

# Il rapporto OsMed come strumento per migliorare la prescrizione in MG

AIFA



"Analisi della prescrizione farmaceutica in Italia"  
*presentazione del Rapporto Nazionale OsMed 2009*

Saffi Giustini  
Società Italiana di Medicina Generale



*L'uso dei farmaci in Italia - Rapporto nazionale anno 2009*

# L'uso di farmaci

- **Elemento cruciale, soprattutto per i soggetti ad alto rischio.**
  - ***Inadeguata prescrizione.***
  - ***Inerzia terapeutica.***
  - ***Scarsa continuità ed aderenza ....***
  - ***Lista di priorità ...***

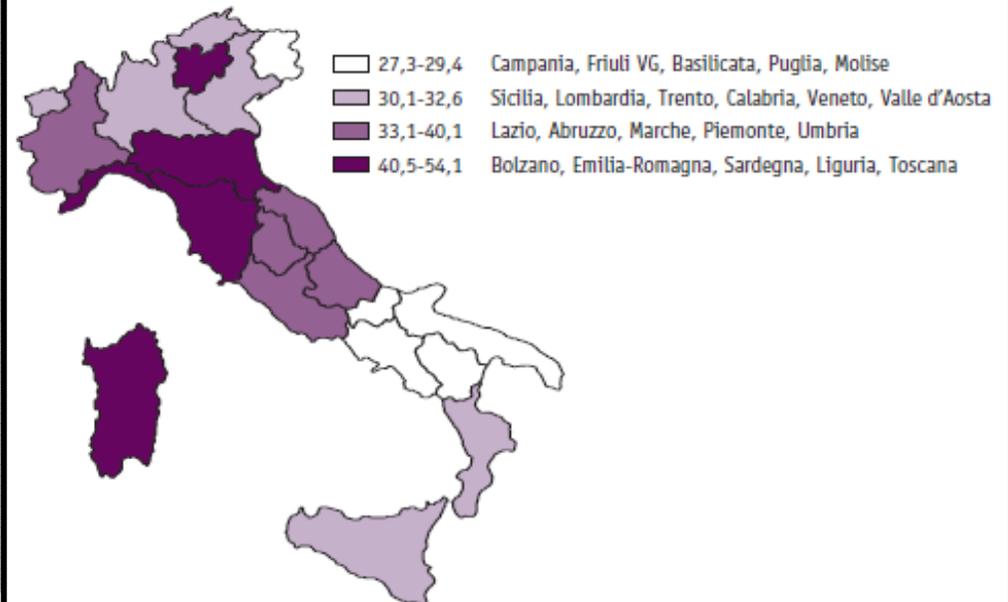


**variabilità regionale come spunto per un discorso di appropriatezza**

“ **Appropriatezza, ovvero una valutazione delle strategie di intervento migliori che non sia incentrata semplicemente sul costo della scatola ma su una visione complessiva** ”

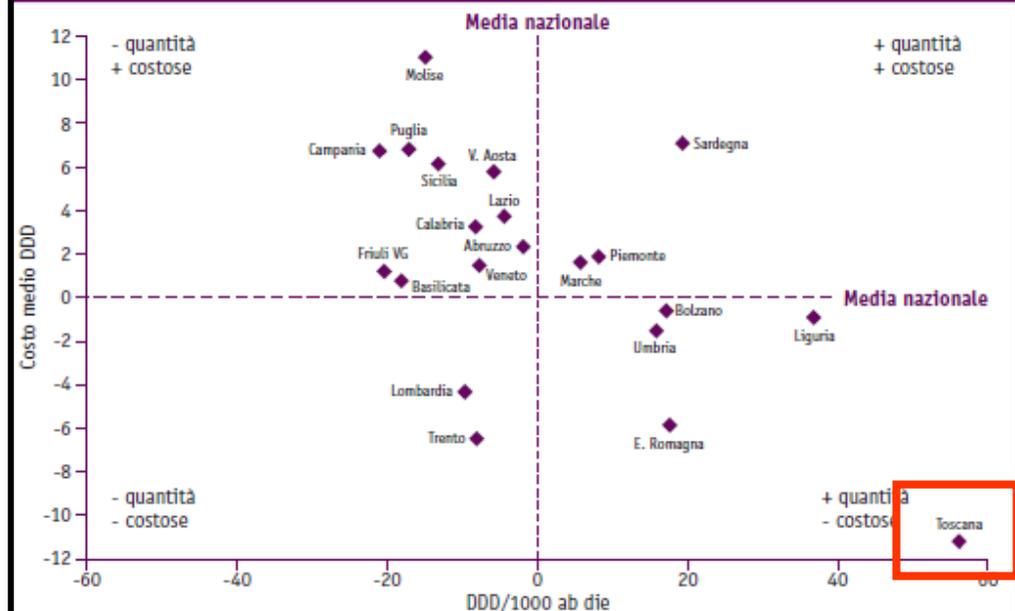
**Figura C.9b**

*Antidepressivi, distribuzione in quartili del consumo territoriale 2009 di classe A-SSN (DDD/1000 ab die pesate)*



**Figura C.9c**

*Antidepressivi, variabilità regionale dei consumi farmaceutici territoriali 2009 di classe A-SSN per quantità e costo medio di giornata di terapia (scostamenti %)*





## Dati di esposizione per patologia nella Medicina Generale

- Per le analisi utilizzate, sono stati selezionati, nel periodo 2001-2009, 650 MMG da una coorte di 1.006.



- Queste informazioni possono essere utilizzate per lo sviluppo di indicatori di appropriatezza prescrittiva, intesi come **“elementi specifici e misurabili della pratica clinica, sviluppati sulla base di solide evidenze scientifiche ed impiegati come unità di misura della qualità della cura”**.

## Dati di esposizione per patologia nella Medicina Generale

- Mantengono un ruolo centrale in programmi di miglioramento della performance in sanità
- Possono essere utilizzati su base AUSL per il monitoraggio di interventi atti al miglioramento del comportamento diagnostico-terapeutico tra i medici prescrittori.

**la prevenzione del rischio  
cardiovascolare**



SOCIETÀ ITALIANA DI  
MEDICINA GENERALE

**Documento sulla gestione cronica  
del paziente ad alto rischio  
cardiovascolare in Medicina Generale**

a cura del Comitato Promotore

### **Comitato Promotore**

#### *Medici di Medicina Generale*

Dott. Alessandro Battaglia, Comitato Nazionale SIMG sulla Clinical Governance

Dott. Ovidio Brignoli, Vice-presidente SIMG

Dott. Alessandro Filippi, Responsabile Area Cardiovascolare SIMG, Coordinatore Scientifico Aree SIMG

Dott. Luigi Galvano, Segretario Amministrativo Nazionale SIMG, referente per i rapporti con le organizzazioni sindacali

Dott. Saffi Ettore Giustini, Responsabile Area Farmaco SIMG

Dott. Gerardo Medea, Responsabile Area Metabolica SIMG

Dott. Italo Paolini, Co-responsabile Area Informatica SIMG

Dott. Damiano Parretti, Collaboratore Area Cardiovascolare SIMG

Dott. Gaetano Piccinocchi, Segretario Organizzativo SIMG, SIMG

#### *Specialisti*

Prof. Ettore Ambrosioni, Membro del Consiglio Scientifico della Società Italiana di Ipertensione Arteriosa

Dott. Marco Comaschi, Direttore DEA - Azienda Ospedale Umana, Past-President Associazione Medici Diabetologi

Prof. Giuseppe Conte, Ordinario di Nefrologia della Seconda Università di Napoli, della Struttura di Nefrologia e Dialisi dell'Azienda Ospedaliera Ospedale SMdP "Incurabili" di Napoli

Prof. Giuseppe Mancia, Professore Ordinario di Medicina Interna, Università di Pavia

Dott. Paolo Verdecchia, Responsabile Unità di Ricerca Clinica, Struttura Complessa di Cardiologia, Ospedale Santa Maria della Misericordia, Perugia

## **DEFINIZIONE DI PAZIENTE AD ALTO RISCHIO CARDIOVASCOLARE**

Si considerano ad alto rischio CV i pazienti con almeno una delle seguenti caratteristiche:

- 1) presenza di malattia CV manifesta\*;
- 2) danno renale (GFR stimata < 60 ml/min e/o micro/macroalbuminuria-adequatamente accertate e riconfermate);
- 3) diabete mellito di tipo 2;
- 4) ipertensione arteriosa con diagnosi ECGrafica d'ipertrofia ventricolare sinistra;
- 5) rischio stimato con algoritmo Progetto Cuore  $\geq 20\%$  a dieci anni.

Si ricorda che sono ad alto rischio CV anche i soggetti che presentano anche un solo fattore di rischio estremamente elevato, come livelli di colesterolemia  $\geq 300$  mg/dl<sup>3</sup> o PAS  $\geq 180$  e/o PAD 110 mmHg. In questi casi l'intervento prioritario è rappresentato dalla correzione del fattore di rischio in questione.

Si ricorda inoltre che l'elenco sopra riportato non è esaustivo di tutte le tipologie di pazienti ad alto rischio CV (ad esempio non vengono citate l'ipertensione arteriosa con ipertrofia ventricolare sinistra non rilevabile elettrocardiograficamente, lo scompenso cardiaco, le dislipidemie familiari, diabete di tipo 1 con altri fattori di rischio o complicanze microangiopatiche), ma, a giudizio del gruppo di lavoro e in base all'analisi delle LG e della letteratura scientifica, è funzionale ad una strategia unica di prevenzione CV, particolarmente adatta alla Medicina Generale italiana.

## la prevenzione del rischio cardiovascolare

### Inquadramento del problema

- L'onere finanziario per i sistemi sanitari Europei connesso con questo gruppo di patologie è stimato in circa 192 miliardi di euro nel 2006, dovuti per il 57% (circa 110 miliardi) ai costi sanitari, per il 21% alla produttività persa e per il 22% alle cure informali (82 miliardi).
- Ciò equivale ad un costo pro capite di 223 euro all'anno, pari a circa il 10% della spesa sanitaria complessiva in tutta l'Europa.

**Tavola B.8**

*Confronto internazionale della distribuzione percentuale della spesa farmaceutica territoriale\* 2009 per I livello ATC*

ATC	Italia	Austria	Belgio	Finlandia	Francia	Germania	Grecia	Inghilterra	Irlanda	Portogallo	Spagna
C - Cardiovascolare	26,0	17,6	18,8	14,1	19,5	13,4	26,7	15,1	17,5	28,8	21,1
A - Gastrointestinale	17,0	17,9	13,5	17,5	12,7	13,6	13,3	15,8	20,8	15,5	13,8
N - SNC	12,3	16,1	17,4	17,9	14,3	14,9	14,4	22,4	18,7	16,2	18,5
R - Respiratorio	10,5	9,7	13,0	12,7	10,8	10,5	8,1	17,6	11,9	7,8	13,3
J - Antimicrobici	7,5	9,2	9,7	3,7	9,8	8,6	7,9	2,5	4,1	7,2	3,9

### Tavola C.3

Primi trenta principi attivi per consumo territoriale<sup>A</sup> di classe A-SSN: confronto 2004-2008

ATC	Principio attivo	DDD/1000 ab die	%	Prevalenza d'uso 2008 (%) <sup>o</sup>	Rango 2008	Rango 2007	Rango 2006	Rango 2005	Rango 2004
C	ramipril	43,9	4,7	2,8	1	1	2	2	3
B	acido acetilsalicilico	40,5	4,4	7,3	2	2	1	1	1
C	atorvastatina	27,7	3,0	2,2	3	4	4	6	6
C	amlodipina	26,5	2,9	2,9	4	3	3	3	2
C	simvastatina	21,8	2,4	2,4	5	6	8	7	7
A	lansoprazolo	19,8	2,1	6,5	6	9	25	56	57
C	furosemide	19,8	2,1	3,4	7	5	7	8	8
C	enalapril	17,7	1,9	1,9	8	7	6	5	5
H	levotiroxina sodica	17,6	1,9	3,3	9	10	9	9	9
C	nitroglicerina	17,1	1,8	1,5	10	8	5	4	4

## la prevenzione del rischio cardiovascolare Ipertensione

- Le principali linee guida concordano che nei pazienti ipertesi che presentano:
  1. malattia coronarica;
  2. malattia renale cronica;
  3. scompenso cardiaco;
  4. diabete mellito,
- la scelta della strategia terapeutica dovrebbe comprendere alcune specifiche classi di farmaci, in particolare i farmaci che agiscono sul sistema renina-angiotensina.
- Per queste situazioni cliniche esistono forti evidenze supportate da RCT su popolazioni specifiche.

**INDICATORE 1.1: PERCENTUALE DI PAZIENTI ADERENTI (DDD/UTILIZZATORE/MOLECOLA >290/ANNO) ALLA TERAPIA ANTIPERTENSIVA IN SOGGETTI IPERTESI SENZA E CON SPECIFICHE INDICAZIONI AL TRATTAMENTO, CONFRONTO PER REGIONE, GENERE ED ETÀ: ANNI 2009-2008.**

**Pazienti al trattamento anti ipertensivo**

	Ipertensione e specifiche indicazioni al trattamento									
	Ipertensione* [N=117.203]		Diabete mellito° [N=26.100]		Malattie CV [N=34.107]		Scopenso cardiaco [N=5.105]		Malattia renale cronica [N=9.516]	
	%	Δ % 09-08	Δ % 09-08	%	Δ % 09-08	%	Δ % 09-08	%	Δ % 09-08	%
<b>ANALISI GEOGRAFICA</b>										
Piemonte/Val d'Aosta	55,0	-1,0	66,9	0,0	65,5	+0,7	60,5	-0,6	65,8	+1,5
Lombardia	59,5	+3,2	71,4	+0,6	68,2	+0,5	70,6	+0,1	75,0	0,0
Liguria	48,4	+1,4	60,8	+1,3	59,7	+0,3	55,8	-0,9	61,4	+0,7
Bolzano/Trento/ Friuli V.G.	55,2	-0,5	66,8	-0,2	68,3	+0,7	65,4	-0,9	71,1	+0,3
Veneto	59,1	+0,9	74,3	+0,1	70,9	+0,2	75,8	+0,6	73,8	-0,3
Emilia Romagna	60,1	+0,7	74,8	-0,2	71,9	+0,3	70,6	-0,3	71,2	+0,9
NORD	57,6	+1,4	70,6	+0,3	68,5	+0,4	68,8	-0,1	71,5	+0,4
Toscana	55,2	-5,8	67,0	-2,2	65,5	-0,5	72,0	-1,4	68,2	-2,1
Marche/Umbria	63,8	+2,1	77,2	+0,2	75,8	+0,7	76,5	+0,6	77,9	+0,8
Lazio	59,7	+35,2	66,8	+5,3	67,9	+5,8	66,1	+3,6	70,3	+4,3
CENTRO	59,9	+9,1	70,7	+1,2	70,2	+1,9	72,3	+0,8	72,9	+1,1
Abruzzo/Molise	53,2	+7,9	66,3	+2,1	63,5	+1,8	62,6	+6,9	67,2	-1,1
Puglia	55,1	+1,6	66,3	+0,1	66,4	+0,3	68,2	+0,3	74,1	+0,6
Campania	55,0	-0,3	65,3	-0,7	62,4	-0,5	54,7	-3,6	64,7	-2,0
Basilicata/Calabria	54,8	+4,1	67,9	+1,2	65,7	+0,2	63,9	-0,4	70,0	+0,6
Sicilia/Sardegna	55,7	+5,7	66,9	+0,5	65,7	-0,6	65,1	-1,9	67,8	-0,9
SUD E ISOLE	55,0	+3,0	66,4	+0,3	64,3	-0,1	61,9	-0,8	67,8	-0,9

Ipertensione e specifiche indicazioni al trattamento										
	Ipertensione* [N=117.203]		Diabete mellito° [N=26.100]		Malattie CV [N=34.107]		Scompenso cardiaco [N=5.105]		Malattia renale cronica [N=9.516]	
<b>ANALISI PER GENERE</b>										
Maschi	60,5	+3,0	71,5	+0,6	69,3	+0,3	71,0	-0,1	70,2	+0,7
Femmine	54,6	+3,2	66,8	+0,3	64,8	+0,6	63,6	-0,2	69,8	-0,8
<b>ANALISI PER ETÀ</b>										
≤45	45,8	+3,9	57,9	-2,7	53,5	+7,0	56,0	-10,4	63,2	-1,9
46-65	56,0	+2,6	69,5	+1,7	68,2	+1,5	72,5	-0,5	70,6	-4,5
66-75	60,9	+3,5	70,9	+1,8	70,0	+2,3	71,6	-0,5	74,8	+0,2
>75	56,9	+3,6	66,4	+2,0	65,0	+1,6	64,5	-0,4	67,7	+0,8
<b>ITALIA§</b>	57,0 (17)	+3,2	68,9 (2,1)	+0,4	67,1 (2,4)	+0,4	66,8 (2,9)	-0,2	70,0 (5)	-0,1

*N: si riferisce al numero di soggetti con specifiche diagnosi rilevate entro la fine dell'anno 2008 dalla popolazione del database HSD e con almeno una prescrizione di farmaci antipertensivi registrata nel 2009*

*\* In assenza di tutte le altre indicazioni cliniche al trattamento.*

*° In assenza di malattie cardiovascolari, scompenso cardiaco e malattia renale cronica.*

*§ In parentesi il numero medio di molecole per utilizzatore.*

- L'aderenza al trattamento con farmaci per l'ipertensione e lo scompenso risulta pari al 57% del totale dei pazienti ipertesi trattati nel 2009, con un lieve trend di aumento (+3,2%) rispetto all'anno 2008.

**INDICATORE 1.2: PREVALENZA D'USO (%) DI ACE-INIBITORI/SARTANI IN SOGGETTI IPERTESI SENZA E CON SPECIFICHE INDICAZIONI AL TRATTAMENTO, CONFRONTO PER REGIONE, GENERE ED ETÀ: ANNI 2009-2008.**

- La presenza di specifiche indicazioni cliniche aumenta la proporzione di pazienti trattati, raggiungendo il 72,3% nel DM, il 72,2% nelle malattie CV, il 67,8% nello CHF ed il 69,7% nella malattia renale cronica.

	Ipertensione e specifiche indicazioni al trattamento									
	Ipertensione* [DDD=598,8]		Diabete mellito° [DDD=917,2]		Malattie CV [DDD=942,7]		Scoppenso cardiaco [DDD=909,2]		Malattia renale cronica [DDD=970,3]	
	%	Δ % 09-08	%	Δ % 09-08	%	Δ % 09-08	%	Δ % 09-08	%	Δ % 09-08
<b>ANALISI GEOGRAFICA</b>										
Piemonte/Val d'Aosta	33,5	+0,5	31,5	+5,4	30,8	+5,0	26,1	-0,9	35,7	+9,6
Lombardia	37,3	+0,6	34,0	+3,2	30,6	+1,4	30,9	7,3	31,8	-4,3
Liguria	47,9	+1,7	40,1	+1,1	37,6	+4,1	29,3	-0,1	44,0	-3,5
Bolzano/Trento/ Friuli V.G.	37,6	+2,8	37,0	+1,3	32,4	+10,1	30,0	+9,2	41,5	+1,4
Veneto	28,0	+3,9	27,0	+7,4	24,8	+5,0	19,4	+0,6	39,7	+7,4
Emilia Romagna	36,1	+0,4	33,4	+2,2	28,5	+4,3	29,8	+8,8	35,8	+2,6
NORD	35,8	+1,4	33,0	+3,3	29,8	+4,1	28,4	+6,0	35,8	-0,2
Toscana	30,9	+5,2	27,8	+5,8	26,9	+11,6	29,5	+3,2	34,2	-3,9
Marche/Umbria	35,8	-0,1	31,7	-3,6	30,7	+3,4	28,5	-7,1	33,4	-0,1
Lazio	50,0	-2,5	50,0	-0,3	39,9	-0,9	38,0	-12,5	47,0	+1,9
CENTRO	40,0	+3,0	37,2	+2,3	32,8	+5,3	31,1	-5,6	38,0	+0,4
Abruzzo/Molise	38,1	+2,8	34,6	0,0	31,5	+10,8	30,0	-1,9	32,3	+6,0
Puglia	53,5	+3,6	48,0	+2,8	39,7	+5,3	39,6	+10,5	43,0	+4,2
Campania	47,6	+5,3	46,6	+5,8	39,0	+7,3	36,1	+1,0	43,1	+4,9
Basilicata/Calabria	47,6	+0,7	42,5	+4,0	36,7	+11,8	33,3	+10,3	42,0	+4,9
Sicilia/Sardegna	41,3	-1,9	39,4	+1,2	35,6	+4,9	39,8	+13,2	41,6	+3,1
SUD E ISOLE	46,0	+2,0	42,9	+2,8	37,2	+7,0	36,8	+7,4	41,2	+5,1

Ipertensione e specifiche indicazioni al trattamento											
	Ipertensione* [DDD=598,8]		Diabete mellito° [DDD=917,2]		Malattie CV [DDD=942,7]		Scompenso cardiaco [DDD=909,2]		Malattia renale cronica [DDD=970,3]		
<b>ANALISI PER GENERE</b>											
Maschi	37,6	+2,8	33,8	+3,7	28,7	+6,2	25,1	+6,1	34,7	+2,6	
Femmine	42,2	+1,6	41,0	+2,9	38,6	+4,8	37,6	+4,3	42,7	+2,0	
<b>ANALISI PER ETÀ</b>											
≤45	38,0	+1,5	38,6	+8,7	27,5	-6,0	21,0	-8,4	35,1	-0,8	
46-65	41,7	+1,4	37,6	+2,7	30,7	+5,9	28,0	+6,0	38,3	+5,0	
66-75	40,3	+2,1	38,5	+4,5	33,8	+4,7	31,8	+2,6	38,0	+2,4	
>75	38,0	+3,3	36,4	+1,4	33,8	+5,9	32,3	+4,8	39,1	+1,5	
ITALIA <sup>§</sup>	40,2	+2,0	37,6	+3,1	33,1	+5,4	31,5	+4,3	38,5	+2,4	

DDD: esprime le DDD/1000 pazienti (con specifiche diagnosi) die. Le DDD si riferiscono alle prescrizioni di farmaci per il sistema renina-angiotensina effettuate nel corso del 2009.

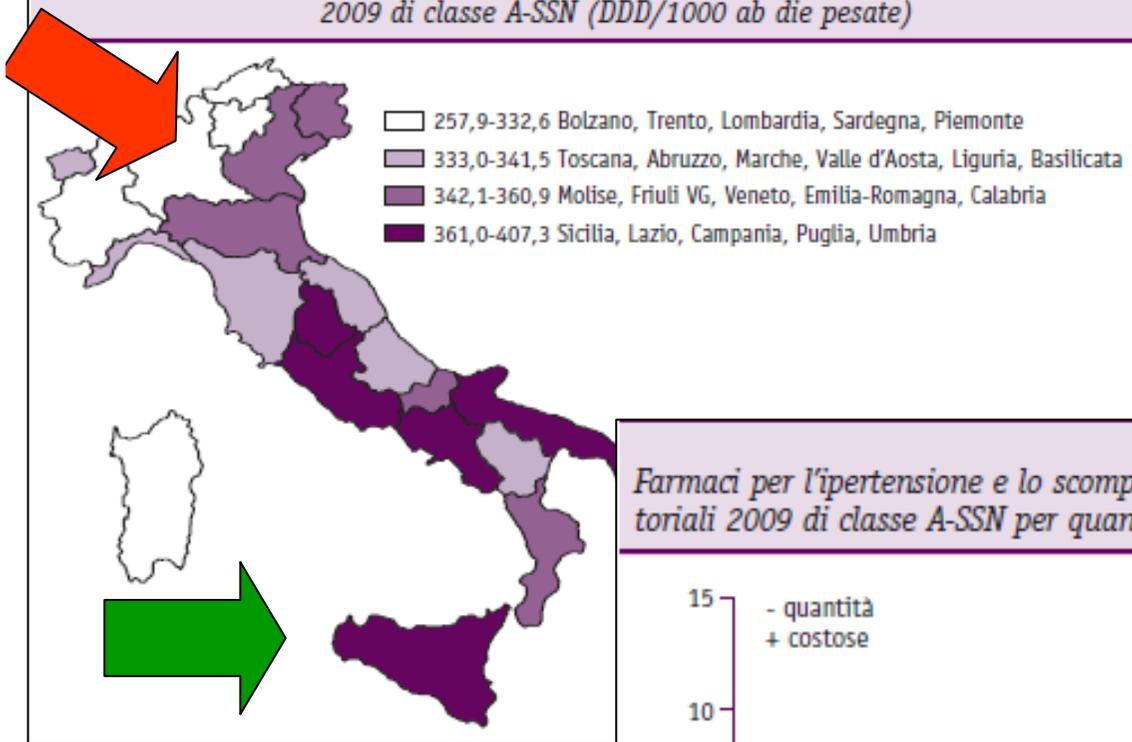
\* In assenza di tutte le altre indicazioni cliniche al trattamento.

° In assenza di malattie cardiovascolari, scompenso cardiaco e malattia renale cronica.

- si osserva una tendenza all'uso prevalente nei pazienti di sesso maschile ed in quelli di età compresa tra 66 e 75 anni.

**Figura C.3b**

Farmaci per l'ipertensione e lo scompenso, distribuzione in quartili del consumo territoriale 2009 di classe A-SSN (DDD/1000 ab die pesate)

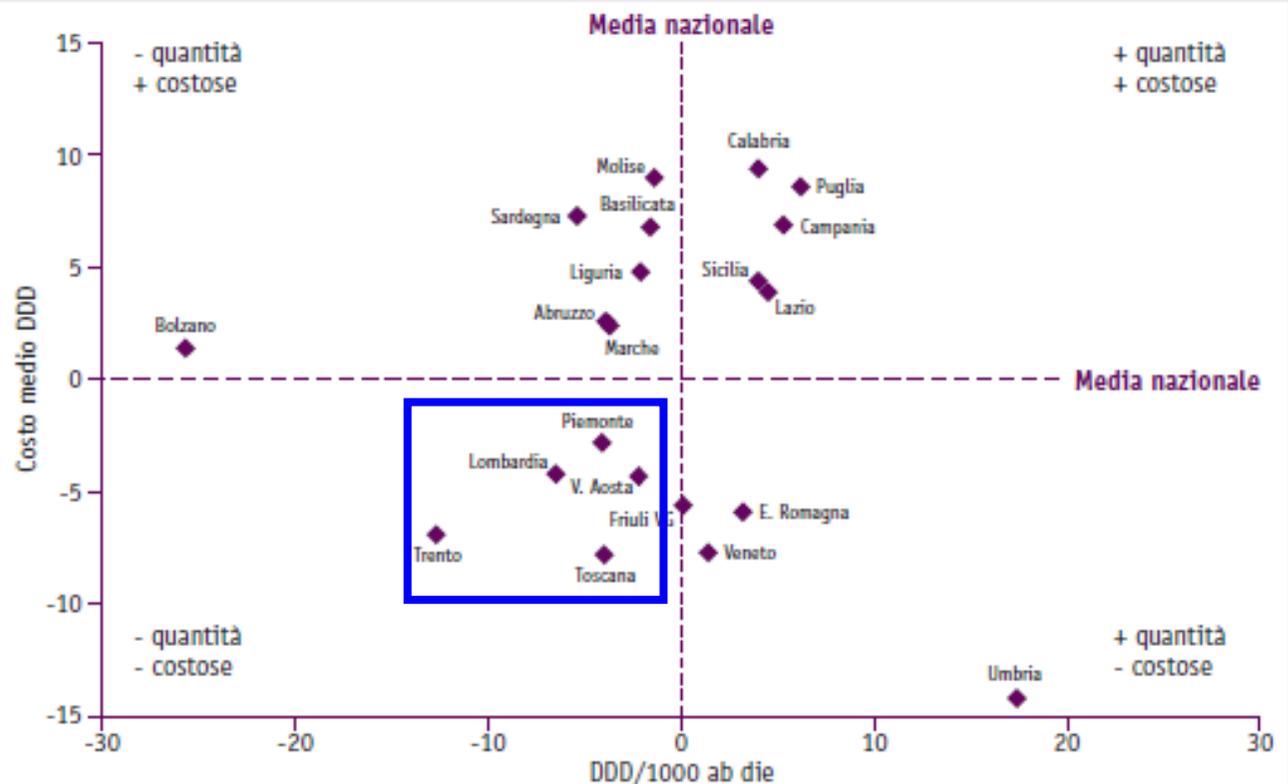


**Corretta la diagnosi:  
Perché queste differenze?**

Le differenze possono riflettere la mancanza di uniformità delle raccomandazioni sui trattamenti nelle linee guida esistenti.

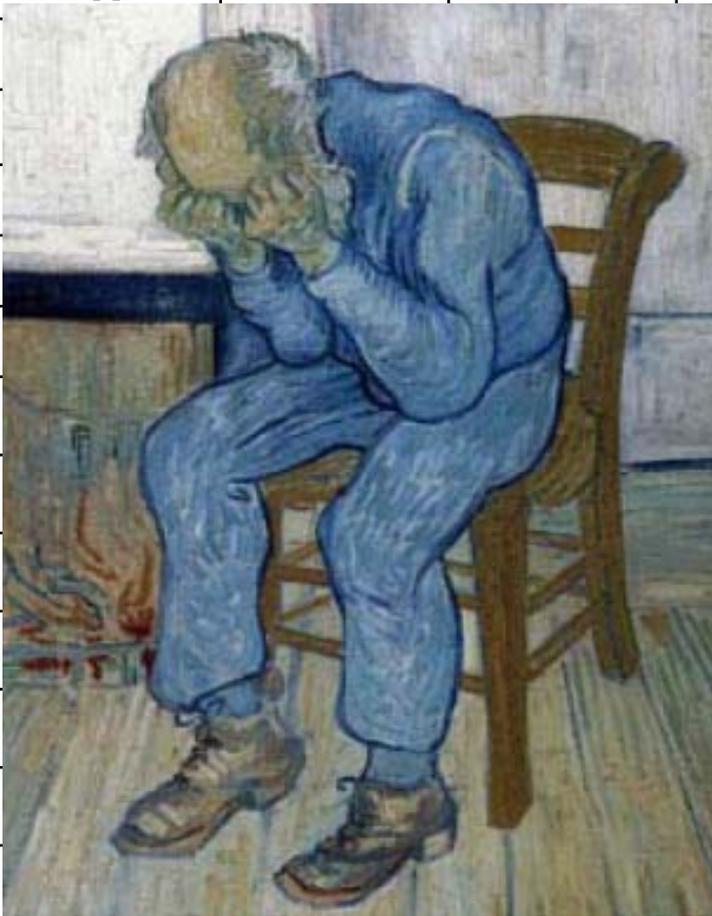
**Figura C.3c**

Farmaci per l'ipertensione e lo scompenso, variabilità regionale dei consumi farmaceutici territoriali 2009 di classe A-SSN per quantità e costo medio di giornata di terapia (scostamenti %)



# Predittori di scarsa compliance

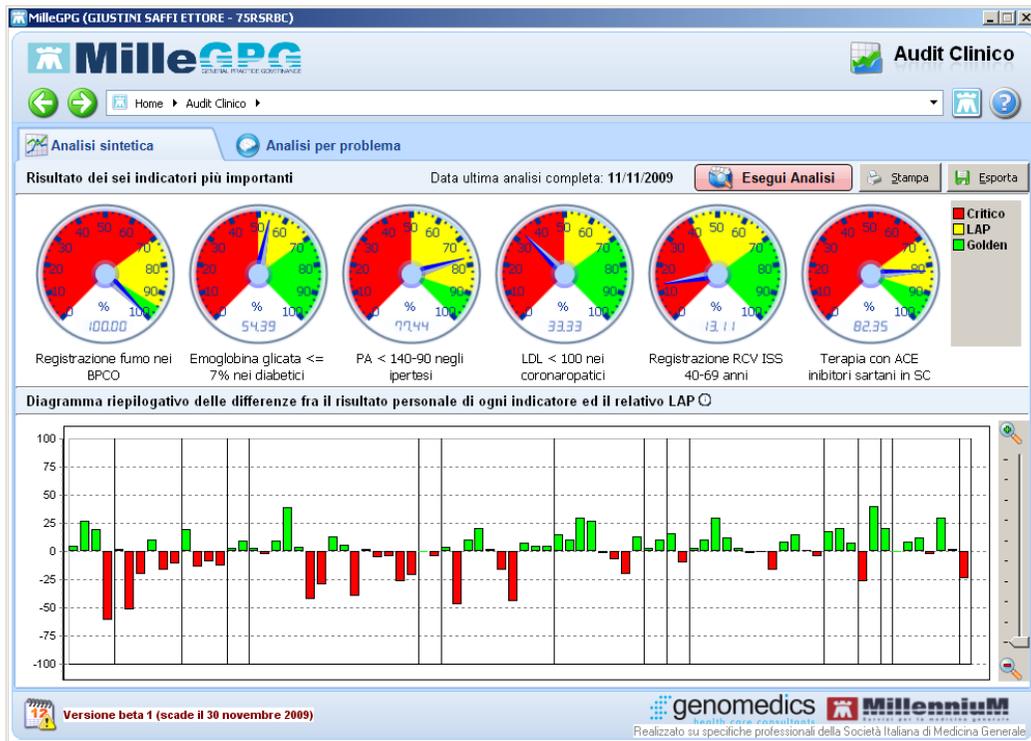
1. Problemi psicologici/psichiatrici (soprattutto depressione)
2. Decadimento cognitivo
3. Trattamento di condizioni asintomatiche
4. Inadeguata pianificazione della dimissione e/o del follow-up
5. Effetti collaterali
6. Mancanza di fiducia nel trattamento da parte del paziente
7. Scarsa comprensione della malattia/della prevenzione da parte del pz
8. Cattiva relazione medico-paziente
9. Ostacoli all'assunzione dei farmaci (di memoria, vista, lavoro, ecc)
10. Mancato rispetto dei controlli
11. Complessità del trattamento
12. Prescrizioni da parte di più medici

farmaco	Ore 7	Ore 8	Ore 13	Ore 15	Ore 20	Ore 22
IPP	X					
ARB		X				
DIGITALE		X				
FUROSEMIDE		X				
NITRO S T	X					
DILTIAZEM						X
CALCIO						
BIFOSFONATO	X					
TIOTROPIO						X
SALMETEROLO	X					
WARFARIN						
INSULINA						X
METFORMINA						X
DOXAZOSIN						X
STATINA		X				
OPPIOIDE DEBOLE			X			
LASSATIVO			X		X	

# Pazienti anziani non aderenti ....

## Questioni non risolte

- ✓ Qual è l'effetto delle linee-guida sull'aderenza alla prescrizione nei pazienti con comorbidità?
- ✓ Che tipo di effetto (positivo/negativo) può essere atteso dalla combinazione di più farmaci?
- ✓ Come viene modificato il rapporto rischio/beneficio nel contesto di polipatologia e polifarmacoterapia?
- ✓ Che tipo di beneficio possiamo aspettarci dall'aggiunta di una ulteriore molecola in pazienti che assumono già 3-4 farmaci?
- ✓ In che modo riusciamo a valorizzare le preferenze del paziente durante l'applicazione delle linee-guida?



**Possibili  
“soluzioni”**

**Cosa è  
“MilleGPG”**

**Audit Clinico**  
Monitoraggio e valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi nella gestione dei principali problemi cronici mediante un set di indicatori di processo ed esito intermedio e loro confronto con i dati Nazionali di Health Search e RRO

**Analisi Criticità e Intervento**  
Identificazione e risoluzione delle principali criticità nella gestione delle malattie croniche anche mediante specifici supporti scientifici

**Rischio Clinico**  
Consente di identificare, per i diversi problemi, le situazioni cliniche che determinano un rischio clinico e che necessitano di interventi correttivi supportate da alcune risorse collegate

**Simulazione Scenari**  
Consente di simulare gli esiti (riduzione/aumento di eventi) di un intervento sanitario in base ad un predeterminato obiettivo di salute

**Appropriatezza**  
Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva (nel singolo paziente o in gruppi di pazienti) relativa a specifici farmaci (statine, IPP, antibiotici, ecc.)

**Risorse**  
Accesso a notizie, aggiornamenti dalla letteratura internazionale, materiali formativi (FAD), Forum di discussione, Supporto e materiali informativi per i pazienti

**Progetti**  
Adesione e partecipazione a progetti di ricerca clinico-epidemiologica Nazionali e locali

**Utilità**  
Funzionalità integrative e accessorie della cartella clinica MilleWin

**Scambio Dati**  
Permette l'invio o la ricezione dei dati dagli archivi di riferimento (per i confronti e l'audit clinico) e l'aggiornamento automatico del programma

**Pannello di Controllo**  
Configurazione avanzata dell'applicazione, documentazione relativa al programma e supporto tecnico

genomedics Millennium  
Realizzato su specifiche professionali della Società Italiana di Medicina Generale

# Cosa è “MilleGPG”

- **Analizza**, mediante indicatori di processo ed esito intermedio la qualità dell'assistenza nelle patologie croniche
- **Evidenzia** le criticità che potrebbero mettere a rischio i pazienti per interventi carenti, inappropriati o errati
- **Valuta** l'appropriatezza prescrittiva di alcune categorie di farmaci e il rispetto delle note AIFA
- **Migliora** le procedure e il follow-up dei malati cronici

# Migliorare l'appropriatezza terapeutica

MilleGPG (MEDEA ANTONIO GERARDO - 8YNTW61)

**MilleGPG** GENERAL PRACTICE GOVERNANCE

Modulo **Appropriatezza terapeutica**

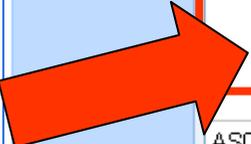
Home > Appropriatezza > Statine

**Analisi appropriatezza prescrittiva delle STATINE**      Data Analisi: 14/11/2009      [Esegui Analisi](#)      [Stampa](#)      [Esporta](#)

 **Statine**

Il criterio che è stato utilizzato per stabilire se un paziente è o non è in terapia con statine (in fascia A o C) è legato alla prescrizione (almeno 1 confezione/anno) o meno di farmaci con codice ATC "C10AA%" o "C10BA02%" nel periodo relativo a 12 mesi dal momento dell'analisi

Codice	Criteri di selezione dei pazienti	Totale	IN terapia con Statine (fascia A)	IN terapia con Statine (fascia C)	NON IN terapia con Statine
AS01	Soggetti con pregressi eventi CV cardiaci e/o cerebrali e/o vasculopatia periferica e/o interventi di rivascolarizzazione e/o diabete di tipo 1 o 2, in prevenzione secondaria con altissima probabilità di una terapia con statine per valori di LDL $\geq$ 100 mg/dl	265	117 <a href="#">Pazienti</a>	117 <a href="#">Pazienti</a>	120 <a href="#">Pazienti</a>
AS02	Soggetti con rischio CV $\geq$ 20% calcolato con l'algoritmo del progetto ISS-Cuore, in assenza delle condizioni considerate nel gruppo AS01, con altissima probabilità di una terapia con statine per valori di LDL $\geq$ 100 mg/dl <a href="#">Criteri di selezione</a>   <a href="#">Dettaglio</a>	2	2 <a href="#">Pazienti</a>	0 <a href="#">Pazienti</a>	6 <a href="#">Pazienti</a>
AS03	Soggetti con LDL $\geq$ 160 mg/dl in assenza delle condizioni considerate nel gruppo AS01 e AS02, che potrebbero necessitare di una terapia con statine in copresenza di altri fattori di RCV <a href="#">Dettaglio</a>	5	2 <a href="#">Pazienti</a>	3 <a href="#">Pazienti</a>	29 <a href="#">Pazienti</a>
AS04	Soggetti con diagnosi di ipercolesterolemia o dislipidemia in assenza delle condizioni considerate nei gruppi AS01, AS02 e AS03, che potrebbero necessitare di una terapia con statine se affetti da una forma familiare di dislipidemia <a href="#">Criteri di selezione</a>   <a href="#">Dettaglio</a>	118	88 <a href="#">Pazienti</a>	35 <a href="#">Pazienti</a>	115 <a href="#">Pazienti</a>



 **Versione beta 1 (scade il 30 novembre 2009)**

 **genomedics**  
health core consultants

 **Millennium**  
QUALITÀ PER LA MEDICINA GENERALE

Realizzato su specifiche professionali della Società Italiana di Medicina Generale

# Audit di gruppo

**MilleGPG** GENERAL PRACTICE GOVERNANCE Audit Clinico

Home ▶ Audit Clinico ▶

Analisi sintetica   Analisi per problema   **Analisi di gruppo**

DM TIPO 2   EPILESSIA   ICTUS-TIA   IPERTENSIONE   IPOTIROIDISMO   LOMBALGIA   **MAL. COR.**   MRGE   PREV. CV   PREV. GI   SCOMPENSO   ULCERA

Problema: MALATTIA CORONARICA Reset

Indicatore	LAP	Ideale	HS	C406Q	F205J	F205K	Media Gruppo
Prevalenza malattia coronarica	2%	2,5%	3,76%	0,46	5,12	5,73	3,46
Pazienti con dato abitudine al fumo registrato	90%	100%	78,01%	0	100	92,68	70,2
Pazienti con almeno una registrazione di pressione arteriosa	70%	100%	40,34%	0	100	93,9	80,91
Pazienti con ultimo valore registrato di pressione arteriosa negli ultimi 365 giorni <=	70%	100%	76,60%	0	94,12	82,22	77,37
Pazienti con almeno una registrazione di creatininemia negli ultimi 15 mesi	70%	90%	75,56%	0	94,87	58,54	67,93
Pazienti con almeno una visita cardiologica e/o un ECG da sforzo (cicloergometro)	90%	100%	83,93%	0	89,74	85,37	80,37
Pazienti con almeno una registrazione di colesterolo LDL negli ultimi 15 mesi	70%	90%	38,10%	0	74,36	59,76	45,62
Pazienti con ultimo valore di LDL negli ultimi 15 mesi < 100 mg/dl	50%	70%	42,11%	0	53,7	44,9	43,39
Pazienti con almeno una prescrizione di antiaggreganti piastrinici/TAO (ATC: B01A) negli ultimi 365 giorni	70%	90%	69,49%	100	69,23	74,39	78,05
Pazienti con almeno una prescrizione di beta-bloccanti (ATC: C07%) negli ultimi 365 giorni	50%	70%	43,35%	100	50	47,56	58,23
Pazienti con almeno una prescrizione di ACE-Inibitori/Sartani (ATC: C09%) negli ultimi 365 giorni	70%	90%	59,32%	0	65,38	60,98	60
Pazienti con vaccinazione antinfluenzale negli ultimi 365 giorni	70%	90%	35,11%	0	0	3,66	16,63

# Sintesi

- In medicina generale è necessario
  - Identificare le priorità ....
  - ... tenendo conto delle risorse di tempo e di organizzazione
  - Utilizzare interventi di provata efficacia ...
  - ... sfruttando al meglio quanto già disponibile (software, occasioni di contatto con il paziente, ecc.)
  - Documentare e verificare la quantità/qualità degli interventi realizzati.

A photograph of a theater stage. Red curtains are pulled back to reveal a dark stage with a wooden floor. The word "Fine" is written in white cursive in the center of the stage.

*Fine*

*forse...*