

# CONOSCERE MILLEGPG

**INSERTO SPECIALE N.4  
OTTOBRE-NOVEMBRE 2012**

- **Appropriatezza Prescrittiva**

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

- **Supporti Professionali (Ripulitura Archivi)**

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

# CONOSCERE MILLEGPG



## APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

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

Dott. Gaetano D'Ambrosio

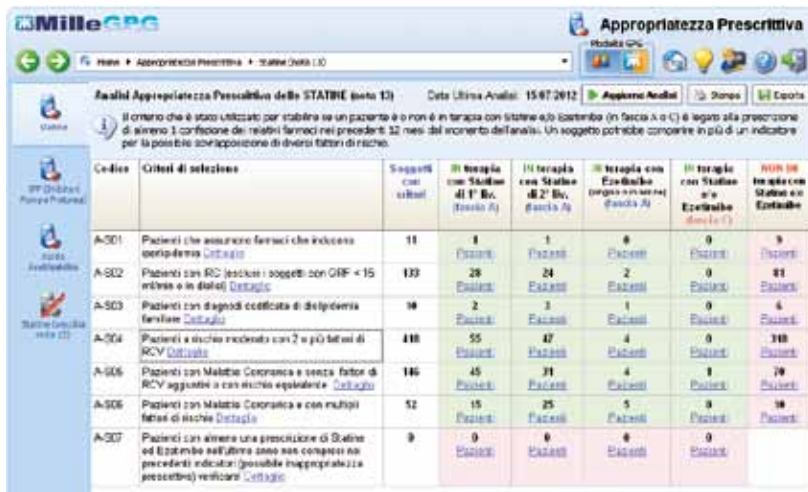
MMG (Bisceglie, BT) e Membro del Comitato Scientifico GPG

Il caso esemplificato nel capitolo precedente, relativo alla mancata prescrizione della terapia antitrombotica in un paziente con fibrillazione atriale ad alto potenziale tromboembolico, ha evidenziato il possibile rischio clinico connesso con la mancata attuazione di una procedura di prevenzione.

Situazioni analoghe possono verificarsi nell'ambito della prevenzione degli eventi su base aterotrombotica. In questo campo l'utilizzo delle statine si è rivelato fondamentale ma la terapia è pienamente efficace solo se si raggiungono livelli di colesterolo LDL sufficientemente bassi e calibrati per ciascuna condizione di rischio (cosiddetti "target terapeutici").

La nuova versione della nota 13 ribadisce questo concetto ed individua strategie di intervento ben definite (statine a bassa efficacia ➔ statine ad alta efficacia ➔ associazione statina / ezetimibe) per ciascuna categoria di pazienti. Ne deriva un algoritmo di trattamento piuttosto complesso la cui implementazione può essere difficilmente realizzata senza una verifica periodica delle procedure adottate e degli obiettivi raggiunti. In questo contesto il rischio maggiore è quello di non offrire al paziente una protezione adeguata e di esporlo alla possibilità di incorrere in eventi cardiovascolari potenzialmente evitabili. Tale condizione può verificarsi non solo per omissione del trattamento con statine ma anche per il mancato conseguimento dei target terapeutici che, a sua volta, può essere determinato prevalentemente da due fattori: l'inerzia terapeutica del medico (mancato utilizzo di dosaggi elevati o di farmaci a più elevata efficacia) e/o la scarsa aderenza del paziente alla terapia.

Come fare a gestire tanta complessità? MilleGPG ci mette a disposizione uno strumento potentissimo nella sezione "Appropriatezza prescrittiva ➔ Statine (Nota 13)" (Figura 1).



Codice	Criteri di selezione	Soggetti con cui	in terapia con Statine di 1 <sup>a</sup> Bc (Rosuvastatina)	in terapia con Statine di 2 <sup>a</sup> Bc (Atorvastatina)	in terapia con Ezetimibe (dosaggio massimo 10 mg) associato a Statina di 1 <sup>a</sup> Bc	in terapia con Statine di 1 <sup>a</sup> Bc associato a Ezetimibe (dosaggio 10 mg)	non in terapia con Statine o con Ezetimibe
A-S01	Pazienti che assumono farmaci che inducono miopatia	11	1	1	0	0	9
A-S02	Pazienti con RC (esclusi i soggetti con GRF < 15 ml/min o in dialisi)	133	28	24	2	0	81
A-S03	Pazienti con diagnosi codificata di dislipidemia familiare	10	2	3	1	0	4
A-S04	Pazienti a rischio moderato con 2 o più fattori di RCV	118	55	47	4	0	110
A-S05	Pazienti con Malattia Coronarica e senza fattori di RCV aggiuntivi a cui risulta equivalente	146	45	31	4	1	70
A-S06	Pazienti con Malattia Coronarica e con multipli fattori di rischio	52	15	25	5	0	18
A-S07	Pazienti con almeno una prescrizione di Statina ed Ezetimibe nell'ultimo anno non compresi nei precedenti indicatori (possibile inappropriata prescrizione) verificare	9	0	0	0	0	0

Figura 1: indicatori riguardanti l'appropriatezza prescrittiva delle statine secondo la nota 13.

# CONOSCERE MILLEGPG



## APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

Gli indicatori da A-S01 a A-S06 contemplano le condizioni cliniche previste dalla nota 13 che autorizzano la prescrizione delle statine a carico del Sistema Sanitario Nazionale. In particolare: A-S04 si riferisce ai pazienti a rischio “intermedio”, A-S05 ai pazienti a rischio “alto”, A-S06 ai pazienti a rischio “molto alto”. L’indicatore A-S07, invece, ricerca i pazienti trattati con statine ma che non sono compresi nelle precedenti categorie e che, pertanto, sono trattati verosimilmente in modo non appropriato (ultima riga in basso con sfondo rosa). Un’altra area di inappropriatezza, questa volta per difetto, è rappresentata dall’ultima colonna a destra, costituita dai pazienti che pur rientrando nelle categorie di rischio previste dalla nota 13, non sono sottoposti a trattamento. Cliccando su queste caselle possiamo facilmente identificare i pazienti trattati inappropriatamente per difetto o per eccesso, in modo analogo a quanto abbiamo fatto nel paragrafo 5 a proposito della terapia antitrombotica.

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

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  $\leq 100$  mg/dl. Il motivo potrebbe essere aver utilizzato una statina di primo livello e, quindi, di più bassa efficacia (inerzia terapeutica). Tuttavia, se osserviamo la prima e le ultime due colonne della tabella, notiamo che molti pazienti hanno fatto un uso discontinuo della terapia. Ciò si deduce facilmente dal numero di pezzi prescritti in un anno e considerando che la maggior parte delle confezioni di statina contiene 28 dosi pari a 4 settimane di terapia. Nei pazienti a bassa o media intensità di trattamento il mancato raggiungimento del target potrebbe essere dovuto principalmente all’utilizzo discontinuo del farmaco piuttosto che al dosaggio insufficiente o alla scelta della molecola.

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

Pazienti in terapia con statine di 1° liv. (fascia A)

**A-S05**  
Pazienti con Malattia Coronarica e senza fattori di RCV aggiuntivi e con rischio equivalente

Classificazione dell'intensità di trattamento:  
 >= 1 a 4 confezioni = Basso  
 >= 5 a 8 confezioni = Medio  
 >= 9 in su = Alto

Attenzione: alcuni pazienti possono comparire sia nell'elenco della fascia A che della fascia C, se nel frattempo è stata modificata la modalità di prescrizione della statina.  
 Suggerimento: è possibile ordinare ogni colonna della tabella cliccando sulla relativa intestazione.

Intensità di trattamento	Cognome	Nome	Nascita	Sexo	Età	Ultimo LDL	Data LDL	Malattia Coronarica	N. pezzi prescritti nel 12 mesi	Indice di intensità di trattamento
Basso	P	VINCENZO		M	66	181	05/01/2012		4	0.31
Basso	S	GIUSTINA		F	80	101	26/02/2012		4	0.31
Medio	D	ROSA		F	80	112	12/01/2012		6	0.45
Medio	C	VITO		M	73	71	27/04/2012		6	0.45
Medio	L	PASQUA		F	75	128	06/04/2012		6	0.45
Medio	D	MARIA		F	92			✓	7	0.54
Medio	lv	GIULIO		M	58	79	25/05/2012		8	0.61
Medio	R	VINCENZO		M	68	74	14/09/2011		8	0.61
Medio	S	EMILIA		F	47	196	13/12/2011		8	0.61
Medio	C	POPA		F	68	90	22/05/2012		8	0.61
Medio	S	MARIA ELISA		F	68	207	27/04/2012		8	0.61
Alto	L	ROSA		F	70	64	30/11/2011	✓	10	0.77
Alto	D	SILVANA		F	75	90	25/11/2011		10	0.77

Figura 2:  
elenco dei pazienti a rischio cardiovascolare elevato trattati con statine di primo livello

## CONOSCERE MILLEGPG



### SUPPORTI PROFESSIONALI (RIPULITURA ARCHIVI)

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

Dott. Gaetano D'Ambrosio

*MMG (Bisceglie, BT) e Membro del Comitato Scientifico GPG*

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

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

Ne deriva che, se deceduti e revocati rimangono nella lista dei pazienti attivi, il numeratore resta inalterato, perché deceduti e revocati non presentano ovviamente dati registrati recentemente, mentre il denominatore è falsamente aumentato. Come risultato otterremo una sottostima del valore dell’indicatore. Verificare l’esistenza di questo problema è molto facile: basta confrontare il numero di assistiti per i quali la ASL corrisponde la quota capitaria con il numero di pazienti attivi presenti in archivio. In realtà può accadere che anche gli archivi della ASL non siano stati depurati di alcuni soggetti deceduti o trasferiti. In tal caso si rischia di dover restituire quote capitarie percepite indebitamente o, peggio, di essere esposti all’azione giudiziaria e/o alla agogna mediatica.

Nella sezione “Supporti professionali”, MilleGPG ci mette a disposizione uno strumento potente, denominato “Ripulitura archivi Millewin” (*Figura 3*), che ci consente di identificare singolarmente i pazienti che con alta probabilità non sono più nella lista dei nostri assistiti. Vengono, infatti, ricercati i soggetti che pur avendo un’età avanzata o essendo affetti da patologie croniche rilevanti, non hanno avuto alcun contatto con il medico in un arco temporale sufficientemente ampio.

# CONOSCERE MILLEGPG



## SUPPORTI PROFESSIONALI (RIPULITURA ARCHIVI)

Codice	Criteri utilizzati	Totale	Elenco
RA01	Gruppo 1 - Probabilità di cancellazione molto alta ☆☆☆☆☆ Soggetti di età superiore a 100 anni e nessun contatto da oltre 6 mesi	0	Pazienti
RA02	Gruppo 1 - Probabilità di cancellazione molto alta ☆☆☆☆☆ Soggetti con nessun contatto da oltre 6 mesi	0	Pazienti
RA03	Gruppo 2 - Probabilità di cancellazione alta ☆☆☆☆☆ Soggetti che hanno ricevuto morfina o con trapianto d'organo e nessun contatto da oltre 3 mesi	0	Pazienti
RA04	Gruppo 2 - Probabilità di cancellazione alta ☆☆☆☆☆ Soggetti di età tra 95 e 99 anni e nessun contatto da oltre 6 mesi	0	Pazienti
RA05	Gruppo 3 - Probabilità di cancellazione buona ☆☆☆☆☆ Soggetti con diagnosi di neoplasia o con altre patologie croniche e nessun contatto da oltre 1 anno	0	Pazienti
RA06	Gruppo 3 - Probabilità di cancellazione buona ☆☆☆☆☆ Soggetti con nessun contatto da oltre 4 anni	0	Pazienti
RA07	Gruppo 3 - Probabilità di cancellazione buona ☆☆☆☆☆ Soggetti di età tra 90 e 94 anni e nessun contatto da oltre 6 mesi	0	Pazienti
RA08	Gruppo 4 - Probabilità di cancellazione discreta ☆☆☆☆☆ Soggetti con patologia cronica e nessun contatto da oltre 6 mesi	6	Pazienti
RA09	Gruppo 4 - Probabilità di cancellazione discreta ☆☆☆☆☆ Soggetti con nessun contatto da oltre 3 anni	5	Pazienti
RA10	Gruppo 5 - Probabilità di cancellazione discreta ☆☆☆☆☆ Soggetti con nessun accesso da oltre 2 anni	25	Pazienti
RA11	Gruppo 6 - Probabilità di cancellazione bassa ☆☆☆☆☆ Pazienti che non utilizzano il servizio da oltre 60 giorni consecutivi	211	Pazienti

Figura 3: Ripulitura Archivi - gli strumenti per individuare i pazienti che potrebbero non essere più nella lista dei nostri assistiti.

Si tratta di pazienti probabilmente deceduti o revocati o, in alternativa, di pazienti cosiddetti “low attenders” ovvero di soggetti che frequentano poco o nulla il nostro ambulatorio anche se, in qualche caso, ne avrebbero grande bisogno. Individuare questi assistiti significa evitare che si sottraggano a possibili interventi sugli stili di vita, a procedure di prevenzione e, talora, alla cura di importanti malattie.

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




**MilleGPG**  
 GENERAL PRACTICE GOVERNANCE  
 risponde ai tuoi bisogni, rivoluziona la tua professione


**MilleGPG**  
 GENERAL PRACTICE GOVERNANCE  
**PATIENT**

Scarica la più recente versione di MilleGPG dal sito web: [www.millegpg.it](http://www.millegpg.it)

Il programma è completamente gratuito in versione dimostrativa