

TAKE HOME

Paolo Antonucci

È possibile migliorare la pratica clinica?

1. L'aderenza alla terapia post-IMA è un indicatore di processo che consente di attivare audit clinici e organizzativi per migliorare l'assistenza territoriale e ospedaliera.
2. Lo studio delle componenti della varianza permette di identificare gli assi di intervento, **orientando le politiche sanitarie verso obiettivi specifici**.
3. Tra i possibili strumenti di intervento, questo progetto di ricerca implementerà una serie di *eventi* in medicina generale, valutandone la capacità di modificare la pratica clinica e migliorare l'aderenza del paziente ai trattamenti farmacologici *evidence-based*.

Perchè è importante la “research synthesis”

- Nessun clinico è in grado di essere continuamente aggiornato sulla letteratura scientifica rilevante per rispondere ai diversi quesiti clinici (20 articoli/die)
- Le RS rappresentano una risposta “pratica” al sovraccarico informativo
- La disponibilità di sintesi delle conoscenze dovrebbe aiutare a ridurre il gap tra conoscenze e pratica e ridurre l’inappropriatezza di trattamento....

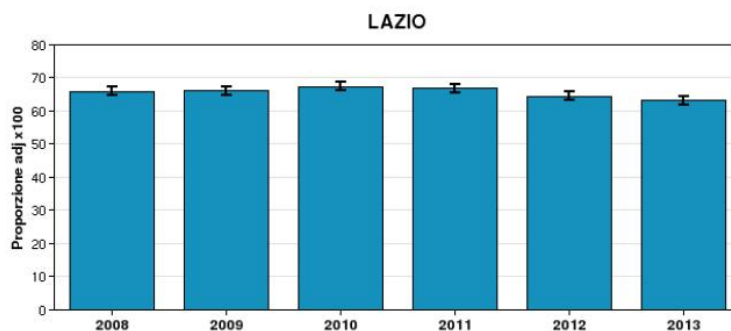
Antiaggreganti piastrinici, beta-bloccanti, farmaci con azione sul sistema renina-angiotensina, statine

Nei pazienti che hanno avuto un infarto acuto del miocardio il trattamento farmacologico con antiaggreganti piastrinici, beta-bloccanti, farmaci con azione sul sistema renina-angiotensina e statine sono raccomandati perché efficaci nel ridurre l'occorrenza di nuovi eventi coronarici.

La terapia farmacologica raccomandata dalle linee guida internazionali per i pazienti sottoposti a PTCA consiste nell'utilizzo di farmaci antiaggreganti immediatamente prima e dopo l'intervento, basata sull'assunzione di un inibitore dell'aggregazione piastrinica fino a 12 mesi dopo e di Acido Acetilsalicilico (ASA) indefinitamente. Diversi studi hanno evidenziato come trattamenti antiaggreganti non tempestivi, non adeguati o interrotti prematuramente possono essere associati ad una maggiore incidenza di esiti avversi cardiovascolari.

Inibitore dell'aggregazione piastrinica fino a 12 mesi
Acido Acetilsalicilico (ASA) indefinitamente

IMA: trattamento con almeno 3 farmaci indicati dalle linee guida (antiaggreganti, beta-bloccanti, sostanze che agiscono sul sistema renina-angiotensina e statine) in un anno Lazio 2014



D/EP/Lazio

SISTEMI SANITARI REGIONALI
ASL ROMA E REGIONE LAZIO

FARMACI PER LA PREVENZIONE SECONDARIA IMA: CONSUMI SSN ANNO 2014

	ITALIA		LAZIO		ASL RME	
	DDD x 1000 ASS./ DIE ANNO 2014	VAR. % DDD 2014 vs 2013	DDD x 1000 ASS./ DIE ANNO 2014	VAR. % DDD 2014 vs 2013	DDD x 1000 ASS./ DIE ANNO 2014	VAR. % DDD 2014 vs 2013
ANTIAGGREGANTI	61,4	-5,1	73,4	10,5	66,7	10,6
BETA-BLOCCANTI	48,1	3,2	44,0	2,6	45,7	0,7
STATINE	70,4	5,2	81,0	13,5	80,5	14,4
FARMACI SRA	220,5	1,4	237,3	0,2	230,6	0,5



CRITICITÀ NELLA ASL RME

- **associazione Simvastatina+Ezetimibe:** aumento del 20,1 % nel 2014 (+ 16 % vs Lazio e + 58 % vs Italia)
- **Statine:** aumento spesa del 12,3 % vs 2014 (-4,9 % vs Lazio e + 13,7 % vs Italia) e DDD +14 % vs 2014
- **Olmesartan:** spesa più alta rispetto alla R. Lazio (+ 1,7 %) e Italia (+ 19,6 %)
- **PPI:** aumento dei consumi (DDD +3,5 %) e diminuzione spesa del 8% vs 2014 (spesa – 6,3 % vs Lazio e +9,8 % vs Italia)
- **Enoxaparina:** 4° principio attivo per spesa nel 2014 pari a circa 2,2 milioni (+ 10,2 % vs Lazio e + 95 % vs Italia)

OSSERVATORIO NAZIONALE
SULL'IMPIEGO DEI MEDICINALI

Indicatore di processo: si passa da un sistema che identifica come inappropriato un uso dei farmaci che induce un consumo in eccesso (o in difetto) rispetto al consumo medio, a un sistema che identifica come inappropriato un uso dei farmaci effettuato al di fuori delle raccomandazioni per cui ne è stata sperimentata l'efficacia o concessa la rimborsabilità"

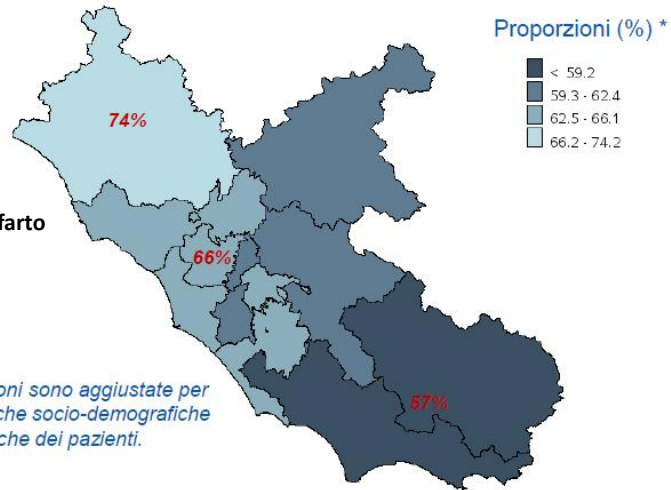
Le basi degli indicatori di processo:

Correlazione agli esiti clinici. L'aderenza delle modalità prescrittive a standard predefiniti, intese come quelle modalità prescrittive per cui esiste una raccomandazione scientifica, è un fattore positivamente associato al miglioramento dello stato di salute del paziente (esiti clinici) e alla ottimizzazione/minimizzazione del consumo di risorse sanitarie (esito economico)

Aderenza alla poli-terapia cronica, per ASL di assistenza

Circa il 63%
Dei pazienti con pregresso infarto
Risultava aderente
Alla politerapia cronica

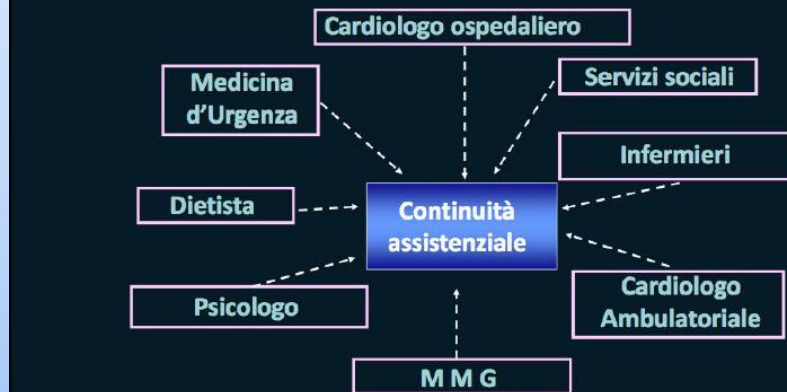
** Le proporzioni sono aggiustate per
le caratteristiche socio-demografiche
e cliniche dei pazienti.*



D/EP/Lazio

DOTTORE SUI RIFUGI REGIONALI
ASL ROMA E REGIONE LAZIO

Cultura comune





Da approccio assistenziale paternalistico con **ruolo passivo** dell'assistito, tipico della cura delle fasi acute della malattia

alla necessità che l'assistito svolga un **ruolo attivo**, consapevole nella gestione del proprio stato di salute (autogestione)

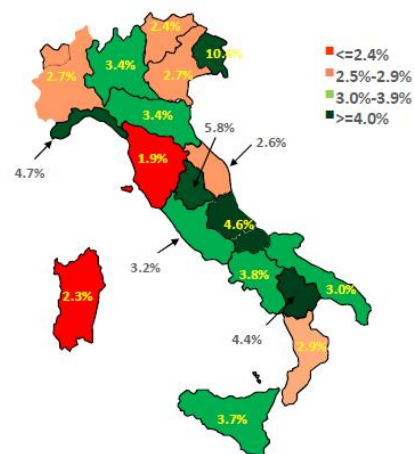
DA MEDICINA DI ATTESA A MEDICINA DI INIZIATIVA

Health Search - CSD LPD: GPs network

Period covered: 1998-2013

about 1000 GPs, covering 3.4% of the Italian adult population

- 2 millions patients
- 26 millions diagnoses
- 130 millions diagnostic procedures
- 180 millions drug prescriptions
- mean follow-up: 10 years



MilleGPG - Utente: OVIDIO BRIGNOLI

MilleGPG
GENERAL PRACTICE GOVERNANCE

Verifica le patologie non codificate con la **Analisi Inappropriatezze**

Analisi Sintetico | Analisi per Problema | GPG Score | ITOT Score | Audit Benchmark | Progetti personali

AUDIT CLINICO

Tutti gli indicatori
Elenco di tutti gli indicatori raggruppati per problema

- CANCRO**
Area Oncologica
- DIABETE MELLITO TIPO 2**
Area Metabolica
- ICTUS-TIA**
Area Cardiovascolare
- IPERTENSIONE**
Area Cardiovascolare
- LOMBALGIA**
Area Osteomioarticolare e del movimento
- PREVENZIONE CV**
Area Cardiovascolare
- ULCERA**
Area Gastroenterologica
- ASMA**
Area Pneumologica
- DEMENZA**
Area Neuro-Psichiatrica
- EPILESSIA**
Area Neuro-Psichiatrica
- INSONNIA**
Area Neuro-Psichiatrica
- IPB (IPERTROFIA PROSTATICA)**
Area Urologica
- MALATTIA CORONARICA**
Area Cardiovascolare
- PREVENZIONE GI**
Area Gastroenterologica
- BPCO**
Area Pneumologica
- DEPRESSIONE**
Area Neuro-Psichiatrica
- FIBRILLAZIONE ATRIALE**
Area Cardiovascolare
- IRC (INSUFF. RENALE CRONICA)**
Area Nefrologica
- IPOTIROIDISMO**
Area Metabolica
- MRGE**
Area Gastroenterologica
- SCOMPENSO**
Area Cardiovascolare

Versione: 3.6 Giugno 2015

Realizzato su specifiche professionali della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie

MilleGPG - Utente: OVIDIO BRIGNOLI

MilleGPG
GENERAL PRACTICE GOVERNANCE

Confronta le performance con quelle dei colleghi, accedi a **Audit Benchmark**

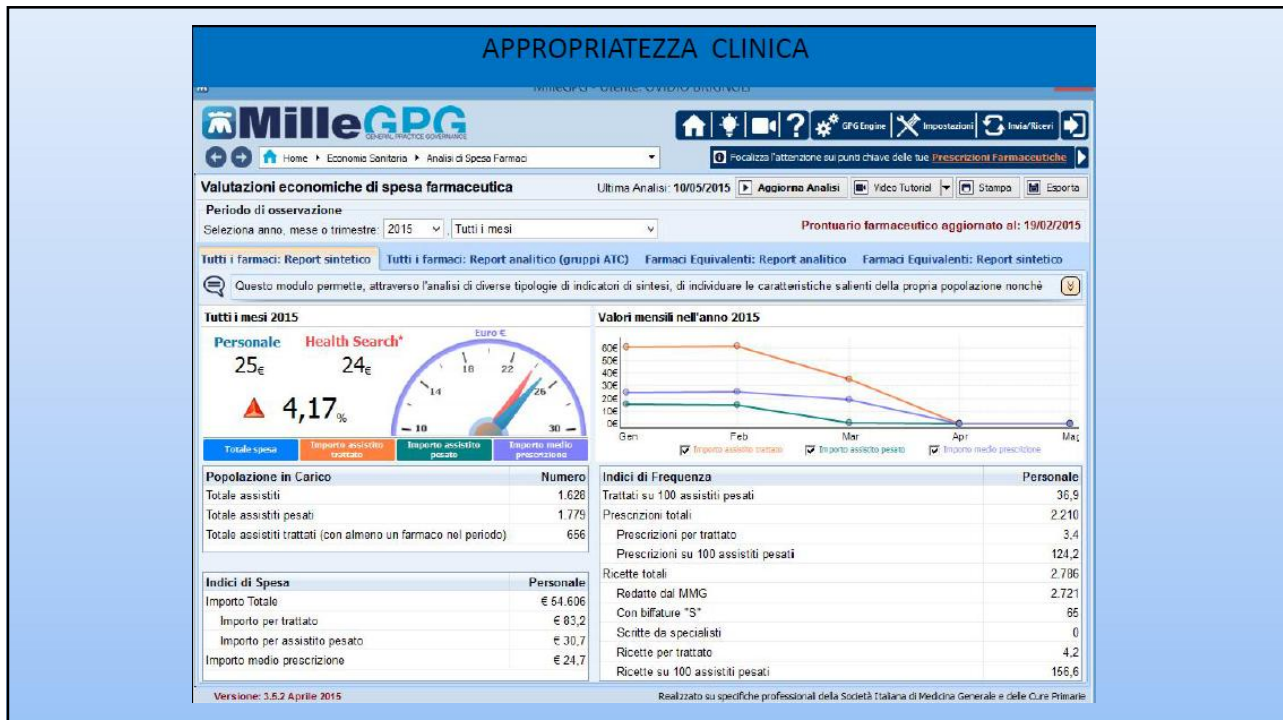
ASMA | BPCO | CANCRO | DEMENZA | DM 2 | PA | ICTUS-TIA | INSONNIA | IRC | IPERTENSIONE | IPB | IPOTIROIDISMO | LOMBALGIA | MAL. COR. | MRGE

Problema: MALATTIA CORONARICA (Problema attivo) Ultima Analisi: 22/05/2015 **Aggiorna Analisi** Stampa Esporta

Codice	Criticità del problema	Pazienti	Chi sono?
C-MC01	Pazienti con diagnosi di Malattia Coronarica	63	Pazienti
C-MC02	Pazienti con diagnosi di Malattia Coronarica senza dato abitudine al fumo registrato negli ultimi 2 anni	42 su 63	Pazienti
C-MC03	Pazienti con diagnosi di Malattia Coronarica senza almeno una registrazione di PA negli ultimi 12 mesi	30 su 63	Pazienti
C-MC04	Pazienti con diagnosi di Malattia Coronarica con ultimo valore registrato di PA \geq 140/90 mmHg negli ultimi 12 mesi	10 su 63	Pazienti
C-MC05	Pazienti con diagnosi di Malattia Coronarica senza almeno una registrazione di creatinemia negli ultimi 15 mesi	23 su 63	Pazienti
C-MC06	Pazienti con diagnosi di Malattia Coronarica senza almeno una visita cardiologica e/o un ECG da sforzo (cicloergometro)	11 su 63	Pazienti
C-MC07	Pazienti con diagnosi di Malattia Coronarica senza almeno una registrazione di colesterolo LDL negli ultimi 15 mesi	54 su 63	Pazienti
C-MC08	Pazienti con diagnosi di Malattia Coronarica con ultimo valore di LDL \geq 1,81 (\geq 70 mg/dl) negli ultimi 15 mesi	1 su 63	Pazienti
C-MC09	Pazienti con diagnosi di Malattia Coronarica senza prescrizioni di antiaggreganti piastinici/TAO/NAO (ATC: B01AA%, B01AC%, B01AE%, B01AF%) negli ultimi 365 gg	8 su 63	Pazienti
C-MC10	Pazienti con diagnosi di Malattia Coronarica senza prescrizioni di beta-bloccanti (ATC: C07%) negli ultimi 12 mesi	17 su 63	Pazienti
C-MC11	Pazienti con diagnosi di Malattia Coronarica senza prescrizioni di ACE-inibitori/Sartani (ATC: C09%) negli ultimi 12 mesi	17 su 63	Pazienti
C-MC12	Pazienti con diagnosi di Malattia Coronarica senza registrazione della vaccinazione antinfluenzale negli ultimi 12 mesi	27 su 63	Pazienti
C-MC13	Pazienti con diagnosi di Malattia Coronarica con ultimo valore di colesterolo LDL \geq 1,81 (\geq 70 mg/dl) senza prescrizioni di statine (ATC: C10AA%, C10BA02%) negli ultimi 180 giorni	6 su 63	Pazienti

Versione: 3.6 Giugno 2015

Realizzato su specifiche professionali della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie



Una "regia di sistema" delle patologie croniche a rilevante impatto sanitario - sociale – economico: azioni chiave

- Sistema informativo integrato per un monitoraggio permanente e complessivo delle patologie croniche
- Progettazione azioni di "regia" dell'ASL con coinvolgimento degli attori
 - PDTA Territorio – Ospedale
 - Strumenti professionali di riferimento
 - Ritorni informativi personalizzati
 - Formazione e aggiornamento contestualizzati
 - Confronto tra pari
- Verifica e riprogettazione sulla base dei riscontri

Fulvio Lonati - Dipartimento Cure Primarie - ASL di Brescia- Ovidio Brignoli -MMG Brescia
Milano, 20 aprile 2015

Handicap Medicina Generale

Possibilità di avere collaboratori di studio e personale infermieristico

La rete che sul Territorio collabora con il MMG deve essere efficiente, senza l'uso delle richieste «urgenti» e senza ricorrere al «privato»

La cronicità e' spesso completamente e disgraziatamente sulle spalle delle famiglie:
Affrontare le cure sul territorio significa anche occuparsi del sociale

Per spostare sul territorio un po' di tecnologia avanzata bisogna liberare tempo ed offrire possibilità pratiche nel lavoro di tutti i giorni di far crescere tali attività, altrimenti rimangono del tutto marginali

Si può continuare a credere nelle belle favole delle AFT e delle iso-risorse ?

Approccio alla Medicina Generale:

Di tipo nuovo: matematico – amministrativo – tecnologico

Di tipo tradizionale: umanistico, dove si senta però la necessità di riformare l'EBM tenendo maggiormente presenti i principi del fallibilismo e del razionalismo critico

I giovani medici sentono il bisogno di concretezza nel dibattito tra teoria e prassi.

La teoria prevale: chi non la possiede, non passa gli esami !