportamento omissivo del medico che priva il paziente di un trattamento essenziale. Si rende necessario intervenire prioritariamente sui pazienti così identificati, anche utilizzando gli strumenti ben noti messi a disposizione dal GPG (elenco, avvisi, e-mail), sia per ridurre il rischio clinico e migliorare la qualità di vita dei pazienti, sia per evitare il rischio di eventuali conseguenze sotto il profilo medico-legale. L'utilizzo del campo grigio è dovuta alla complessità, mediante i dati registrati in cartella, di identificare il livello di rischio emorragico, senza il quale non è possibile con ragionevole certezza definire la presenza o meno di criticità.



Il penultimo indicatore (**A-N9707**) estrae i soggetti con problema FA attivo e ad alto rischio TE che presentano anche insufficienza renale allo stadio IV. Questi pazienti hanno un GFR <30 ml/min, per cui non è possibile utilizzare dabigatran la cui via di eliminazione è prevalentemente renale (80-85%). In tal caso i pazienti con criticità, oltre a quelli che non fanno terapia anticoagulante, sono proprio quelli eventualmente trattati con dabigatran, per i quali occorre modificare il trattamento, passando ad altro DOAC utilizzabile con un GFR compreso tra 30 e 15 ml/min.



Infine, l'ultimo indicatore (**A-N9708**) permette di individuare i pazienti con End Stage Renal Disease (ESRD), cioè pazienti con Malattia Renale Cronica (MRC) al V stadio e/o dializzati, con FA e alto rischio TE. Questi pazienti hanno un GFR <15 ml/min e per essi, come da linee guida e Nota 97, vi è controindicazione all'utilizzo di tutti i DOACs. Pertanto, i pazienti rilevati nella prima colonna (solo AVK) in campo verde non presentano criticità, mentre quelli eventualmente rilevati nelle colonne solo DOACs appariranno in campo rosso ad indicare la criticità gestionale e la necessità di un

intervento correttivo per l'elevato rischio emorragico derivante dall'accumulo del DOAC. I pazienti presenti nella colonna AVK o DOACs appaiono in campo grigio: questi pazienti potrebbero aver eseguito lo switch da DOACs a AVK, ma occorre comunque eseguire una revisione della cartella onde escludere possibili errori (switch inverso).

Pazienti con FA (problema aperto) e alto rischio di
ictus trombo-embolico con IRC (Stadio V)
Codice indicatore: A-N9708

1

1

0

0

1

0

PGP nella pratica clinica

La gestione dei pazienti in Nota13 AIFA



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

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

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

Come fare a gestire tanta complessità? GPG ci mette a disposizione uno strumento potentissimo nella sezione “Appropriatezza e Note AIFA → Statine (Nota 13)” (**Fig. 1**).



Fig. 1 Indicatori riguardanti l'appropriatezza prescrittiva delle statine secondo la Nota 13 AIFA

Gli indicatori da A-S01 a A-S07 contemplano le condizioni cliniche previste dalla Nota 13 che autorizzano la prescrizione delle statine a carico del Sistema Sanitario Nazionale. In particolare: A-S06 si riferisce ai pazienti a rischio "intermedio", A-S07 ai pazienti a rischio "alto", A-S08 ai pazienti a rischio "molto alto".

Alla colonna del numero totale dei pazienti che soddisfano i criteri dell'indicatore, segue la colonna dei pazienti in trattamento con farmaci in fascia A, verosimilmente appropriato, e quello dei pazienti non in trattamento, in tal caso inappropriatezza da mancata prescrizione, ma si tenga presente che secondo le limitazioni della Nota 13 nei pazienti a basso rischio (indicatore A-S04) il trattamento farmacologico non è appropriato perché è sufficiente apportare modifiche agli stili di vita; i pazienti con criticità gestionale sono dunque quelli in trattamento in fascia A.

Esaminando i pazienti in trattamento appropriato, però, non abbiamo esaurito tutti gli aspetti della valutazione di appropriatezza della terapia con statine. Infatti, i pazienti che sono rappresentati nelle caselle a sfondo verde non necessariamente stanno ricevendo un trattamento appropriato.

Per esempio, analizziamo i soggetti a rischio elevato (indicatore A-S07) in terapia con statine di primo livello. (Fig. 2).

www.escardio.org'. A 'Trattamento con ipolipemizzanti nell'ultimo anno di 8710 BIANCHI178' section is also visible."/>

Fig. 2 Elenco dei pazienti a rischio cardiovascolare elevato trattati con statine di primo livello

Cliccando sul link corrispondente otteniamo la tabella riprodotta nella **Figura 2** dalla quale appare evidente che solo alcuni pazienti raggiungono, come previsto dalla stessa Nota 13, un livello di colesterolo LDL 100 mg/dl.

Il motivo potrebbe essere aver utilizzato una statina di primo livello e, quindi, di più bassa efficacia (inerzia terapeutica). Nei pazienti a bassa o media intensità di trattamento il mancato raggiungimento del target potrebbe essere dovuto principalmente all'utilizzo discontinuo del farmaco piuttosto che al dosaggio insufficiente o alla scelta della molecola.

È evidente che un'analisi così dettagliata dell'utilizzo delle statine ci consente di effettuare interventi correttivi che vanno nella direzione della appropriatezza prescrittiva e, in ultima analisi, del massimo beneficio per il paziente.

Gli ultimi tre indicatori da A-S09 a A-S11 rilevano ulteriori aspetti dell'appropriatezza prescrittiva delle statine; in particolare ci permettono di identificare quei pazienti, trattati o no, per i quali non è possibile valutare lo score di rischio per assenza di dati registrati, i pazienti ultraottantenni trattati o no senza eventi vascolari e non ad alto rischio CV, ed infine i pazienti che non soddisfano i criteri di selezione per il calcolo dello score, anche in questo caso trattati o non trattati.

2.5 Vaccinazioni

La prevenzione ha ormai un ruolo cruciale nel processo di cura e presa in carico. La vaccinazione risulta una delle più storiche e importanti forme di prevenzione che possano essere eseguite.

Ne è un esempio la recente pandemia da SARS-CoV-2 che ha messo in evidenza quella che è la portata dell'arma vaccinale, o, più indietro, l'eradicazione di malattie infettive come il vaiolo o la poliomielite (quest'ultima nel nostro Paese).

Lo Stato ha il dovere di garantire la tutela della salute di tutti i cittadini, sia salvaguardando l'individuo malato che necessita di cure sia tutelando l'individuo sano. L'Art. 32 della Costituzione sancisce infatti che "la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti". Nell'ambito della governance clinica, e più in generale della prevenzione e gestione delle malattie croniche e delle loro complicanze, nonché sulla base del Chronic Care Model (CCM) nella versione estesa del Kaiser Permanente, la prevenzione intesa nel senso più ampio possibile rappresenta uno dei pilastri fondamentali per il mantenimento dello stato di salute e per la sostenibilità del sistema sanitario. Il MMG, osservatore privilegiato e strategico nell'ambito delle cure primarie, rappresenta il cardine della medicina preventiva proattiva; tra i suoi compiti professionali la pratica vaccinale è senza dubbio uno degli interventi più costo-efficaci e sicuri, connotato da evidenze di valenza sociale, etica ed economica talmente rilevanti da poter definire la prevenzione un sistema di "investimento" in salute. L'obiettivo dei programmi di prevenzione vaccinale è, infatti, quello di conferire uno stato di protezione contro le malattie infettive e diffuse sia nei sani sia nei soggetti con patologie croniche o con fattori di vulnerabilità. La strategia non si basa su un approccio "di massa", ma è specificatamente orientata alla selezione di gruppi di popolazione "a rischio", per età, patologie associate o particolari condizioni (ad es. gravidanza, categorie professionali, istituzionalizzazione), di esiti gravi legati alla specifica infezione o di andare incontro a progressione della cronicità di base. Naturalmente, l'obiettivo più generale è quello di ottenere la riduzione e, quando possibile, l'eradicazione di alcune malattie infettive e in particolare di quelle per le quali non sia disponibile una terapia specifica, come ci ha drammaticamente evidenziato la recente pandemia da SARS-CoV-2. Il coinvolgimento attivo nelle campagne vaccinali dei MMG, sin dai primi anni del nuovo millennio con la vaccinazione stagionale antinfluenzale, ha favorito una vera rivoluzione culturale nell'approccio alla prevenzione, passata dall'essere prevalentemente coattiva (vaccinazioni obbligatorie) ad una prevenzione proattiva, in particolare nell'ambito della popolazione adulta. Tale approccio è tipico della Medicina Generale, in quanto capace di raggiungere tutte le classi sociali e in particolare i soggetti nelle fasce più deboli della popolazione. Il piano nazionale dei vaccini, Piano Nazionale Prevenzione Vaccini (PNPV), sulla scorta dei dati clinico epidemiologici, ha successivamente ampliato l'offerta vaccinale per la popolazione adulta: non solo vaccinazione antinfluenzale, ma anche vaccinazione anti COVID-19, anti pneumococcica, contro l'Herpes Zoster, e ancora anti DTPa, perseguiendo quel "valore sociale" della pratica vaccinale, espresso dal fenomeno della protezione comunitaria ottenibile, per molti vaccini, a seguito del raggiungimento di un'elevata copertura immunitaria nella popolazione bersaglio.

Difatti, ogni tre-quattro anni o con cadenza superiore viene aggiornato e pubblicato il PNPV (attualmente relativo al periodo 2023-2025).

Il PNPV e il relativo Calendario nazionale vaccinale hanno lo scopo primario di armonizzare le strategie vaccinali messe in atto nel Paese per garantire alla popolazione, indipendentemente da luogo di residenza, reddito, livello socioculturale e status giuridico, i pieni benefici derivanti dalla vaccinazione. La vaccinazione difatti va intesa come strumento di protezione sia individuale sia collettiva da realizzarsi attraverso l'equità nell'accesso a vaccini di elevata qualità, sotto il profilo di efficacia e sicurezza, e disponibili nel tempo (prevenendo, il più possibile, situazioni di carenza) e a servizi di immunizzazione di livello eccellente.

Il più recente PNPV integra il Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) 2020-2025, che rappresenta uno degli strumenti per dare attuazione al Livello essenziale di assistenza (LEA) "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", anche attraverso le strategie vaccinali da applicare in maniera uniforme nel Paese.

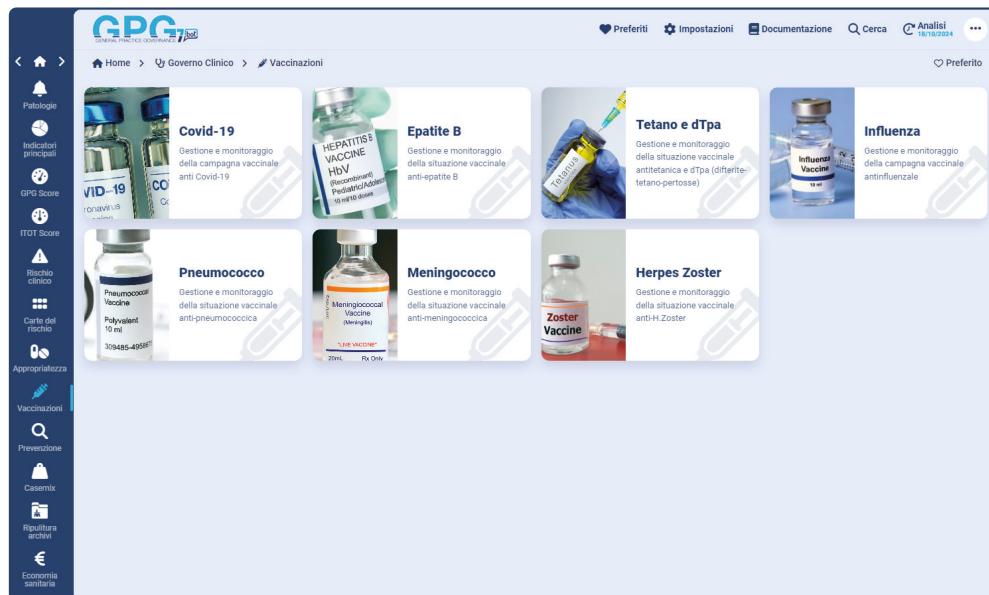
Il nuovo Calendario, insieme alle vaccinazioni offerte attivamente e gratuitamente per fascia d'età, indica anche le vaccinazioni raccomandate a particolari categorie a rischio (per condizione medica, esposizione professionale, eventi occasionali, vulnerabilità sociali ed economiche). Per quanto riguarda i vaccini anti COVID-19 e anti-Mpox e la vaccinazione antinfluenzale si rimanda rispettivamente alle specifiche indicazioni del Ministero della Salute e alla circolare annuale contenente le raccomandazioni per la prevenzione e controllo dell'influenza.

Nel PNPV, inoltre, vengono individuate alcune aree prioritarie di azione, una serie di obiettivi specifici e i relativi indicatori di monitoraggio, tenendo conto delle specifiche necessità e criticità registrate nelle Regioni e nel Paese durante i precedenti programmi di immunizzazione.

Gli obiettivi individuati dal PNPV 2023-2025 sono:

- mantenere lo stato polio free
- raggiungere e mantenere l'eliminazione di morbillo e rosolia
- rafforzare la prevenzione del cancro della cervice uterina e delle altre malattie HPV correlate
- raggiungere e mantenere le coperture vaccinali target rafforzando governance, reti e percorsi di prevenzione vaccinale
- promuovere interventi vaccinali nei gruppi di popolazione ad alto rischio per patologia, favorendo un approccio centrato sulle esigenze del cittadino/paziente
- ridurre le diseguaglianze e prevedere azioni per i gruppi di popolazione difficilmente raggiungibili e/o con bassa copertura vaccinale
- completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali regionali e mettere a regime l'anagrafe vaccinale nazionale
- migliorare la sorveglianza delle malattie prevenibili da vaccino
- rafforzare la comunicazione in campo vaccinale
- promuovere nei professionisti sanitari la cultura delle vaccinazioni e la formazione in vaccinologia.

I programmi di prevenzione vaccinale hanno due principali obiettivi: da un lato, a livello individuale, mirano a proteggere le persone dal rischio di contrarre specifiche infezioni e dalle potenziali conseguenze negative, sia a breve che a lungo termine, comprese malattie gravi, ospedalizzazioni e morte. Dall'altro, a livello collettivo, puntano a ridurre la diffusione di patogeni trasmissibili all'interno della comunità, mediante il controllo, l'eliminazione o, se possibile, l'eradicazione di alcune malattie infettive, contrastando così anche il rischio di epidemie.

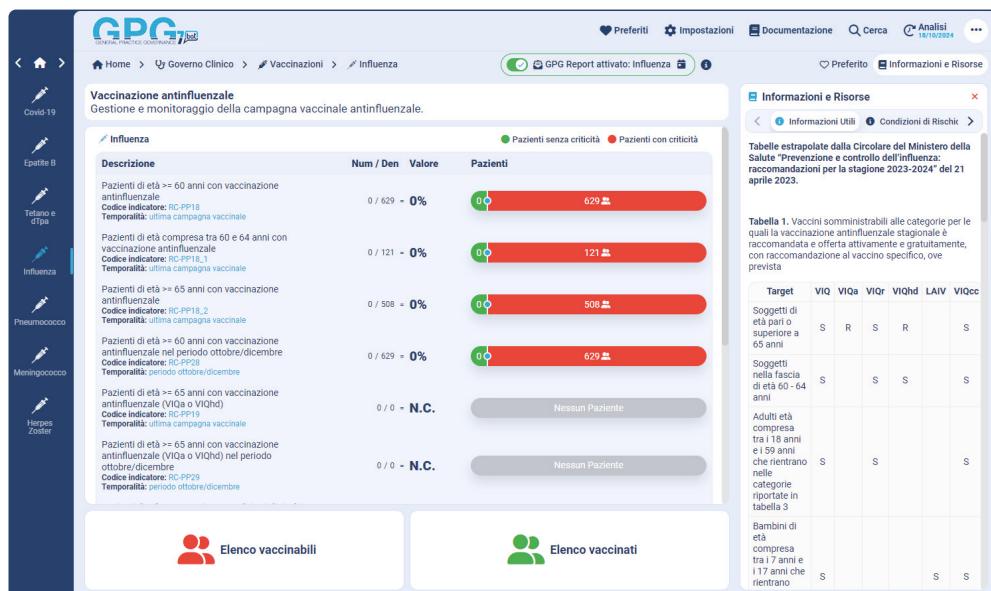
The screenshot shows the GPG (Governo Clinico) platform interface. The top navigation bar includes 'GPG', 'Governo Clinico', 'Vaccinazioni', 'Preferiti', 'Impostazioni', 'Documentazione', 'Cerca', 'Analisi', and a date '16/10/2024'. The left sidebar has a vertical list of icons: 'Patologie', 'Indicatori principali', 'GPG Score', 'ITOT Score', 'Rischio clinico', 'Carte del rischio', 'Appropriatezza', 'Vaccinazioni', 'Prevenzione', 'Casemix', 'Registrazione archivi', 'Economia sanitaria'. The main content area displays eight vaccination programs in cards: 'Covid-19' (Gestione e monitoraggio della campagna vaccinale anti Covid-19), 'Epatite B' (Gestione e monitoraggio della situazione vaccinale anti-epatite B), 'Tetano e dTpa' (Gestione e monitoraggio della situazione vaccinale antitetanica e dTpa (difterite-tetano-pertosse)), 'Influenza' (Gestione e monitoraggio della campagna vaccinale antinfluenzale), 'Pneumococco' (Gestione e monitoraggio della situazione vaccinale anti-pneumococcica), 'Meningococco' (Gestione e monitoraggio della situazione vaccinale anti-meningococcica), 'Herpes Zoster' (Gestione e monitoraggio della situazione vaccinale anti-H. Zoster), and 'Varicella' (Gestione e monitoraggio della situazione vaccinale anti-Varicella). Each card includes a small image of a vaccine vial or syringe.

PGP, come strumento di governance, mette a disposizione del medico un modulo specifico che permette di monitorare la copertura vaccinale della popolazione assistita e gestire in maniera ottimale, secondo le indicazioni del PNPV e delle Regioni, la campagna vaccinale stagionale antinfluenzale e le vaccinazioni raccomandate per la popolazione adulta, anche quelle straordinarie come quella per l'infezione da SARS-CoV-2. Come per la stagione 2023-2024, anche quest'anno il Ministero della Salute ha previsto l'avvio di una nuova campagna vaccinale insieme a quella antinfluenzale 2024/25, con l'utilizzo di una nuova formulazione di vaccini a mRNA e proteici (aggiornata alla variante JN.1) con "l'obiettivo di prevenire la mortalità, le ospedalizzazioni e le forme gravi di SARS-CoV-2 nelle persone anziane e con elevata fragilità, e proteggere le donne in gravidanza e gli operatori sanitari".

L'allegato 2 alla circolare del Ministero della Salute, cui si rimanda, individua le categorie target cui la vaccinazione va prioritariamente offerta; a richiesta e previa disponibilità di dosi, la vaccinazione può essere resa disponibile anche a coloro che non rientrano nelle categorie di rischio individuate. La vaccinazione, infatti, è comunque consigliata anche a familiari, conviventi e caregiver di persone con gravi fragilità e in fase di avvio della campagna dovrà essere resa disponibile anche per i soggetti di età oltre 80 anni, per gli ospiti di strutture per lungodegenti, per soggetti

con elevata fragilità, specie se con compromissione del sistema immunitario, per gli operatori sanitari e sociosanitari e che non rientrano nelle categorie per le quali la vaccinazione è raccomandata. Il MMG ha comunque piena libertà nell'offrire attivamente la vaccinazione a soggetti che non dovessero rientrare nelle categorie di rischio, ma che, sulla base della conoscenza della situazione clinica, presentano condizioni di alto rischio per aggravamento della malattia di base o per forme gravi di COVID-19. Attualmente, GPG oltre alla vaccinazione antinfluenzale e a quella anti COVID-19, permette il monitoraggio della vaccinazione anti-pneumococcica, anti-H. Zoster, anti-epatite B, anti-meningococcica, antidifterite-tetano-pertosse (dTpa); quasi tutte praticate direttamente nello studio del MMG.

Gli indicatori di ciascuna sezione stratificano la popolazione degli assistiti sulla base di criteri anagrafici o di rischio definiti dal PNPV e dalle regioni permettendo sia di identificare le coorti di pazienti a rischio cui offrire attivamente e/o prioritariamente la vaccinazione che di verificare i pazienti già sottoposti a vaccinazione. Gli indicatori altresì permettono di valutare il livello di copertura vaccinale e l'aderenza agli obiettivi definiti dai piani di prevenzione nazionale e regionale.



Nella sezione **Influenza** del modulo **"Vaccinazioni"**, come in tutte le altre sezioni, il valore percentuale di ciascun indicatore misura il livello di copertura vaccinale nelle varie coorti di pazienti; il numeratore, il cui valore appare in verde nel campo pazienti, individua i soggetti vaccinati, mentre il valore in campo rosso permette di ottenere l'elenco dei pazienti mai vaccinati o non ancora vaccinati nel corso della campagna vaccinale stagionale. Per questi ultimi occorre adottare procedure di richiamo attivo per convocarli e somministrare la dose di vaccino o, in alternativa, procedere al counselling educazionale finalizzato ad aumentare la consapevolezza dell'utilità della vaccinazione.

I due campi in basso, a fondo pagina, forniscono gli elenchi dei pazienti potenzialmente vaccinabili o vaccinati. Permettono di stratificare la popolazione secondo le indicazioni ministeriali oltre che produrre il report da trasmettere alle aziende sanitarie ove previsto dagli accordi regionali.



Il campo **Elenco Vaccinati** permette di visualizzare l'elenco dei pazienti sottoposti a vaccinazione (es. antinfluenzale) in un determinato arco temporale definito secondo le personali necessità (ultimo mese, ultimo trimestre, etc.). Oltre ai dati anagrafici, l'elenco visualizza per ogni paziente la categoria di rischio aggiornate sulla base dei nuovi criteri nazionali o regionali, il tipo di vaccino somministrato con il codice del Ministero della salute e nome commerciale, il lotto e la data di scadenza del lotto, eventuali note, la sede di esecuzione se diversa, e ancora altre indicazioni riguardanti le comorbidità, la complessità, l'aspettativa di vita e l'indice di fragilità stimato mediante il Frailty Index sviluppato da HS.

Vaccinazioni nell'adulto

Indicare il periodo di osservazione

Dal: 24/09/2023 al: 24/09/2024

Escludi i pazienti con il flag 'Non eseguito' in cartella clinica

Conferma

Pazienti vaccinati per la protezione dall'influenza stagionale (inclusi deceduti e revocati)

ELENCO PAZIENTI REPORT MINISTERIALE

Varibili Demografiche Vaccino Variabili Cliniche

Pazienti (321)

Cerca

Cognome	Nome	Sesso	Data Nascita	Età	Revoca	Decesso	Data Somministrazione	Fascia d'età	Categoria	Tipo vaccino	Minsan	Farmaco	Lotto
BIANCHI1000	0001	M	02/04/1930	64	28/04/2025		26/10/2023	60-64	VIQ	044898029	VAXIGRIP TETRA*10SIR+AGO 23-24	X3F5	
BIANCHI1001	1001	F	24/10/1969	55		14/11/2023	>=65	VIQhd	048644049	EFUUELDA*1SIR+AGO 23-24	U008		
BIANCHI1002	2001	M	24/04/1974	50		24/10/2023	>=65	VIQa	048797031	FLUAD TETRA*10SIR+AGO 23-24	68197		
BIANCHI1003	3001	M	19/07/1965	59		12/12/2023	>=65	VIQa	048797031	FLUAD TETRA*10SIR+AGO 23-24	68197		
BIANCHI1004	4001	M	21/05/1944	80		28/11/2023	60-64	VIQ	044898029	VAXIGRIP TETRA*10SIR+AGO 23-24	X3F5		
BIANCHI1005	5001	M	30/11/1933	91		29/11/2023	>=65	VIQa	048797031	FLUAD TETRA*10SIR+AGO 23-24	68197		
BIANCHI1006	6001	F	15/10/1954	70		28/11/2023	>=65	VIQa	048797031	FLUAD TETRA*10SIR+AGO 23-24	68197		
BIANCHI1007	7001	M	07/01/1953	72		09/11/2023	>=65	VIQhd	048644049	EFUUELDA*1SIR+AGO 23-24	U008		
BIANCHI1008	8001	M	16/11/1956	68		17/10/2023	>=65	VIQa	048797031	FLUAD TETRA*10SIR+AGO 23-24	68197		
BIANCHI1009	9001	M	18/02/1965	60		19/12/2023	>=65	VIQ	044898029	VAXIGRIP TETRA*10SIR+AGO 23-24	X3010		
BIANCHI1010	0101	F	01/10/1955	69		14/12/2023	45-59	VIQ	044898029	VAXIGRIP TETRA*10SIR+AGO 23-24	X3010		
BIANCHI1011	1101	F	07/03/1987	38		03/11/2023	>=65	VIQa	048797031	FLUAD TETRA*10SIR+AGO 23-24	68197		
BIANCHI1012	2101	M	07/12/1983	41		24/10/2023	>=65	VIQa	048797031	FLUAD TETRA*10SIR+AGO 23-24	68197		
BIANCHI1013	3101	F	26/10/1966	58	28/12/2023	09/11/2023	>=65	VIQa	048797031	FLUAD TETRA*10SIR+AGO 23-24	68197		
BIANCHI1014	4101	M	21/07/1960	64		19/10/2023	>=65	VIQa	048797031	FLUAD TETRA*10SIR+AGO 23-24	68197		
BIANCHI1020	0201	F	22/09/1966	58		16/11/2023	60-64	VIQ	044898029	VAXIGRIP TETRA*10SIR+AGO 23-24	X3F5		
BIANCHI1021	1201	F	23/09/1964	60		25/10/2023	60-64	VIQ	044898029	VAXIGRIP TETRA*10SIR+AGO 23-24	X3F5		

15 30 60

Pagina 1 su 11 (321 righe) < 1 2 3 4 5 ... 11 >

* La categoria di rischio viene assegnata soltanto sulle vaccinazioni della campagna vaccinale corrente

Avvini **Registri** **E-mail** **Visualizza paziente in MW**

Pazienti vaccinati per la protezione dall'influenza stagionale (inclusi deceduti e revocati)

ELENCO PAZIENTI **REPORT MINISTERIALE**

	15-17 anni	18-44 anni	45-59 anni	60-64 anni	>65 anni	Totali complessivo
Totali complessivo	1	20	34	24	242	321

Stampa **Salva Excel** **Salva PDF**

Avvini **Registri** **E-mail** **Visualizza paziente in MW**

La pagina **Report Ministeriale** invece visualizza dati di popolazione aggregati con il numero dei pazienti vaccinati, stratificati secondo le varie categorie di rischio e le fasce d'età, oltre ai totali per categoria e complessivo. L'elenco dei pazienti e il report soddisfano in alcune regioni il debito informativo secondo gli Accordi Regionali e permettono di verificare l'appropriatezza della vaccinazione eseguita.

Il campo a sinistra permette di visualizzare l'elenco dei **Pazienti Vaccinabili**, in pratica tutta la popolazione degli assistiti, con indicazione dei dati anagrafici, fascia d'età oltre a data della vaccinazione eventualmente eseguita nel corso dell'ultima campagna vaccinale, indicazione delle patologie croniche eventualmente presenti, come da indicazioni del PNPP e della circolare ministeriale del 20/05/2024 ad oggetto "Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2024-2025", come già descritto a proposito dei vaccinati, le indicazioni circa le comorbilità, la complessità, l'aspettativa di vita e il Livello fragilità (Frailty-HS).

 Elenco vaccinabili

Pazienti vaccinabili per la protezione dall'influenza stagionale

ELENCO PAZIENTI **REPORT MINISTERIALE**

	9-14 anni	15-17 anni	18-44 anni	45-59 anni	60-64 anni	>65 anni	Totali complessivo
Totali complessivo	3	23	475	395	119	529	1.544

Stampa **Salva Excel** **Salva PDF**

Avvini **Registri** **E-mail** **Visualizza paziente in MW**

La pagina **Report Ministeriale**, di conseguenza, rappresenta tutta la popolazione stratificata per categorie di rischio e fasce d'età e può essere utilizzato per pianificare la campagna vaccinale e richiedere le dosi di vaccino necessarie.

Gli elenchi sono dinamici e permettono di eseguire ulteriori selezioni secondo le personali necessità in modo da ottenere coorti di pazienti selezionate sulla base delle variabili demografiche e cliniche disponibili. GPG mette dunque a disposizione del medico uno strumento di supporto di semplice utilizzo che lo sosterrà nella complessa attività di selezione, offerta e pianificazione della campagna vaccinale stagionale antinfluenzale in particolare nei pazienti a rischio di complicanze e morte, dalla stima delle dosi di vaccino necessarie fino alla comunicazione del report finale alla Azienda Sanitaria. La legge 119/2017 ha rimarcato il ruolo fondamentale e strategico dei MMG e dei Pediatri di Libera Scelta nella prevenzione vaccinale, prevedendo in modo diretto il loro coinvolgimento con funzioni certificative. Già precedenti atti normativi citavano l'importanza del MMG nell'attività di prevenzione vaccinale: l'art.45 dell'A.C.N. infatti sottolinea che la pratica vaccinale nei confronti dei propri assistiti rientra, non solo nei doveri generici, ma anche tra gli obblighi del medico.

Occorre inoltre ricordare che il Medico di Medicina Generale, nello svolgere la sua attività a livello territoriale, collabora con il Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica, come previsto fin dalla istituzione del SSN con la L. 833/78 e il D.lgs. 502/92. Il coinvolgimento attivo dei MMG nella gestione dei pazienti con infezione da SARS-CoV-2 e nella campagna vaccinale ne è stata la diretta conseguenza e GPG ha fornito al medico un potente strumento di selezione e verifica degli interventi vaccinali permettendo di ottenere, laddove esisteva un flusso di dati bidirezionale con il dipartimento di prevenzione, un quadro preciso dei pazienti target da vaccinare prioritariamente e del livello di copertura vaccinale nell'intera popolazione assistita. Il PNPD si è posto ambiziosi obiettivi ed ha ampliato l'offerta vaccinale per la popolazione adulta, per gli anziani e i soggetti a rischio, attribuendo ulteriore rilevanza al ruolo della medicina di famiglia nelle nuove sfide.

Se infatti il contributo della Medicina Generale ha permesso il raggiungimento di coperture rilevanti per la vaccinazione antinfluenzale negli ultrasessantacinquenni, ne deriva che tale contributo potrebbe e dovrebbe oggi essere esteso ad esempio agli altri vaccini tipici dell'età avanzata e delle categorie a rischio, ossia l'anti COVID-19 e l'anti-H.Zoster. A questo riguardo occorre migliorare conoscenze e competenze e appare evidente la necessità di un aggiornamento professionale sia sulle potenzialità delle nuove strategie immunitarie sia per l'organizzazione delle campagne vaccinali, ottimizzando l'uso delle tecnologie informatiche in dotazione, facilitando i dialoghi con i pazienti sugli aspetti meno conosciuti o controversi, favorendo i lavori d'equipe in stretta connessione con i servizi delle ASL e snellendo i tempi e le modalità di somministrazione dei vaccini. In quest'ottica il modulo "Vaccinazioni" del GPG rende disponibile la sezione per la gestione efficace e il monitoraggio delle vaccinazioni anti COVID-19 e anti-H.Zoster.

Vaccinazione anti COVID-19
Gestione e monitoraggio della campagna vaccinale anti COVID-19.

Per consultare una lista dettagliata cliccare su "Elenco Vaccinabili".

Sono conteggiati anche tutti i pazienti che sono stati invitati e NON hanno eseguito la vaccinazione anti COVID-19.

Covid-19

Descrizione	Num / Den	Valore	Pazienti
Pazienti di età >= 80 anni con vaccinazione anti COVID-19 Codice indicatore: RC-PP51 Temporali: ultima campagna vaccinale	0 / 177	0%	0 177
Pazienti di età >= 60 anni con vaccinazione anti COVID-19 Codice indicatore: RC-PP47 Temporali: ultima campagna vaccinale	0 / 631	0%	0 631
Pazienti di età <= 59 anni con condizioni di rischio e con vaccinazione anti COVID-19 Codice indicatore: RC-PP48 Temporali: ultima campagna vaccinale	0 / 269	0%	0 269
Pazienti donne in gravidanza o nel periodo postpartum comprese le donne in allattamento con vaccinazione anti COVID-19 Codice indicatore: RC-PP49 Temporali: ultima campagna vaccinale	0 / 7	0%	0 7

Elenco vaccinabili

Elenco vaccinati

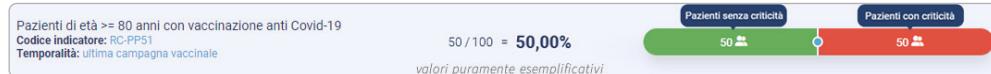
Informazioni e Risorse

Indicazioni e raccomandazioni per la campagna di vaccinazione autunno/inverno 2024/2025 anti COVID-19 (CIRCOLARI del Ministero della Salute n. 27825).

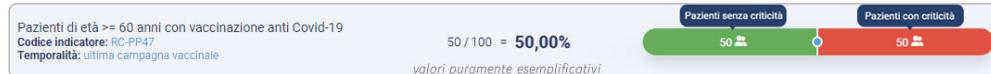
- la campagna nazionale di vaccinazione autunno e invernale anti COVID-19 si avrà dei vaccini adattati alla variante JN.1;
- una dose di richiamo del vaccino aggiornato a JN.1 viene somministrata alle persone indicate nella campagna 2 (o via di seguito). La dose di richiamo è annuale. L'aver contratto una infezione da SARS-CoV-2, anche recente, dopo il precedente richiamo, non rappresenta una contraindica zione alla somministrazione del vaccino adattato a JN.1 già autorizzato da EMA ed AIFA e nella disponibilità del Ministero della Salute in virtù del contratto in essere, è Comirnaty JN.1;
- come da RCP, prima singola dose di Comirnaty JN.1 anche per coloro che non sono mai stati vaccinati (ciclo primario). La distanza dalla dose di vaccino anti-COVID-19 più recente deve essere di almeno tre mesi;
- per i bambini di almeno 6 anni compresi che non hanno completato un ciclo primario di vaccinazione anti-COVID-19 o senza storia di infezione pregressa da SARS-CoV-2, il RCP di Comirnaty JN.1 deve essere inviato, 3 dosi (di cui la seconda a 3 settimane dalla prima e la terza a 8 settimane dalla seconda);
- in Allegato 3 vengono riportate le principali caratteristiche dei farmaci e dei vaccini disponibili. Si invita quindi al RCP, integrato per ulteriori dettagli, disponibile sul sito di AIFA nella banca dati "cerca un farmaco" al link: <https://medicinali.ifa.gov.it>. Allo stesso link è disponibile la guida "Vaccinazioni anti COVID-19";
- è possibile la co-somministrazione dei nuovi vaccini aggiornati con altri vaccini (con particolare riferimento al vaccino

La **sezione COVID-19**, le cui indicazioni e raccomandazioni precedentemente indicate sono riportate nel campo Informazioni e risorse, è stata aggiornata e contiene 4 nuovi indicatori che misurano la copertura vaccinale e permettono di individuare i soggetti non vaccinati relativamente alle categorie di rischio individuate.

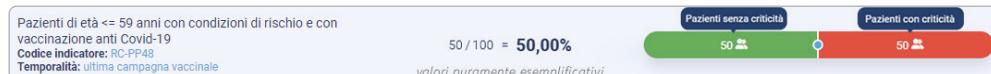
L'indicatore RC-PP51 rileva i pazienti di età ≥ 80 anni sottoposti a vaccinazione anti COVID-19 nell'ultima campagna vaccinale. Si ricorda che tale popolazione è quella in primis destinataria della vaccinazione.



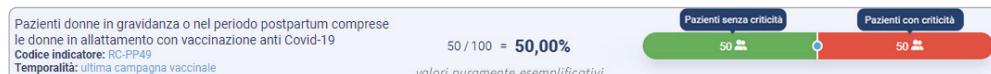
L'indicatore RC-PP47 rileva i pazienti di età ≥ 60 anni sottoposti a vaccinazione anti COVID-19 nell'ultima campagna vaccinale, a prescindere dalla presenza o meno di fattori di rischio e permette di identificare le criticità gestionali, in altre parole permette di ottenere l'elenco dei pazienti che non si sono vaccinati in modo da ottimizzare l'intervento correttivo (richiamo telefonico, invio mail, avviso in cartella).



L'indicatore RC-PP48 individua i pazienti di età minore di 60 anni che presentano invece le condizioni di rischio riportate nell'Allegato 2, sottoposti a vaccinazione anti COVID-19 nell'ultima campagna vaccinale. Come già descritto in precedenza l'indicatore permette di ottenere l'elenco dei non vaccinati in modo da agevolare l'intervento teso a risolvere proattivamente le criticità sia con interventi opportunistici (counselling) sia con il richiamo attivo.



Il quarto ed ultimo **indicatore RC-PP49** permette infine di identificare le donne in stato di gravidanza e quelle nel periodo del postpartum e presumibilmente in fase di allattamento al seno, così come indicato nell'Allegato 2. Anche in questo caso l'elenco delle donne non vaccinate, con criticità gestionale, permette di attuare e ottimizzare le azioni correttive.



Il tasto Elenco Vaccinabili in basso a sinistra visualizza l'elenco di tutti i pazienti in carico non vaccinati nella campagna di vaccinazione autunnale/invernale 2024/2025 e dunque potenzialmente eleggibili alla vaccinazione; oltre ai dati anagrafici le colonne della lista dei pazienti mostrano la data di esecuzione dell'ultimo richiamo del ciclo primario e l'eventuale pregressa infezione da SARS-CoV-2 seguiti dagli score di Rischio Vulnerabilità (CoVId-HS) e Livello fragilità (Frailty-HS).



Pazienti vaccinabili per la protezione dal Covid-19

Pazienti vaccinabili per la protezione dal Covid-19

Variabili Demografiche ▾ Vaccino ▾ Covid19 ▾ Score

Pazienti (1544 righe)

Cerca

Cognome	Nome	Sesso	Data Nascita	Età	Fascia d'età	Codice Fiscale	A-Covid-19	Covid19	Rischio Vulnerabilità (HS)	Rischio Fragilità (HS)
BIANCHI1000	0001	M	02/04/1930	95	>=80	BIA00012A21P456K	01/12/2021		Alto	Alto
BIANCHI1001	1001	F	24/10/1969	55	45-59	BIA10012A21P456K	05/01/2022		Moderato	-
BIANCHI1002	2001	M	24/04/1974	50	45-59	BIA20012A21P456K	10/01/2022		Moderato	-
BIANCHI1003	3001	M	19/07/1965	59	45-59	BIA30012A21P456K	30/12/2021		Alto	-
BIANCHI1004	4001	M	21/05/1944	80	>=80	BIA40012A21P456K	09/12/2021		Alto	Alto
BIANCHI1005	5001	M	30/11/1933	91	>=80	BIA50012A21P456K	01/12/2021		Alto	Moderato
BIANCHI1006	6001	F	15/10/1954	70	60-69	BIA60012A21P456K	29/11/2021		Moderato	Assente
BIANCHI1007	7001	M	07/01/1958	72	70-79	BIA70012A21P456K	15/12/2021		Moderato	Assente
BIANCHI1012	2101	M	07/12/1983	41	18-44	BIA21012A21P456K	21/07/2021		Moderato	-
BIANCHI1013	3101	F	26/10/1966	58	45-59	BIA31012A21P456K	02/11/2021		Moderato	-
BIANCHI1014	4101	M	21/07/1960	64	60-69	BIA41012A21P456K	04/12/2021		Alto	Assente

15 30 60

NB. La lista comprende i pazienti che non hanno effettuato la vaccinazione nella campagna vaccinale corrente

Pagina 1 su 52 (1544 righe) ▾ 1 2 3 4 5 ... 52 ▾

I menu a tendina presenti nella barra delle variabili demografiche permettono di selezionare liste di sottogruppi di pazienti e in particolare il menu Score seleziona sottopopolazioni di pazienti più vulnerabili o più fragili in modo tale da attivare la campagna vaccinale prioritariamente per queste popolazioni a più alto rischio.

Il tasto **Elenco Vaccinati** in basso a destra visualizza invece la lista solo dei pazienti vaccinati in un determinato arco temporale che va impostato nell'apposita finestra prima di procedere con l'estrazione. La lista dei vaccinati mostra per ciascun paziente i dati anagrafici, la categoria di appartenenza secondo le indicazioni dell'Allegato 2, la data di effettuazione della vaccinazione e ancora gli score di Rischio Vulnerabilità (CoVId-HS) e di Livello fragilità (Frailty-HS). Il **campo Dettaglio** visualizza infine per ciascun paziente i dati relativi al vaccino somministrato necessari per soddisfare il debito informativo.

Pazienti vaccinati per la protezione dal Covid-19 (inclusi deceduti e revocati)

ELLENCO PAZIENTI **ELLENCO VACCINAZIONI**

Comunicazione Importante
Gli elenchi proposti sono basati sull'analisi dell'ultima sincronizzazione dati effettuata dalla Cartella Clinica. Si consiglia di controllarne la recenza (in alto a destra) ed eventualmente richiedere una nuova analisi prima di effettuare l'esportazione.

Variabili Demografiche ▾ Score

Pazienti (41 righe)

Cerca

Cognome	Nome	Sesso	Data Nascita	Età	Fascia d'età	Revoca	Decesso	Categoria	A-Covid-19	Rischio vulnerabilità (HS)	Rischio fragilità (HS)	Dettaglio
BIANCHI1000	1000	M	02/04/1930	95	>=85				02/11/2023	Alto	Alto	
BIANCHI1001	1001	F	24/10/1969	55	45-59				21/12/2023	Alto	Moderato	
BIANCHI1002	1002	M	24/04/1974	50	45-59				14/12/2023	Moderato	-	
BIANCHI1003	1003	M	19/07/1965	59	45-59				21/12/2023	Moderato	-	

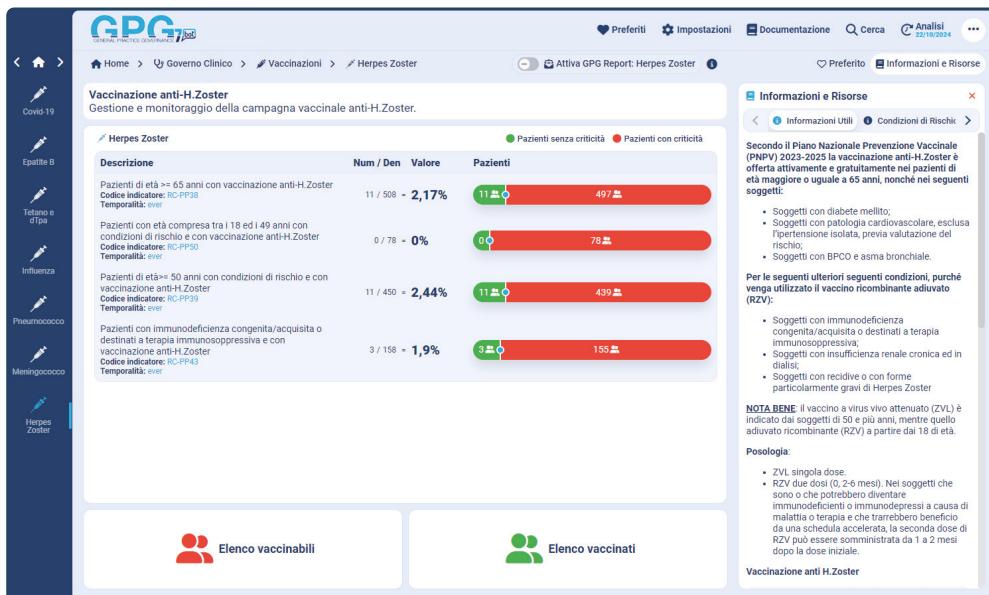
15 30 60

* La categoria di rischio viene assegnata soltanto sulle vaccinazioni della campagna vaccinale corrente

Dettaglio vaccinazione per il paziente N.D. N.D.

CHIUDI DETTAGLIO ▾

Data	Vaccino ASL	Luogo Esecuzione	Richiamo	Sito in.	Via Somm.	Perc. vacc.	Febbre	Ipersens...	Reaz. cutanea...	Spasmi resp.	Altro	Tipo vaccino	Minsan	Farmaco
22/03/2024	✓	-	-	Deltoide destro	Intramuscolare	Campagna vaccinale						mRNA	050813029	COMIRNATY OMIC XBB1.5'10FL

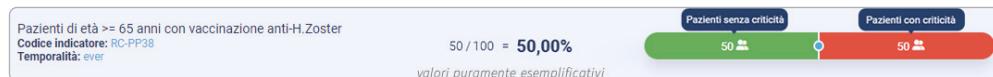


La **vaccinazione anti-H.Zoster** ha particolare rilevanza nei soggetti ultrasessantacinquenni e in alcune categorie di pazienti a rischio già dopo i 18 anni di età. Il vaccino ha dimostrato di ridurre di circa il 65% i casi di nevralgia post-erpetica, una delle complicanze più frequenti e debilitanti della malattia e di circa il 50% di tutti i casi clinici di zoster. La vaccinazione pertanto deve essere offerta attivamente alla coorte di pazienti di 65 anni di età, agli anziani e ai soggetti a rischio di oltre 18 anni. Oltre al vaccino a virus vivo attenuato (ZVL), da alcuni anni è disponibile un nuovo vaccino ricombinante adiuvato (RZV) che ha specifica indicazione nei pazienti con immunodeficienza, nei pazienti con MRC o in dialisi, nei soggetti con recidive o con forme gravi di Herpes Zoster, oltre al fatto che può essere somministrato a partire dai 18 anni di età.

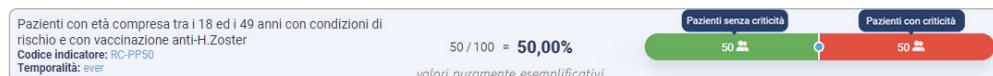
Anche la sezione Herpes Zoster del modulo Vaccinazioni permette di estrarre l'elenco dei pazienti vaccinati con indicazione dei dati anagrafici, della data della vaccinazione eventualmente eseguita, con una o due dosi secondo il vaccino somministrato (dose unica di vaccino ZVL o due dosi di vaccino RZV), e dei fattori di rischio eventualmente presenti; come già visto per le altre sezioni è possibile ottenere l'elenco di tutti i pazienti potenzialmente vaccinabili nel quale è possibile valutare tutta la popolazione assistita e verificare chi non sia stato ancora vaccinato. Gli elenchi estratti consentono di filtrare i pazienti sulla base di diverse variabili, demografiche o cliniche, in modo da ottenere elenchi di sottogruppi di pazienti utilizzabili per l'organizzazione e ottimizzazione della campagna vaccinale.

La sezione Herpes Zoster contiene quattro indicatori che permettono di identificare immediatamente le criticità gestionali, cioè quei soggetti ai quali sulla base del PNPV occorre offrire attivamente la vaccinazione.

L'indicatore RC-PP38 identifica i soggetti di età maggiore o uguale a 65 anni vaccinati per Herpes Zoster; il valore percentuale dell'indicatore è indice del livello di copertura vaccinale raggiunto dal medico che secondo il PNPV deve essere superiore al 50%. Il numero sul campo rosso dell'istogramma indica quanti sono i pazienti di età ≥ 65 anni non vaccinati per i quali occorre procedere con il richiamo attivo e l'eventuale counselling utilizzando l'apposito elenco.



L'indicatore RC-PP50 identifica i pazienti di età compresa tra 18 e 49 anni che presentano condizioni di rischio per i quali è indicato il vaccino RZV. La lista dei pazienti identificati in area critica permette di valutare i pazienti e identificare i soggetti a rischio cui offrire attivamente la vaccinazione.



L'indicatore RC-PP39 analizza il livello di copertura vaccinale dei soggetti con i fattori di rischio sopraccitati di età compresa tra 50 e 65 anni; anche in questo caso è possibile ottenere l'elenco dei pazienti con criticità, cioè l'elenco dei non vaccinati, e procedere come di consueto con le varie possibilità offerte dal GPG (elenco esportato o stampato, avvisi in cartella, invio e-mail di richiamo, visualizzare la cartella del paziente) in modo da ottimizzare l'intervento correttivo.



L'indicatore RC-PP43 infine identifica i pazienti immunodepressi che sono stati vaccinati e permette di individuare quei pazienti con criticità per i quali vi è indicazione elettiva alla vaccinazione con vaccino ricombinante in due dosi (pazienti con immunodeficienza acquisita HIV, neoplastici in CHT, pazienti in trattamento con anticorpi monoclonali etc.).



GPG attualmente permette di gestire e monitorare anche la vaccinazione dell'epatite B, del tetano e della DTPA dell'adulto, della vaccinazione anti-meningococcica, come da raccomandazioni del PNPV. Nel corso dell'età adulta, infatti, è opportuna la somministrazione periodica (ogni 10 anni) della vaccinazione difterite-tetano-pertosse (dTpa), in particolare negli anziani, con dosaggio per adulto, che deve essere offerta in modo attivo, trovando anche le occasioni opportune per tale offerta.

Allo stesso modo in caso sussistano situazioni epidemiologiche di rischio anche per l'età adulta, è opportuno somministrare una dose di vaccino quadrivalente meningococcico ACYW135, o contro l'epatite B. Il Medico di Medicina Generale, dunque, è sempre impegnato attivamente nella promozione della vaccinazione nell'adulto, sia che la pratichi direttamente nello studio (medicina di iniziativa) sia che essa venga

eseguita presso i dipartimenti di prevenzione; in questo caso è compito del medico cogliere l'occasione per suggerire al paziente la o le vaccinazioni consigliate e fornire le informazioni corrette al riguardo. GPG, quale strumento per la governance, non solo permette di gestire e monitorare la campagna vaccinale dell'adulto ma anche, grazie al GPG Tutor presente in tutte le sezioni del modulo vaccinazioni, di fornire documenti informativi e formativi aggiornati oltre a hand out per l'informazione e l'educazione del paziente.

2.6 Prevenzione

La prevenzione è l'unica strada percorribile per contrastare l'epidemia delle cronicità e il MMG è l'unico professionista sanitario in grado di attuarla grazie alla sua posizione strategica e del tutto peculiare nell'ambito del sistema sanitario.

The screenshot shows the GPG software interface with the 'Prevenzione' module highlighted. The interface includes a sidebar with links to 'Governo Clinico', 'Self-Service', 'GPG Patient', 'GPG Network', 'GPG Tutor e Fab ECM', and 'GPG Report'. The main content area displays various modules: Patologie, Indicatori principali, GPG Score, ITOT Score, Rischio clinico, Carte del rischio, Appropriatezza e Note AIFA, Vaccinazioni, Casemix e comorbidità, Ripulitura archivi, and Economia sanitaria. The 'Prevenzione' module is specifically highlighted with a red border.

GPG sostiene il MMG anche in questo delicato compito professionale; con il modulo Prevenzione è possibile identificare i pazienti a rischio per i quali non sono documentati, e verosimilmente non sono stati eseguiti, i controlli preventivi o gli interventi di screening in ambito di prevenzione primaria e secondaria, utili a ridurre la prevalenza delle malattie croniche e delle loro complicanze. In ambito di Prevenzione Primaria i moduli che analizzano l'attività fisica, il BMI, la condizione di fumatore, l'abitudine al potus in definitiva misurano quelle attività di counselling che il medico esegue abitualmente ogni giorno; gli interventi sugli stili di vita hanno notevole importanza in ambito di prevenzione primaria, ma gran parte delle volte purtroppo non risultano registrati in cartella, non sono pertanto rilevabili con GPG e non è possibile dimostrare che siano stati realmente eseguiti. Occorrerà verificare i dati presenti nelle cartelle dei pazienti che presentano criticità gestionali, sempre

rilevati nel segmento rosso dei vari indicatori, e aggiornarli in modo da completare la valutazione e intervenire con attività di counseling finalizzate a modificare gli stili di vita inappropriate. In ambito di prevenzione secondaria GPG permette di intervenire su vari aspetti della pratica clinica e sulle attività di screening in pazienti a rischio. Ne sono esempio lo screening per l'epatite C e HIV, lo screening dei pazienti con possibile celiachia. In ambito diabetologico individua i soggetti a rischio che non hanno eseguito i controlli di prevenzione del DM2 finalizzati ad evitare o ritardare la comparsa della malattia. E ancora pazienti a rischio di MRC, quelli con possibile scompenso cardiaco, o pazienti in terapia con FANS o ASA a rischio emorragico senza profilassi delle emorragie gastrointestinali, gli screening di prevenzione per il CCR, per il K mammario e quello della cervice uterina, i pazienti con una qualche familiarità patologica, compresa l'ipercolesterolemia familiare.

PGP nella pratica clinica

Prevenzione e appropriatezza diagnostica con GPG.



Ho pazienti con patologie misconosciute tra i miei assistiti?

Il self-audit sul diabete mi ha fatto notare che ho troppo pochi pazienti diabetici rispetto alla prevalenza dichiarata nelle casistiche ufficiali.

Ci sono pazienti diabetici misconosciuti tra i miei assistiti?

La "prevalenza" di una malattia cronica è un indicatore molto importante. È data dal rapporto tra il numero di casi osservati ed il numero di soggetti nella popolazione in esame ed è espressione di molte variabili tra cui la suscettibilità ad ammalare, condizionata da fattori genetici ed ambientali, e la sopravvivenza. La prevalenza, inoltre, è evidentemente correlata con il carico assistenziale che la patologia comporta nel particolare contesto esaminato. Ciascun MMG può valutare la prevalenza di una malattia cronica, come per esempio il diabete mellito tipo 2 nella propria popolazione assistita, semplicemente dividendo il numero di pazienti con diagnosi di diabete per il numero di assistiti in carico. GPG calcola la prevalenza di tutte le patologie croniche prese in esame. Se riscontriamo una prevalenza del diabete inferiore a quanto atteso sulla base dei dati epidemiologici disponibili e del confronto con altri colleghi che operano nello stesso territorio, le ragioni possono essere ricercate*:

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

Siamo certi, infatti, di aver inserito la diagnosi nella lista dei problemi tutte le volte che l'abbiamo formulata? Siamo sicuri di aver formulato la diagnosi tutte le volte che gli esami di laboratorio hanno documentato il soddisfacimento dei criteri diagnostici? Nel caso particolare del diabete mellito tipo 2 la diagnosi può essere formulata se la glicemia a digiuno è uguale o supera per almeno due volte il valore soglia di 126 mg/dl. Può accadere, quindi, che la diagnosi ci sfugga se non abbiamo fatto un esame comparativo dei risultati degli esami di laboratorio e se non abbiamo prestato particolare attenzione a precedenti valori glicemici "sotto-soglia" che comunque evidenziavano un dismetabolismo.

La criticità più insidiosa, infatti, è quella che può derivare da non aver valutato con sufficiente attenzione i pazienti a rischio di sviluppare il diabete mellito, patologia che si manifesta con un continuum di espressioni fenotipiche a partire da condizioni dismetaboliche predisponenti.

Sottoporre periodicamente a valutazione clinica e laboratoristica i soggetti con familiarità di primo grado per diabete, gli obesi, soprattutto se con obesità viscerale, i soggetti con alterata glicemia a digiuno (IFG-glicemia compresa tra 100 e 125 mg/dl) o ridotta tolleranza glicidica (IGT) è una attività di prevenzione secondaria che solo il MMG può svolgere con particolare efficacia.

In GPG sono presenti numerosi indicatori che ci consentono di affrontare queste criticità. Due, RC-SD01 e RC-PS02 (Fig. 1), sono reperibili nella sezione "Prevenzione secondaria (Screening)", ID02 e ID08 (Fig. 2), si trova nella sezione "Appropriatezza diagnostica".

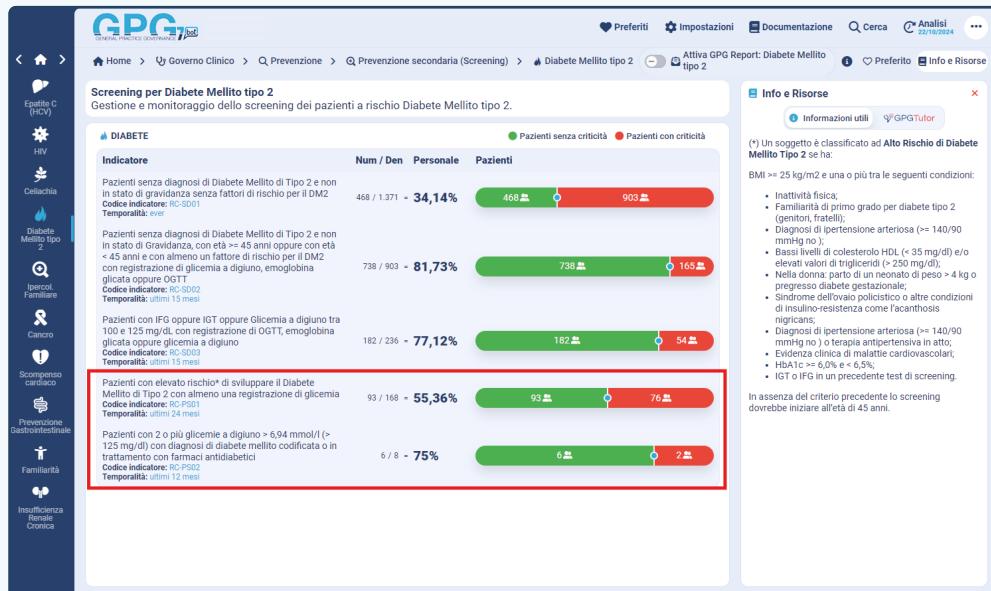


Fig. 1 Due indicatori per individuare i pazienti a rischio di sviluppare il Diabete o con Diabete conclamato non diagnostico

Approprietate Diagnostica
Seleziona i pazienti ai quali non siano registrate importanti informazioni cliniche (es. diagnosi) in base alla prescrizione di determinate classi ATC ed altri indicatori indiretti.

BPCO e ASMA
Pazienti con almeno una registrazione di spirometria
Codice indicatore: ID10
Temporali: ever
Possibile diagnosi non codificata: 491,2%, 493%, 496%
82 pazienti

DEMENZA
Indicatore
Pazienti con almeno 3 confezioni di farmaci anticolinesterasici e memantina
Codice indicatore: ID06
Temporali: ultimi 12 mesi
Possibile diagnosi non codificata: 290%, 331,0, 310,1
0 pazienti

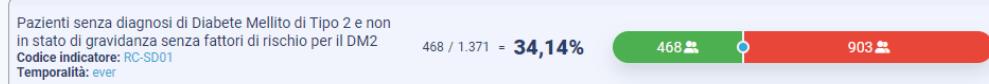
DIABETE
Indicatore
Pazienti con almeno 3 confezioni di farmaci antidiabetici
Codice indicatore: ID03
Temporali: ultimi 12 mesi
Possibile diagnosi non codificata: 250%
14 pazienti

IPERTENSIONE
Indicatore
Pazienti con almeno 3 confezioni di farmaci antipertensivi (diuretici, betabloccanti, calcio-
2 pazienti

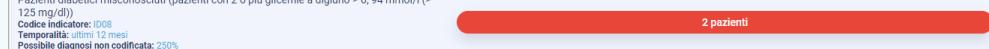
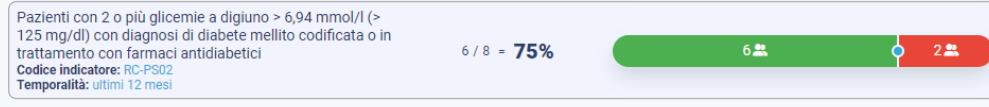
Antidiabetici
Antidiabetici (Nota 79)
Anti-osteoporosi (Nota 79)
Antibiotici (Nota 79)
ASA - Acido Acetilsalicilico (Nota 79)
Approprietate diagnostica (Nota 100)

Fig. 2 Due indicatori per individuare i pazienti a rischio di sviluppare il Diabete o con Diabete conclamato non diagnosticato

L'indicatore RC-SD01 ci aiuta a identificare tutti i pazienti a rischio ed in particolare identifica come critici quelli che non sono stati sottoposti alla valutazione della glicemia negli ultimi due anni.



Gli **indicatori RC-PS02 e ID08** consentono la visualizzazione dei nominativi di eventuali pazienti diabetici con diagnosi non registrata nella lista dei problemi ricercandoli tra quelli che hanno almeno due glicemie con valore superiore o uguale a 125 mg/dl o che hanno ricevuto la prescrizione di farmaci antidiabetici.



L'indicatore ID02 estrae unicamente i pazienti che hanno prescrizione di almeno 3 confezioni di farmaci antidiabetici prescritte negli ultimi 12 mesi ma non hanno la diagnosi codificata di diabete.



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

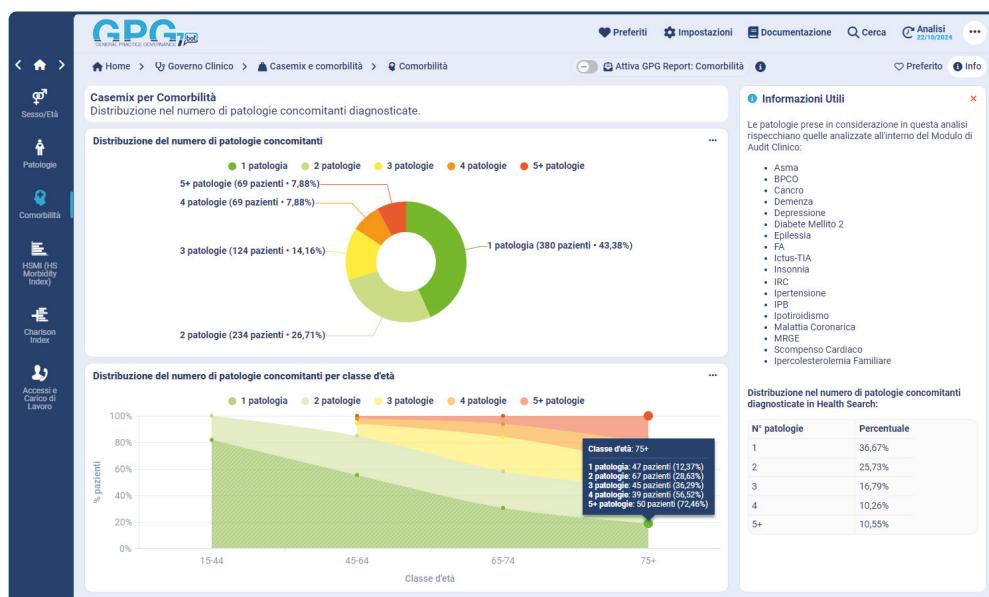
elettronica, insomma avviare una serie di procedure che ci consentono di recuperare il terreno perduto. E chissà che tra questi pazienti non ci siano proprio quelli che ci mancano per raggiungere un livello soddisfacente di prevalenza di diabete mellito nella nostra popolazione assistita!

2.7 Case Mix e Comorbilità

Il concetto di comorbilità o comorbidità in ambito sanitario indica la coesistenza di più e diverse patologie in uno stesso individuo. È ben noto che l'età è un forte predittore di comorbilità: infatti il numero di malattie croniche concomitanti nello stesso individuo tende ad aumentare con l'invecchiamento tanto che nelle classi d'età più avanzate non è infrequente rilevare 5 o più malattie croniche. Può trattarsi di patologie indipendenti e simultanee ma la comorbilità può riferirsi anche a patologie che compaiono secondariamente alla insorgenza di una patologia di fondo. In altre parole, le patologie possono verificarsi contemporaneamente o in sequenza in maniera indipendente rispetto alla malattia primaria oppure come condizione medica correlata. Quest'ultimo senso del termine può provocare della confusione, se rapportato al concetto di "complicanza". Ad esempio, se consideriamo la malattia coronarica, il diabete mellito può manifestarsi come una comorbilità autonoma o come una complicazione rispetto alla patologia primaria; tale discriminazione non è immediata e semplice, in quanto entrambe le malattie sono multifattoriali ed esistono probabili aspetti sia di simultaneità, sia di conseguenza. Lo stesso discorso vale per le malattie intercorrenti in gravidanza, come il diabete gestazionale o la pre-eclampsia. La comorbilità implica la sovrapposizione e l'influenza reciproca degli stati morbosi in questione.

La comparsa in un soggetto affetto da una patologia (generalmente cronica) di un'altra o più malattie, non direttamente causate dalla prima, condiziona la terapia, la qualità di vita del paziente, la durata di un eventuale ricovero in ospedale, il decorso e la prognosi della malattia principale e dei disturbi secondari o contemporanei.

La comorbilità è pertanto associata ad esiti peggiori di salute, gestione clinica più complessa e aumento dei costi di assistenza sanitaria. L'effetto di patologie concomitanti sul quadro clinico generale, sulla prognosi e sul trattamento rende necessaria una valutazione multidimensionale del paziente, in modo da sviluppare un percorso di cura personalizzato.



La comorbilità può influenzare notevolmente la presentazione clinica e il decorso della malattia primaria, ma anche il carattere e la gravità delle complicazioni. Inoltre, la coesistenza di più patologie nello stesso paziente peggiora la qualità di vita, aumenta le possibilità di fatalità e limita o rende difficile l'iter diagnostico-terapeutico fino a configurare situazioni di fragilità.

La comorbilità conduce spesso alla politerapia, ossia alla prescrizione concomitante di più farmaci della stessa o di diverse aree terapeutiche. Ciò rende difficile il controllo sull'efficacia del trattamento e rende possibile lo sviluppo improvviso di effetti indesiderati locali e sistematici, specialmente in pazienti anziani con molteplici malattie croniche. Le reazioni avverse si sviluppano principalmente a causa delle interazioni farmaco-farmaco (ossia per la capacità di un farmaco di modificare l'effetto di un altro farmaco somministrato successivamente o contemporaneamente).

In ogni singolo paziente, tale rischio aumenta in rapporto al numero di malattie coesistenti e a quello dei farmaci prescritti.

Per tale motivo, il trattamento simultaneo di disturbi multipli richiede una rigorosa considerazione della compatibilità di farmaci, oltre alla necessità di riclassificare i problemi di salute in comorbilità in termini di rilevanza ai fini della gestione clinica. **GPG nell'ambito del modulo Casemix di Governo Clinico rende disponibile le sezioni Chalson index e HSM Index, due funzionalità che permettono di valutare le multimorbilità e le complessità cliniche dei pazienti in carico.**

La complessità clinica legata alle comorbilità determina dunque difficoltà gestionali sia per le possibili interazioni farmacologiche (ogni patologia cronica ha terapie raccomandate da specifiche linee guida, ma non esistono linee guida per le situazioni di comorbilità e non ci sono studi di sicurezza relativi alle poli farmacoterapie).

D'altra parte, la conoscenza della comorbilità è utile per valutare il rapporto costo/beneficio nel trattamento di una particolare condizione morbosa, e a tale scopo, nel 1987 fu elaborato il cosiddetto Charlson Index che permetteva di calcolare la probabilità

di sopravvivenza a 10 anni di un paziente in cui concomitassero più patologie. Per ognuna delle patologie presenti (su un totale di 19) veniva assegnato al paziente un punteggio (score) di 1, 2, 3 o 6; la somma dei punteggi (score grezzo) veniva poi ponderata per l'età (score aggiustato per età) attribuendo un ulteriore punteggio correlato alla fascia d'età da 0 fino all'età di 49 anni, a 4 per un paziente di oltre 80 anni. Ad es. un paziente di 82 anni che ha contemporaneamente infarto miocardico 1, scompenso cardiaco 1, diabete complicato 2, tumore maligno con metastasi 6, ha un indice grezzo di 16 mentre l'age adjusted index è 20. Lo score grezzo può variare da 0 a 33, mentre lo score aggiustato per età va da 0 a 37. Il valore dello score permette di valutare l'aspettativa di vita ed ha eccellente validità predittiva per un gran numero di outcome in ambito oncologico, geriatrico e internistico.

Il Charlson Index, pur essendo stato sottoposto negli anni a numerose revisioni e variazioni, compresa la trasformazione in un questionario per il paziente, è comunque rimasto uno standard di riferimento non solo negli studi clinici di sopravvivenza, ma anche per valutare la morbilità e il consumo di risorse sanitarie.

Nonostante il range sia molto ampio uno score >5 è in genere espressione di importante impegno clinico. Uno score >3 relativamente al paziente neoplastico era associato ad una probabilità di sopravvivenza a 10 anni del 45%.

I punteggi relativi alle 19 patologie traccianti (condizioni morbose) sono i seguenti:

1 punto: infarto miocardico, scompenso cardiaco congestizio, vasculopatia periferica, vasculopatia cerebrale, demenza, broncopneumopatia cronica, connettivite, ulcera peptica, epatopatia cronica, diabete mellito non complicato.

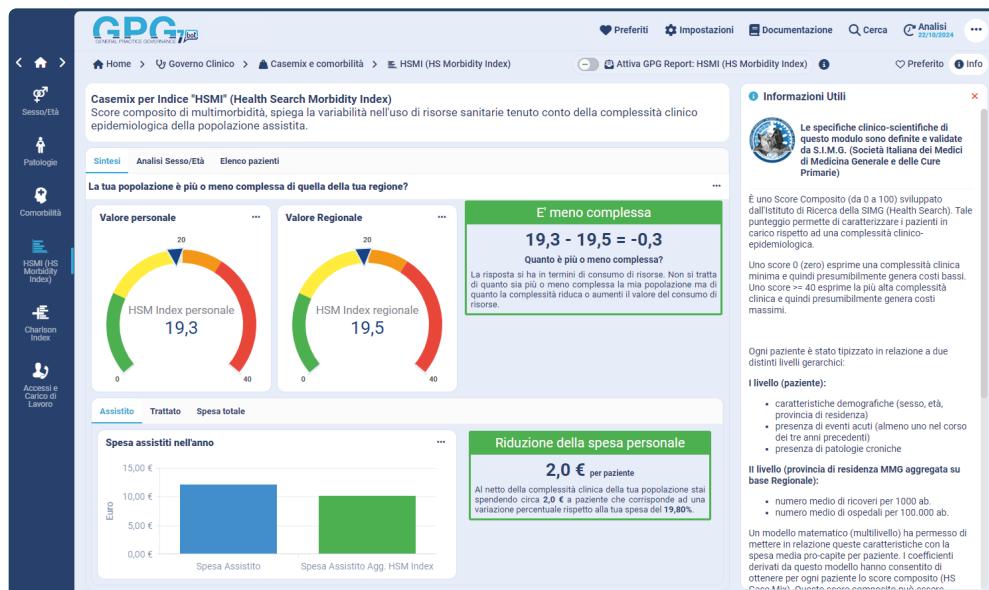
2 punti: emiplegia, insufficienza renale moderata o grave, diabete mellito con danno d'organo, tumori, leucemie, linfomi.

3 punti: epatopatie moderate o gravi.

6 punti: tumori maligni, metastasi, AIDS.



In definitiva lo score **Charlson Index** valuta la speranza di vita a 10 anni ed è indicativo del livello di impegno clinico richiesto dal paziente e dell'assorbimento di risorse sanitarie e permette di correlare il consumo di risorse non solo rispetto alla popolazione pesata ma anche rispetto alla complessità clinica dei pazienti in carico, di sostenere le decisioni cliniche in particolari situazioni, ad esempio prima di intraprendere una terapia particolarmente aggressiva, come trattare una neoplasia maligna in un paziente con scompenso cardiaco e diabete ove i rischi e i costi di una terapia aggressiva supererebbero di gran lunga i vantaggi che il paziente potrebbe ottenere. La seconda funzione resa disponibile dal GPG, oltre al Charlson index, è **HSM-Index** (Health Search Morbidity Index), un indice composito di multi morbilità sviluppato in Health Search che permette di quantificare l'assorbimento di risorse sanitarie dirette, come visite ambulatoriali, referti specialistici, test diagnostici e prescrizioni di farmaci, da parte dei pazienti con patologie e permette di monitorare l'appropriatezza clinica a livello regionale e nazionale, confrontare e valutare come variano i costi sanitari in base alla presenza o assenza di determinate variabili anche tenendo conto delle possibili interazioni tra diversi fattori, quali età, genere, presenza di patologie croniche e acute, residenza (in quanto connessa a fattori organizzativi e di offerta di servizi locali) e MMG. Attribuendo ad ogni variabile selezionata un peso in termini di spesa (coefficiente), la somma dei coefficienti, in relazione alla presenza/assenza delle variabili considerate, ha consentito di ottenere lo score composito (HS Case mix) che può essere utilizzato per spiegare la variabilità della spesa sanitaria generata dal MMG in funzione della complessità clinico-epidemiologica della popolazione da lui assistita.



Un altro concetto rilevante da tener presente nella valutazione complessiva del paziente è quello della fragilità intesa come una sindrome clinica caratterizzata

dall'esaurimento delle riserve fisiologiche in diversi organi e sistemi che espone gli individui colpiti alle peggiori conseguenze di episodi clinici acuti, come infezioni, eventi cardiovascolari e lesioni fino all'exitus.

La fragilità rappresenta un ostacolo importante al raggiungimento di una vita più lunga e più sana, ancor più delle malattie, poiché è stata associata a un aumento del rischio di disabilità, demenza, ricoveri ospedalieri, istituzionalizzazione e morte.



La tempestiva identificazione degli anziani con fragilità e bisogni assistenziali complessi e a maggior rischio di sviluppare scarsi risultati sanitari, può contribuire a garantire standard assistenziali elevati e sostenibili per un numero sempre crescente di anziani. Una gestione efficace e tempestiva delle persone anziane con fragilità dipende dalla disponibilità di accurati strumenti di valutazione multidimensionale per identificare questa sindrome (Multidimensional Prognostic Index (MPI) e Brief-MPI). L'attuazione di tali strumenti su larga scala massimizzerebbe i benefici a livello di popolazione garantendo al tempo stesso un'equa prestazione sanitaria.

L'assistenza primaria è il contesto assistenziale ideale per lo screening della fragilità dei pazienti e per la valutazione del passaggio alla palliazione e alle cure di fine vita. I servizi di assistenza primaria infatti sono, ma forse è meglio dire dovrebbero essere, i custodi dei nostri sistemi sanitari; i MMG hanno o dovrebbero avere una conoscenza approfondita delle biografie cliniche e del corso della vita dei pazienti.

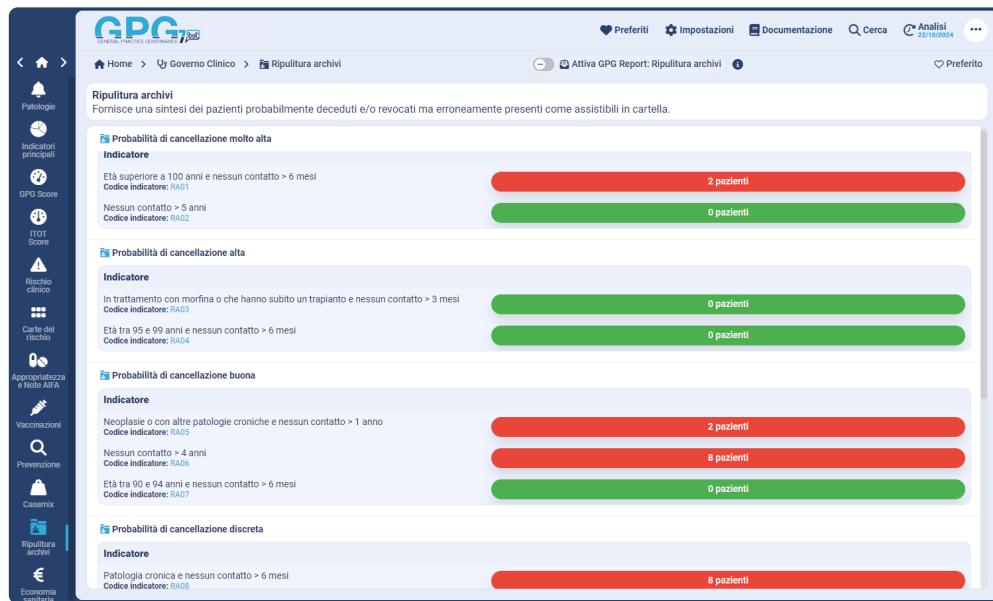
Ricordiamo che le cartelle cliniche elettroniche delle cure primarie rappresentano una fonte unica di informazioni complete e aggiornate sui pazienti, che potrebbero essere potenzialmente sfruttate per lo screening della fragilità a livello di popolazione. Su queste basi e con il supporto dei dati della letteratura in HS è stato sviluppato il Frailty-HS Score, uno score di fragilità che stadia il paziente in base al suo livello di fragilità unitamente al rischio di morte a tre anni.

2.8 Ripulitura Archivi

Nella pratica frequentemente il Medico di Medicina Generale effettua operazioni sull'anagrafica dei pazienti, operazioni di inserimento di nuovi assistiti, cancellazione per decesso o trasferimento o revoca.

Non è infrequente, a causa dei più svariati motivi, che un paziente, pur deceduto o revocato, rimanga in archivio come assistito attivo, pur essendo stato cancellato dagli archivi della ASL. Oltre a problemi di natura legale, la questione dei pazienti attivi non più in carico altera il valore delle performance personali poiché il denominatore spesso non corrisponde al numero reale degli assistiti in carico.

La sezione **Ripulitura Archivi** consente al medico di stratificare tutti gli assistiti in classi con probabilità decrescente di non essere più assistiti in carico e poiché il Medico di Medicina Generale conosce bene la sua popolazione di assistiti è in grado di individuare e quindi cancellare rapidamente chi, con buona probabilità, effettivamente non è più in carico.



Per ciascuna delle classi di stratificazione è possibile visualizzare, stampare ed esportare l'elenco dei nominativi; sarà cura del medico analizzare le cartelle dei pazienti probabilmente non più in carico, perché deceduti o trasferiti o revocati, e verificare l'effettiva rispondenza al criterio di estrazione.

La ripulitura degli archivi consentirà di ottenere analisi più precise e accurate.

2.9 Economia Sanitaria

Anche l'economia sanitaria riveste un ruolo di primo piano nell'ambito del governo clinico; la riduzione della spesa va perseguita con l'appropriatezza prescrittiva e migliorando l'aderenza così da ridurre lo spreco di risorse e garantire a tutti le cure necessarie.

Il modulo **Economia Sanitaria** analizza e misura i costi prodotti con la prescrizione di farmaci e accertamenti. Quantifica la spesa per farmaci coperti da brevetto in confronto a quella per i farmaci bio-equivalenti; identifica chi sono i pazienti in terapia e quali farmaci assumono; esegue una analisi dettagliata di farmaco utilizzazione. Riguardo alla spesa specialistica esegue una analisi complessiva e per singola branca specialistica.

Tutti gli indici di spesa sono valutati rispetto a popolazione totale, popolazione trattata, popolazione pesata e in rapporto all'indice HSM, preditore di maggiore spesa; sono ovviamente considerati gli importi delle prescrizioni suggerite dagli specialisti e dei farmaci in PHT.

Entrando nel merito della sezione, sono presenti tre distinti moduli:
“Analisi Prescrittiva (Sintetica)”

Ricette

	Personale
Ricette totali	22.316
Redatte dal MMG	22.268
Suggerite	48
Scritte da specialisti	0
Ricette per trattato	17,9
Ricette su 100 assistiti pesati	1.040,9

Popolazione in carico

	Info	Personale
Totale assistiti		1.519
Totale assistiti pesati		2.144
Totale assistiti trattati		1.250

Indici di Frequenza

	Personale
Trattati su 100 assistiti pesati	58,3
Prescrizioni totali	19.940
Prescrizioni per trattato	15,2
Prescrizioni su 100 assistiti pesati	883,4

“Analisi Prescrittiva (Dettagliata)”

Classe ATC I° 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	Importo medio prescr.ni	% sp farm equival.
A - Apparato gastrintestinale e metabolismo	619	28,9	3.035	4,9	141,6	135.769,-	89,4 €	63,3 €	85,7 €	219,3 €	44,7 €	0
B - Sangue e sistema emopoietico	396	18,5	1.873	4,7	87,4	91.325,5 €	60,1 €	42,6 €	57,6 €	230,6 €	48,8 €	0
C - Apparato cardiovascolare	648	30,2	5.979	9,2	278,9	119.254,-	78,5 €	55,6 €	75,3 €	184,0 €	19,9 €	0
D - Apparato tegumentario e pelle	38	1,8	69	1,8	3,2	2.058,5 €	1,4 €	1,0 €	1,3 €	54,2 €	29,8 €	0
E - Apparato genitario e ormoni sessuale	146	6,8	703	4,8	32,8	16.937,3 €	11,2 €	7,9 €	10,7 €	116,0 €	24,1 €	0
H - Sistema endocrino, esclusi ormoni sessuali e insulina	313	14,6	786	2,5	36,7	15.266,5 €	10,1 €	7,1 €	9,6 €	48,8 €	19,4 €	0

"Analisi di Farmaco utilizzazione"

Analisi prescrittiva (Sintetica)

Analisi prescrittiva (Detttagliata)

Farmaco utilizz

Analisi di Farmaco utilizzazione

Home > Governo Clinico > Economia sanitaria > Analisi di Farmacoutilizzazione

Attiva GPG Report: Analisi di Farmacoutilizzazione

Analisi di Farmaco utilizzazione

Analisi prescrittiva (Sintetica)

Analisi prescrittiva (Detttagliata)

Farmaco utilizz

Analisi di Farmaco utilizzazione

Analisi prescrittiva (Sintetica)

Analisi prescrittiva (Detttagliata)

Farmaco utilizz

Codice	CATEGORIA FARMACOLOGIA	Info	Pazienti Trattati	DDD	DDD HS	UP per Ass. Pesato	% UP Equivalenti	Costo Medio Up	Storico
FU-01	Statine mono, dupli o triplici terapie fisse contenenti statine	218	81,60	371,00	21,10	0,00 %	0,30	Dettagli	
FU-02	Antiperossivi	635	474,60	132,00	122,80	0,00 %	0,30	Dettagli	
FU-03	Ace inhibitori ed associazioni	174	66,30	90,00	17,10	0,00 %	0,30	Dettagli	
FU-04	Sartani ed associazioni	376	176,60	72,00	45,70	0,00 %	0,40	Dettagli	
FU-05	Antidiabetici	350	140,30	3,00	36,30	0,00 %	0,30	Dettagli	
FU-06	Statine (mono o associazioni fisse) rimborsabili secondo Nota 13	28	19,00	2,00	4,90	0,00 %	0,50	Dettagli	
FU-07	Omega3	29	12,40	56,00	3,20	0,00 %	0,30	Dettagli	
FU-08	Fibrati	149	57,20	7,00	14,80	0,00 %	0,10	Dettagli	
FU-09	Acido acetilsalicidico	5	2,30	30,00	0,60	0,00 %	0,10	Dettagli	
FU-10	Warfarin	253	91,10	1,00	23,60	0,00 %	0,80	Dettagli	
FU-11	Farmaci per il trattamento della BPCO	1	0,40	16,00	0,10	0,00 %	0,30	Dettagli	
FU-12	Farmaci broncodilatatori inalatori a lunga durata	194	43,50	2,00	11,30	0,00 %	0,60	Dettagli	
FU-13	Corticosteroidi - da soli e in associazione	17	2,90	19,00	0,70	0,00 %	0,60	Dettagli	
FU-14	Antieucotrieni	719	26,40	2,00	6,80	0,00 %	1,40	Dettagli	
FU-15	Antibiotici	265	5,80	0,00	1,50	0,00 %	1,20	Dettagli	
FU-16	Macrolidi	164	2,90	2,00	0,80	0,00 %	3,60	Dettagli	
FU-17	Cefalosporine orali e iniettive	141	2,70	37,00	0,70	0,00 %	1,50	Dettagli	
FU-18	Fluorochinoloni	152	54,40	1,00	14,10	0,00 %	0,60	Dettagli	
FU-19	Antidepressivi	10	0,00	28,00	0,00	0,00 %	4,50	Dettagli	
FU-20	Triciclici - Antidepressivi	Dettagli	