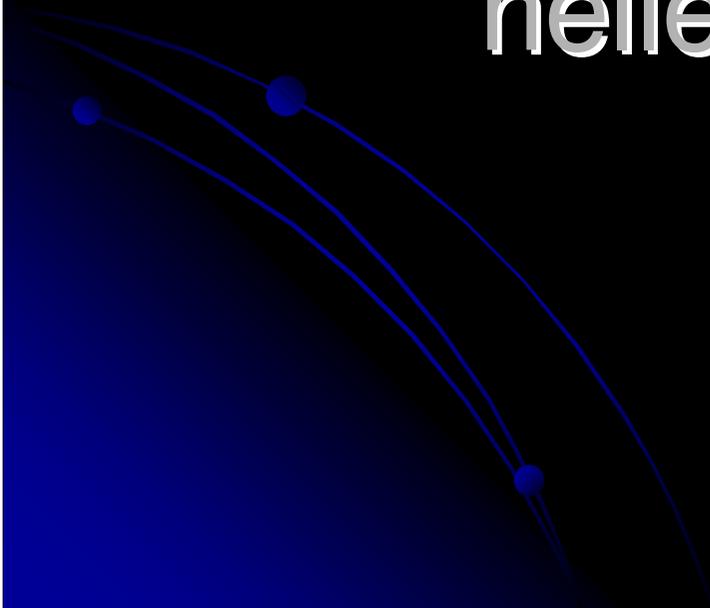


**1 ° Conferenza delle Cure  
Primarie  
Bologna 25-26 febbraio 2008**

**Claudio Cricelli  
Presidente**

**Società Italiana di Medicina Generale  
European Medical Association GPs**

**Un sistema sanitario orientato  
dagli obiettivi di cura ,  
finanziato secondo l'efficienza  
allocativa e guidato dalla MG  
nelle cure primarie**



# Obiettivo

**Migliorare la qualità  
dell'assistenza sanitaria  
attraverso l'uso di strumenti  
tecnologici di autovalutazione  
della performance sanitaria**



Elementi di criticità e di  
innovazione :  
l'evoluzione del SSN passa  
per un processo che porti alla  
Accountabilità globale del  
sistema sanitario e alla  
programmazione sanitaria per  
obiettivi



# Obbiettivi di “sistema “ per le cure primarie

La definizione degli obbiettivi del sistema è indispensabile poiché:

**Definisce i termini del “contratto sanitario “ dei diritti e dei doveri e della offerta di prestazioni per**

- Cittadini
- Operatori sanitari
- Strutture e manager del SSN

**Table 2** Availability of evidence or information on primary care interventions

Intervention	Availability of information						Comments
	Relative risk reduction	Absolute risk reduction	% of patients eligible	Current uptake rate in those eligible	Cost effectiveness	Risk reduction translated to improved health outcome at population level	
Aspirin for patients at high risk of coronary or ischaemic cerebrovascular events	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Further details in tables 3 and 4
Control of hypertension	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Further details in tables 3 and 4
Advice on stopping smoking or nicotine replacement therapy	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Further details in tables 3 and 4
Angiotensin converting enzyme inhibitors for patients with heart failure	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Further details in tables 3 and 4
Statins for patients at high risk of coronary heart disease (secondary prevention)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Further details in tables 3 and 4
Statins for patients at low risk of coronary heart disease (primary prevention)	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Further details in tables 3 and 4
Warfarin for stroke prophylaxis in non-valvular atrial fibrillation	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Further details in tables 3 and 4
Influenza vaccination for those aged >65	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Further details in tables 3 and 4
Diabetes care	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Diabetes care in general practice can achieve standards of care equivalent to or better than hospital outpatient care but does not lead to reduced mortality or hospital admissions. <sup>17</sup> Difficult to translate other reported end points such as glycaemic control and losses to follow up into outcomes such as non-fatal events

**Table 1** Indicators proposed in national framework for assessing performance<sup>2</sup> that are most relevant to primary care

Performance indicators	Available data source	Attributable to health care	Evidence that improved indicator value leads to improved health outcomes
<b>Fair access</b>			
To elective surgery: rates of CABG and PTCA, of hip and knee replacement, and of cataract replacement	Yes	Yes	Unclear what ideal rates should be. Only effective if performed on appropriate patients
To family planning services: conception rates for those aged <16	Yes	Limited extent	Yes
To cancer screening services: % of target population screened for breast and cervical cancer	Yes	Yes, but people can refuse	Yes, though evidence for cervical screening based on observational data
To district nurse contacts: district nurse and assisted district nurse contacts for those aged ≥ 75, and district nurse contacts lasting >30 minutes for same age group	Yes	Yes	No
<b>Effective delivery of appropriate health care</b>			
% of target population vaccinated and % of all orchidopexies for those aged <5	Yes	Yes, but people can refuse vaccination	Vaccination, yes; orchidopexy, limited extent
% of target population screened for breast and cervical cancer (as above)	Yes	Yes, but people can refuse	Yes, though evidence for cervical screening based on observational data
Rates of CABG and PTCA, of hip and knee replacement, and of cataract replacement	Yes	Yes	Only effective if performed on appropriate patients
Age and sex standardised admission rates for severe ENT infection, kidney or urinary tract infection, heart failure ("avoidable admissions")	Yes	Yes, but patients can self refer to accident and emergency units	Unclear how
Age and sex standardised admission rates for asthma, diabetes, and epilepsy ("largely managed in a primary care setting")	Yes	Yes, but patients can self refer to accident and emergency units	Unclear how

**Table 3. Summary Statistics for the Performance of 8105 Family Practices in England with Respect to Clinical Quality Indicators, 2004–2005.\***

Clinical Domain and Summary Statistics	No. of Registered Patients per Practice  <i>mean ±SD (range)</i>	All Clinical Indicators	Subgroup of 30 Indicators for Which Data on Exception Reporting Were Available†		
		Reported Achievement‡	Reported Achievement‡	Estimated Exception-Reporting Rate	Estimated Population Achievement§
			<i>percent</i>		
Overall					
Median		83.4	88.6	6.0	82.9
IQR¶		78.2–87.0	83.4–91.9	4.9–7.7	77.9–86.3
Range		8.2–100	10.7–100	0–85.8	10.4–97.6
Asthma	373±252 (13–2359)				
Median		80.5	75.5	2.7	72.8
IQR¶		73.9–85.7	67.7–82.8	1.3–5.5	63.7–79.5
Range		12.6–100	0–100	0–100	0–100
Cancer	33±26 (1–270)				
Median		91.7			
IQR¶		77.8–97.5			
Range		0–100			
Coronary heart disease	230±166 (2–1994)				
Median		85.7	88.4	7.8	81.9
IQR¶		80.6–89.2	84.5–91.4	5.4–10.4	78.7–84.4
Range		9.1–100	7.8–100	0–87.6	7.1–100
Chronic obstructive pulmonary disease	87±73 (1–731)				
Median		88.7	87.8	8.2	78.7
IQR¶		76.1–94.5	74.2–93.9	4.9–12.8	66.9–85.7
Range		5.4–100	8.0–100	0–100	6.6–100
Diabetes	214±133 (11–1412)				
Median		80.1	89.5	4.7	84.8
IQR¶		75.0–84.0	82.6–94.4	3.3–7.0	78.3–89.6
Range		1.7–100	3.7–100	0–83.9	3.2–99.3

**Table 3.** (Continued).

Clinical Domain and Summary Statistics	No. of Registered Patients per Practice	Subgroup of 30 Indicators for Which Data on Exception Reporting Were Available <sup>†</sup>			
		All Clinical Indicators	Reported Achievement <sup>‡</sup>	Reported Achievement <sup>‡</sup>	Estimated Exception-Reporting Rate
	<i>mean ±SD (range)</i>				
Epilepsy <sup>  </sup>	38±27 (1–224)				
Median		84.2			
IQR¶		75.0–89.3			
Range		0–100			
Hypertension	727±489 (18–4166)				
Median		81.0	92.6	0.9	91.6
IQR¶		76.2–84.9	89.4–94.7	0.5–1.7	88.4–93.9
Range		16.0–100	27.1–100	0–86.1	9.9–100
Hypothyroidism	141±105 (1–1054)				
Median		96.0	96.0	0.8	95.3
IQR¶		93.2–98.2	93.2–98.2	0.0–2.0	92.3–97.7
Range		0–100	0–100	0–87.1	0–100
Mental health	35±33 (1–446)				
Median		93.2	96.4	9.5	85.2
IQR¶		86.3–97.5	91.3–100	3.1–22.7	70.0–93.3
Range		0–100	0–100	0–100	0–100
Stroke	95±80 (1–1816)				
Median		84.4	91.9	6.1	85.4
IQR¶		77.7–89.0	86.1–95.2	3.8–9.0	80.2–89.2
Range		5.7–100	10.5–100	0–90.7	8.0–100

**Table 1.** Examples of Quality Indicators from the 10 Clinical Domains.

Clinical Domain	Indicator No.	Description	Points	Payment Range* (%)
Asthma	6	The percentage of patients with asthma who have had an asthma review in the previous 15 mo	0–20	25–70
Cancer	2	The percentage of patients with cancer (diagnosed since April 1, 2003) reviewed within 6 mo of confirmed diagnosis, including assessment of support needs and review of coordination arrangements with secondary care	0–6	25–90
Chronic obstructive pulmonary disease	3	The percentage of patients with chronic obstructive pulmonary disease in whom diagnosis has been confirmed by spirometry and reversibility testing	0–5	25–90
Coronary heart disease	6	The percentage of patients with coronary heart disease whose last blood pressure measurement (within the previous 15 mo) was 150/90 mm Hg or less	0–19	25–70
Diabetes	12	The percentage of patients with diabetes whose last blood pressure measurement was 145/85 mm Hg or less	0–17	25–55
Epilepsy	4	The percentage of patients 16 years of age or over receiving drug treatment for epilepsy who have been convulsion-free for the previous 12 mo	0–6	25–70
Hypertension	5	The percentage of patients with hypertension in whom the last blood pressure measurement (within the previous 9 mo) was 150/90 mm Hg or less	0–56	25–70
Hypothyroidism	2	The percentage of patients with hypothyroidism with thyroid function tests recorded in the previous 15 mo	0–6	25–90
Mental health	2	The percentage of patients with severe long-term mental health problems reviewed in the preceding 15 mo, including a check on the accuracy of prescribed medication, a review of physical health, and a review of coordination arrangements with secondary care	0–23	25–90
Stroke	8	The percentage of patients with transient ischemic attack or stroke whose last measured total serum cholesterol level (within the previous 15 mo) was 193 mg per deciliter (5 mmol per liter) or less	0–5	25–60

**Table 3** Primary care interventions: relative risk reductions, eligible patients, numbers needed to treat, and total number of preventable deaths or events

Events measured	Relative risk reduction (95% CI) <sup>a</sup>	No of eligible patients in a population of 100 000	No of patients needed to treat to prevent one event <sup>†</sup>	No of preventable events if all eligible patients receive intervention	Comments <sup>‡</sup>
<b>Aspirin for patients at high risk of coronary or ischaemic cerebrovascular events</b>					
Total deaths over 1 year	17% (11% to 23%) <sup>21</sup>	3 000 <sup>22</sup>	62	48	Trials reviewed varied in length of follow up. Largest benefits were seen in first year of follow up. Side effects can be a problem and include intracerebral and gastrointestinal haemorrhage
Vascular deaths over 1 year	18% (12% to 24%) <sup>21</sup>		67	45 MI, stroke, or vascular deaths	
Non-fatal MI over 1 year	35% (27% to 43%) <sup>21</sup>		68	44	
Non-fatal stroke over 1 year	31% (21% to 41%) <sup>21</sup>		111	27	
<b>Control of hypertension</b>					
Total mortality over 4 years	16% (4% to 27%) <sup>23</sup>	17 888 <sup>24</sup>	63	286	There is inconsistency in what constitutes controlled hypertension. Side effects can be a problem
CHD deaths over 4 years	25% (13% to 36%) <sup>23</sup>		100	179	
Cerebrovascular deaths over 4 years	43% (21% to 58%) <sup>23</sup>		116	154	
<b>Advice on stopping smoking or nicotine replacement therapy</b>					
Total deaths over 1 year <sup>§</sup>	13%	30 000 <sup>24</sup>	256	120	Relative risk reduction extrapolated from a UK cohort and may be an overestimate because of confounding
<b>Angiotensin converting enzyme inhibitors for patients with heart failure</b>					
Total deaths over 90 days <sup>§</sup>	23% (12% to 33%) <sup>25</sup>	1 500 <sup>26</sup>	20	76	Patients in many of the trials were younger than those in the general population

**Statins for patients at high risk of coronary heart disease (secondary prevention)**

Total deaths over 5 years	30% (15% to 42%) <sup>27</sup>	1 968 <sup>28</sup>	29	69	Cholesterol lowering is only one of many possibilities to reduce CHD risk. Stroke risk may also be reduced. Essentially, all the deaths prevented were coronary deaths
All coronary deaths over 5 years	42% (17% to 64%) <sup>27</sup>		28	70	
Major coronary events over 5 years	34% (25% to 41%) <sup>27</sup>		13	154	

**Statins for patients at low risk of coronary heart disease (primary prevention)**

Total deaths over 5 years	22% (0 to 40%) <sup>29</sup>	1 394 <sup>28</sup>	111	14	CHD rates have been falling in UK for two decades. This must be taken into account when making projections of population benefits from interventions such as lipid lowering drugs
CHD deaths over 5 years	28% (-10% to 52%) <sup>29</sup>		155	9	
CHD events over 5 years	31% (17% to 43%) <sup>29</sup>		41	34	

**Warfarin for stroke prophylaxis in non-valvular atrial fibrillation**

Deaths over 1 year	33% (9% to 51%) <sup>30</sup>	1 900 <sup>31</sup>	56	33	Side effects can be a problem and include intracerebral haemorrhage. Pooled data were from hospital based trials
Stroke events over 1 year	68% (50% to 79%)		33	58	

**Influenza vaccination for those aged >65**

Deaths each year	68% (56% to 76%) <sup>32</sup>	15 700 <sup>34</sup>	108	146	Effectiveness of vaccine depends on vaccine strain being sufficiently similar to epidemic strain
Influenza episodes each year	58% (26% to 77%) <sup>33</sup>		57	273	

MI, myocardial infarction; CHD, coronary heart disease

**Table 4** Primary care interventions: estimated current uptake, additional number of preventable deaths or events with full uptake in a population of 100 000, and likely cost effectiveness

Intervention	Estimated current uptake among eligible patients (%) <sup>a</sup>	Additional No of preventable deaths or events with full uptake	Likely cost effectiveness <sup>†</sup>
Aspirin for patients at high risk of coronary or ischaemic cerebrovascular events	50	24 deaths over 1 year; 22 vascular deaths over 1 year; 22 non-fatal MIs over 1 year; 59 non-fatal strokes over 1 year	Likely to be cost effective
Control of hypertension	40	171 deaths over 4 years; 107 CHD deaths over 4 years; 92 cerebrovascular deaths over 4 years	Very cost effective for first line drugs, but less so for more expensive drugs and for older people
Advice on stopping smoking or nicotine replacement therapy	34	79 deaths over 1 year	Likely to be cost effective
Angiotensin converting enzyme inhibitors for patients with heart failure	20	60 deaths over 90 days	Likely to be cost effective, especially if treatment started in primary care. The SOLVD trial showed a reduction in hospital admissions of 30% in those receiving the drug
Statins for patients at high risk of coronary heart disease (secondary prevention)	25	52 deaths over 5 years; 53 coronary deaths over 5 years; 116 major coronary events over 5 years	Greatest in patients with highest risk for CHD. Should be used in patients with additional risk factors
Statins for patients at low risk of coronary heart disease (primary prevention)	25	11 deaths over 5 years; 7 CHD deaths over 5 years; 25 CHD events over 5 years	Should be used in patients with additional risk factors. Cost effectiveness low in patients with no previous MI or angina
Warfarin for stroke prophylaxis in non-valvular atrial fibrillation	30	23 deaths each year; 40 stroke events each year	Cost effective, especially if at least one additional risk factor for stroke
Influenza vaccination for those aged >65	30	102 deaths each year; 191 influenza episodes each year	Likely to be cost effective. UK government has recently recommended that all those aged $\geq$ 75 should receive vaccine

**Table 5** Primary care interventions that improve health outcomes and possible performance indicators that reflect their use

Intervention and possible indicators	Evidence that improved indicator value reflects improved health outcomes
<b>Aspirin for patients at high risk of coronary or ischaemic cerebrovascular events</b>	
% of population with diagnosis of IHD	Yes, if appropriate treatment follows diagnosis. Need to compare observed and expected prevalence to estimate undetected IHD
% of population with diagnosis of IHD who take aspirin*	Yes, but need to ensure that observed prevalence of IHD is similar to expected. Need to record advice to buy aspirin
% of population with a diagnosis of ischaemic stroke or TIAs†	Yes, if appropriate treatment follows diagnosis. Need to compare observed and expected prevalence to estimate undetected stroke or TIAs
% of population with diagnosis of ischaemic stroke or TIAs who take aspirin*	Yes, but need to ensure that observed prevalence of stroke and TIAs is similar to expected. Need to record advice to buy aspirin
<b>Control of hypertension</b>	
% of population whose BP recorded in past 5 years*†	Yes, if appropriate treatment follows diagnosis
% of population with diagnosis of hypertension	Yes, if appropriate treatment follows diagnosis. Need to compare observed and expected prevalence to estimate undetected hypertension
% of population identified as hypertensive whose most recent systolic BP <160 mm Hg*	Yes, but need to ensure that observed prevalence of hypertension is similar to expected
% of population identified as hypertensive whose most recent diastolic BP <90 mm Hg	Yes, but need to ensure that observed prevalence of hypertension is similar to expected
% of population identified as hypertensive whose BP recorded in past year†	Yes, if appropriate treatment follows a set of abnormal readings
% of those with diagnosis of IHD whose BP recorded in past year†	Yes, if appropriate treatment follows a set of abnormal readings
% of those with diagnosis of ischaemic stroke or TIA whose BP recorded in past year	Yes, if appropriate treatment follows a set of abnormal readings

Volume of prescribing of benzodiazepines, and ratio of antidepressants to benzodiazepines	Yes	Yes	To some extent
Composite measure of prescribing of combination and modified release products plus "drugs of limited clinical value" and inhaled corticosteroids	Yes	Yes	To some extent
<b>Efficiency</b>			
% generic prescribing	Yes	Yes	No, but savings made can be invested in effective interventions
<b>Health outcomes of NHS care</b>			
Conception rates for those aged <16	Yes	Limited extent	Yes as this is a health outcome indicator
Notification rates for pertussis and measles	Yes	Yes	Yes as this is a health outcome indicator
Emergency hospital admissions for people aged >75	Yes	To some extent, but also reflects social provision	Possibly, but definition of emergency may vary
Rates of emergency psychiatric readmission	Yes	To some extent, but also reflects social provision	Possibly, but definition of emergency may vary

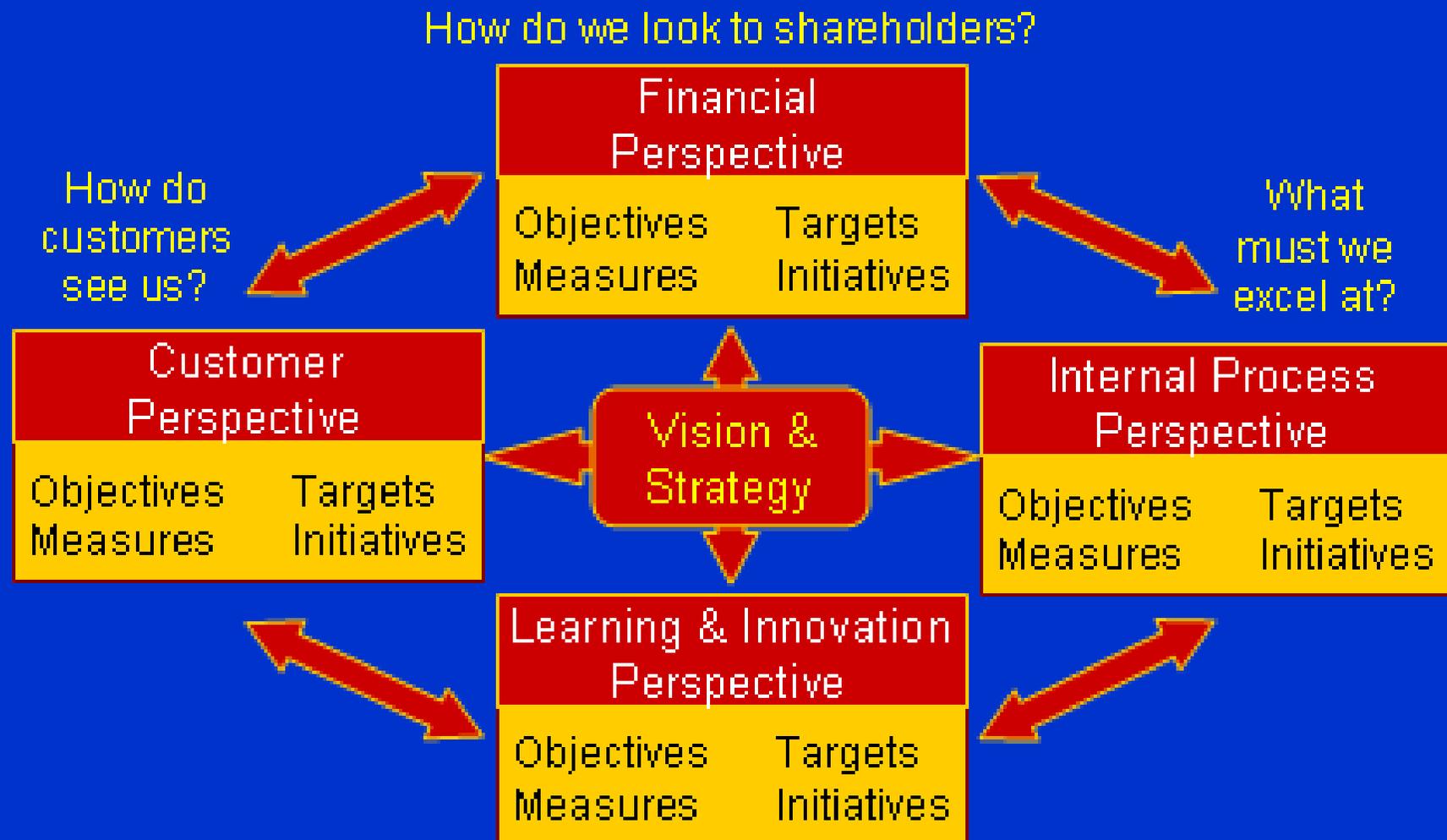
CABG=coronary artery bypass graft; PTCA=percutaneous transluminal coronary angioplasty; ENT=ear, nose, and throat.

The indicators in the other categories—"Health improvement" (deaths from all causes and cancer registrations) and "Patient/carer experience of the NHS"—are less relevant to primary care.

<b>Advice on stopping smoking or nicotine replacement therapy</b>	
% of population whose smoking status recorded	Yes, if appropriate treatment follows recording status as current smoker
% of population who are current smokers and have received advice on stopping smoking or nicotine replacement therapy	Yes
% of those with diagnosis of IHD whose smoking status recorded	Yes, if appropriate treatment follows recording status as current smoker
% of those with diagnosis of IHD who are current smokers who have received advice on stopping smoking or nicotine replacement therapy	Yes
% of those with a diagnosis of ischaemic stroke or TIA who have their smoking status recorded	Yes, if appropriate treatment follows recording status as current smoker
% of those with a diagnosis of ischaemic stroke or TIA who are current smokers who have received smoking cessation advice or nicotine replacement therapy	Yes
<b>Use of angiotensin converting enzyme inhibitors in those with heart failure</b>	
% of population with a diagnosis of heart failure	Yes, if appropriate treatment follows diagnosis. Need to compare observed and expected prevalence to estimate undetected heart failure
% of population with heart failure who have a prescription for ACE inhibitors	Yes, if diagnosis is confirmed by echocardiography
<b>Lipid lowering drugs for patients with established cardiovascular disease</b>	
% of those with a diagnosis of IHD who have had a cholesterol measurement	Yes, if appropriate treatment follows diagnosis
% of those with a diagnosis of IHD with a raised cholesterol who are prescribed lipid lowering drugs	Yes
<b>Warfarin for stroke prophylaxis in NVAF</b>	
% of population with diagnosis of NVAF	Yes, if appropriate treatment follows diagnosis. Need to compare observed and expected prevalence to estimate undetected NVAF
% of general practice patients with diagnosis of NVAF who have a prescription for anticoagulants	Yes, need to ensure that observed prevalence of NVAF is similar to expected
<b>Influenza vaccination in those aged over 65 years</b>	
% of population aged >65 who receive annual influenza vaccination	Yes



# Performance Measurement Balanced Scorecard Framework



Adapted from:  
"Balanced Scorecard",  
Norton and Kaplan

# **Valutazione generale della performance del sistema**

## **Balanced Scorecard**

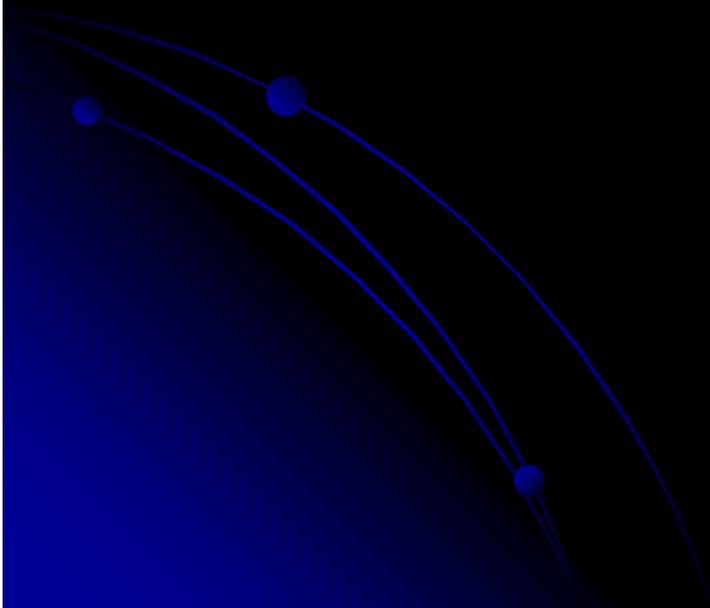
**La “ balanced scorecard “ consente al sistema di :**

- 1. Allineare la valutazione della performance agli obiettivi strategici del sistema**
- 2. Consentire non solo la performance finale ma anche i fattori ed il modo in cui essa viene ottenuta.**
- 3. Nel SSN the balanced scorecard approach è una eccellente alternativa alla visione economicistica dei risultati in quanto si concentra e valuta anche gli outcomes che interessano al paziente , al cittadino , alla comunità , agli operatori sanitari .**
- 4. I presupposti fondamentali sono costituiti da una elevata capacità di definire le performance del sistema attraverso sistemi informativi che raccolgano dati di elevata qualità .**
- 5. A causa della sua elevata complessità di processo nessun sistema di Cure Primarie può prescindere da sistemi di IT sofisticati e di altissima qualità**

# Evoluzione della MG ed elementi di criticità del modello attuale

- Obiettivi clinici poco definiti , priorità variabili tra differenti Autorità sanitarie
- Modello di finanziamento carente di logica allocativa
- A fronte di un finanziamento analitico e per pesatura di complessità dei servizi e isoprocessi nel comparto ospedaliero si affida alla quota capitarla nazionale parzialmente pesata per "pagare " la medicina generale.
- La quota capitarla non viene mai pensata come un investimento in conto capitale e nella sua determinazione , malgrado alcuni tentativi , nessa viene vista come onorario professionale dal quale il medico deve attingere per autofinanziare i servizi erogati.

# Criticità della MG nella transizione al sistema di CP



# Criticità legata alla complessità e intensità di cura

- L'evoluzione rapida e decisa del comparto ospedaliero verso l'alta intensità, l'alta specializzazione e la elevata complessità, determina variazioni a ricaduta sia nelle modalità di interfaccia che sulla organizzazione sanitaria della sanità territoriale .
- L'intensità di cure da prevedere per far fronte a processi di cura lunghi e complessi , a pazienti anziani e a crescenti disabilità , fanno il paio con la presa in carico di cittadini con dimissioni ospedaliere sempre più e precoci .
- L'estensione della Chirurgia non invasiva , della ospedalizzazione abbreviata , del day hospital , dell'intensità specialistica delle terapie biologiche associata alla riduzione dei costi, esigono che il cittadino sia realmente preso in carico dal sistema di Cure Primarie per non cadere in un **limbo** fatto di assenza di cure e di assistenza .

# Integrazione e presa in carico

- L'obiettivo è la trasformazione strutturale del sistema della Medicina Generale da comparto residuale a comparto leader delle cure primarie e l'integrazione con gli altri livelli del comparto.
- La cultura manageriale consente l'affidamento alla medicina generale di interi blocchi di servizi secondo il modello del Commissioning inglese e la presa in carico globale di interi pezzi del sistema e della filiera dei servizi da parte delle Unità di medicina Generale , con relativa contrattazione del finanziamento .

# Finanziamento in conto capitale e onorario professionale

- Una separazione del finanziamento dall'onorario comporta inevitabilmente che il primo sia determinato dalla programmazione sanitaria da un lato e dal dimensionamento dei servizi dall'altro .
- Il secondo , una volta sottratto alla logica perversa di finanziare con lo stipendio i costi del sistema , impone l'avvia di un processo di remunerazione per qualità dei servizi , per qualità organizzativa della struttura , per efficienza gestionale delle prestazioni , per capacità di gestione finanziaria , ed infine per risultati ottenuti oltre che dalla struttura , anche dal singolo operatore .
- Un siffatto sistema si basa quindi su una elevata capacità di governance delle cure primarie da parte delle reti di operatori che oltre che erogare i servizi , li gestiscono e li organizzavano .

# Payment for performance

- Il compenso degli operatori può essere legato al sistema di “Payment for performance” ed è quindi composto da
- una componente di onorario professionale , sempre più legato alla qualità delle prestazioni e
- da una componente di profittabilità di struttura legato alla efficienza gestionale che genera profitto di efficienza

# Valutazione dei processi di cura e CG

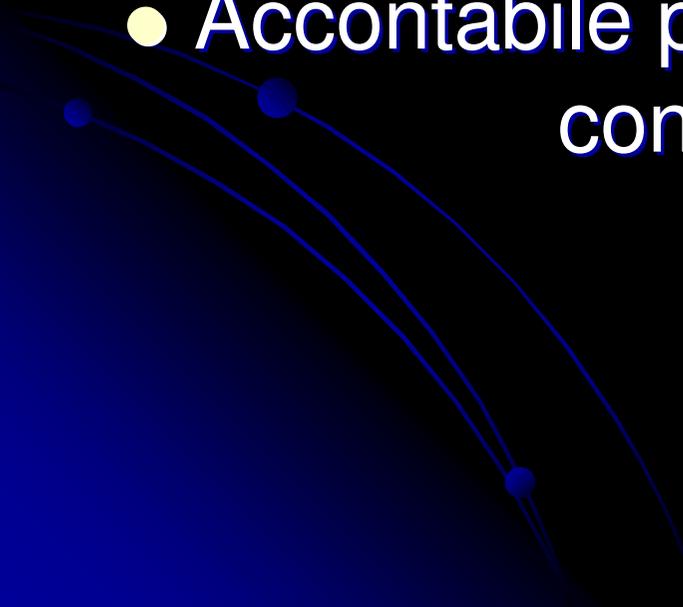
- In un sistema totalmente accontabile , finanziato per obiettivi è ormai indispensabile costruire i sistemi informativi che consentano una analisi dei processi , degli esiti e degli outcomes dei singoli operatori e strutture sanitarie
- La tracciabilità degli eventi e la analisi epidemiologica costituiscono le basi del nuovo sistema di cure primarie finanziato per obiettivi

# Le Cure Primarie, comparto ad elevata complessità

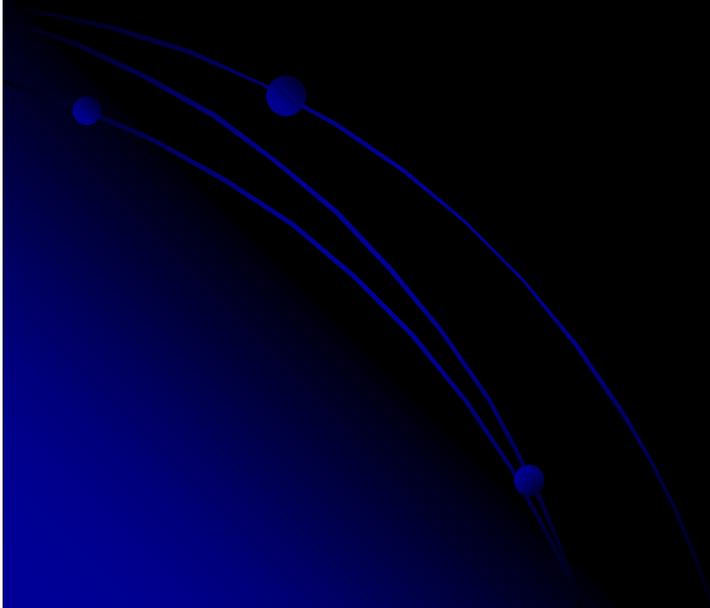
**La complessità delle Cure Primarie deriva da:**

- ***Elevato numero di processi e punti di erogazione da coordinare***
- ***Servizi e prestazioni da erogare***
- ***Servizi e componenti professionali da integrare***

# Costruiamo il sistema delle cure Primarie

- Centrato sugli obiettivi di cura derivanti dall'analisi degli interessi degli utenti e degli operatori
    - Fondato sull'eccellenza ed il merito
  - Accontabile perché misurabile e valutabile con strumenti adeguati
- 

# Come si misura la Performance per obiettivi La Clinical Governance



# Gli indicatori di performance

Elementi specifici e misurabili della pratica clinica che possono essere utilizzati come unità di misura della qualità dell'assistenza. Non sono linee guida.

## Vantaggi:

- Consentono confronti geografici e temporali che risentono poco degli effetti del case-mix (*complessità clinica del bacino d'utenza*);
- Se condivisi con tutti gli operatori sanitari, inclusi i medici prescrittori, stimolano variazioni positive nella qualità dell'assistenza;
- Facilitano una valutazione obiettiva di iniziative di educazione sanitaria.

# Valutazione ponderata dei processi di cura

- **La valutazione ponderata dei processi di cura consente di compiere una valutazione delle risorse del sistema assorbite da ciascun medico correlandole ai risultati di cura (outcomes) correggendo i paradossi per cui ancora oggi viene premiato chi prescrive meno farmaci e prestazioni senza che sia valutato l'impatto di tali comportamenti ipoprescrittivi nei confronti della qualità clinica erogata e dell'efficienza totale del sistema .**
- **In assenza di strumenti complessi di evaluation and assessment è impossibile valutare l'impatto delle cure erogate in MG sui comparti specialistici e del risparmio generato da interventi rigorosi e appropriati nei confronti del ricorso alla ospedalizzazione o a prestazioni specialistiche superflue e inappropriate**

# Appropriatezza prescrittiva

**Misura della adeguatezza delle terapie farmacologiche utilizzate per trattare uno specifico stato patologico, in base a criteri di tipo **clinico** ed **economico**.**

- **Verifica di uno scostamento rispetto alle migliori evidenze disponibili (linee-guida, meta-analisi, RCT);**
- **Analisi sulla variabilità prescrittiva (confronti tra MMG, ASL, Regioni, Macroaree, Nazioni).**

# Gli indicatori di appropriatezza

**Elementi specifici e misurabili della pratica clinica che possono essere utilizzati come unità di misura della qualità della cura. Non sono linee guida.**

## **Vantaggi:**

- Consentono confronti geografici e temporali che risentono poco degli effetti del case-mix (***complessità clinica del bacino d'utenza***);
- Se condivisi con tutti gli operatori sanitari, inclusi i medici prescrittori, stimolano variazioni positive nella qualità della cura;
- Facilitano una valutazione obiettiva di iniziative di educazione sanitaria.

# Esempio di falsa appropriatezza centrata sul prezzo

- Prezzo di riferimento dei PPI
- Abbassa il costo unitario
- Non abbassa i volumi di prescrizione poichè non centra il vero problema della appropriatezza:

- **I PPI sono prescritti per il 50%  
per una presunta  
gastroprotezione da farmaci**

# Indicatore 1

## Aderenza al trattamento con antipertensivi

(Numero medio di DDD/utilizzatore/molecola)

	Ipertensione (senza diabete)		Ipertensione (con diabete)	
	Senza eventi CV [N=87757]	Con eventi CV [N=12694]	Senza eventi CV [N=14700]	Con eventi CV [N=4361]
Nord-ovest	235,5 (1,7)	233,5 (2,2)	269,2 (1,9)	266,9 (2,6)
Nord-est	239,5 (1,8)	254,9 (2,3)	297,8 (2,0)	304,1 (2,5)
Centro	221,5 (1,7)	230,4 (2,2)	261,2 (1,9)	258,3 (2,6)
Sud	227,5 (1,7)	227,0 (2,2)	257,0 (1,9)	249,2 (2,5)
Isole	234,5 (1,7)	243,9 (2,2)	280,9 (1,9)	295,8 (2,6)
<b>Italia</b>	<b>231,8 (1,7)</b>	<b>236,9 (2,2)</b>	<b>271,0 (1,9)</b>	<b>269,8 (2,6)</b>

In parentesi il numero medio di differenti molecole

# Indicatore 2

## Uso di ipolipidemizzanti

(Numero di soggetti con almeno una prescrizione nel 2006)

	Ipertensione (senza diabete)		Ipertensione (con diabete)	
	Senza eventi CV [N=87757]	Con eventi CV [N=12694]	Senza eventi CV [N=14700]	Con eventi CV [N=4361]
<b>Nord-ovest</b>	9,8	38,4	26,4	46,1
<b>Nord-est</b>	10,3	38,5	24,1	47,1
<b>Centro</b>	10,5	35,4	22,7	47,2
<b>Sud</b>	10,7	37,4	26,7	49,1
<b>Isole</b>	10,4	36,7	27,4	49,9
<b>Italia</b>	10,3	37,5	25,7	48,0

# Indicatore 3

## Aderenza al trattamento con ipolipidemizzanti

(Numero medio di DDD/utilizzatore)

	Ipertensione (senza diabete)		Ipertensione (con diabete)	
	Senza eventi CV [N=87757]	Con eventi CV [N=12694]	Senza eventi CV [N=14700]	Con eventi CV [N=4361]
Nord-ovest	243,2	340,5	283,1	343,7
Nord-est	267,5	355,1	305,1	382,2
Centro	246,0	359,7	272,1	383,7
Sud	243,5	352,6	256,7	362,5
Isole	274,8	385,3	295,2	382,3
<b>Italia</b>	<b>252,1</b>	<b>354,8</b>	<b>278,9</b>	<b>368,5</b>

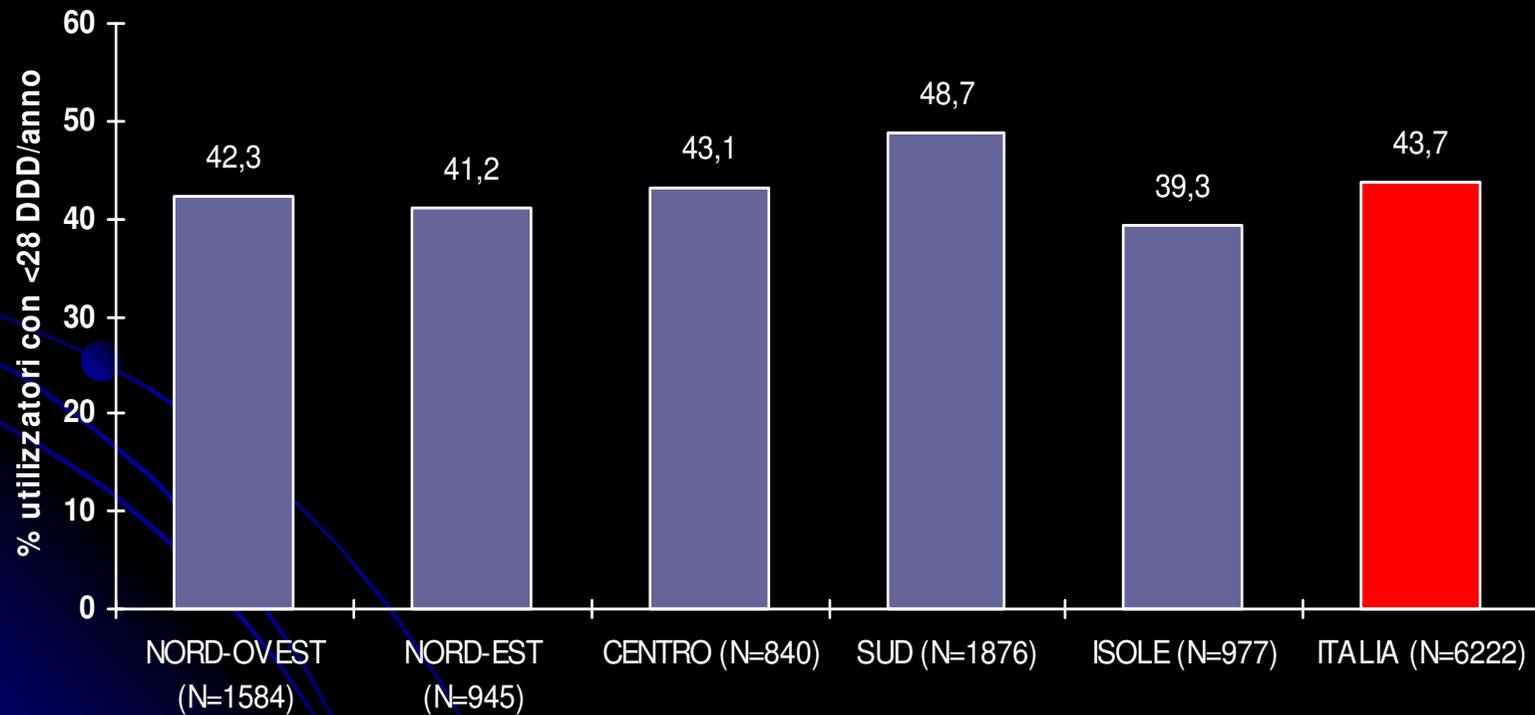
# Farmaci per il trattamento dell'acidità gastrica: Razionale d'uso degli IPP

- **Indicatore 4:** Le note AIFA raccomandano l'impiego di IPP per un periodo non inferiore a 4 settimane:
  - ulcera peptica HP-positiva, in associazione per la prima o le prime due settimane con farmaci eradicanti l'infezione;
  - ulcera peptica Hp-negativa (primo episodio);
  - MRGE con o senza esofagite (primo episodio).
- **Indicatore 5:** Prevenzione delle complicanze gravi del tratto GI in pazienti in trattamento cronico con FANS:
  - storia di pregresse emorragie digestive o di ulcera peptica non guarita con terapia eradicante;
  - terapia concomitante con anticoagulanti o cortisonici;
  - oltre 75 anni di età.

## Indicatore 4

# Uso di IPP con <28 giorni/anno

(% di pazienti trattati con IPP con <28 DDD/anno su totale pazienti con IPP)



# Indicatore 5

## Uso di IPP in pazienti indicati al trattamento (% di pazienti con IPP sul totale dei pazienti con indicazione clinica)

	Prevalenza d'uso di IPP			
	Popolazione totale [N=597587]	Condizione 1 [N=6487]	Condizione 2 [N=212]	Condizione 3 [N=428]
Nord-ovest	9,2	37,0	75,6	55,4
Nord-est	9,0	35,0	61,1	65,6
Centro	8,7	33,9	65,0	74,5
Sud	10,6	40,1	59,4	66,8
Isole	11,3	39,2	71,0	78,9
Italia	9,7	37,7	65,6	67,8

1. % Pazienti in trattamento cronico con FANS

2. % Pazienti in trattamento cronico con FANS + età > 75 anni + uso farmaci (corticosteroidi o anticoagulanti orali)

3. % Pazienti in trattamento cronico con FANS + pregressa ulcera, sanguinamento GI, sindrome di Zollinger-Ellison, MRGE e trattati con IPP

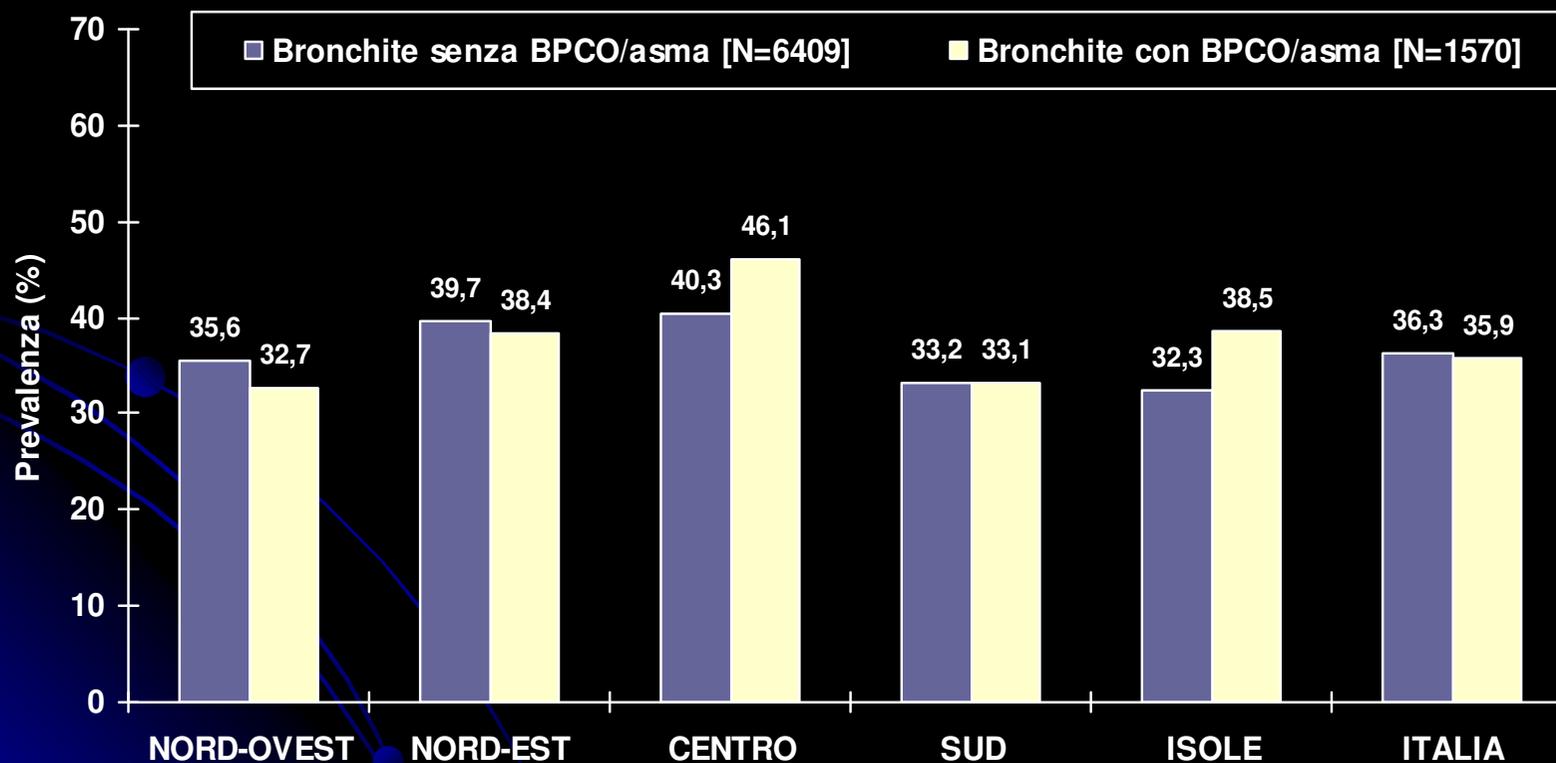
# Antibiotici: **razionale d'uso nella bronchite acuta**

- L'uso di antibiotici nella bronchite acuta (infezione di origine virale) non è indicato; contestualmente la presenza di BA in un paziente con BPCO giustifica l'uso di antibiotici a largo spettro, a fronte di una sospetta forma di riacutizzazione.
- Diversi studi hanno evidenziato nei confronti dei patogeni coinvolti nella riacutizzazione della bronchite cronica:
  - ampia sensibilità di cefalosporine e fluorochinoloni;
  - buona sensibilità per antibiotici a più basso costo come penicilline ad ampio spettro (associate ad inibitori delle beta-lattamasi) e cefalosporine orali.

## Indicatore 6

# Uso di cefalosporine e/o fluorochinoloni nei pazienti con BA con o senza BPCO

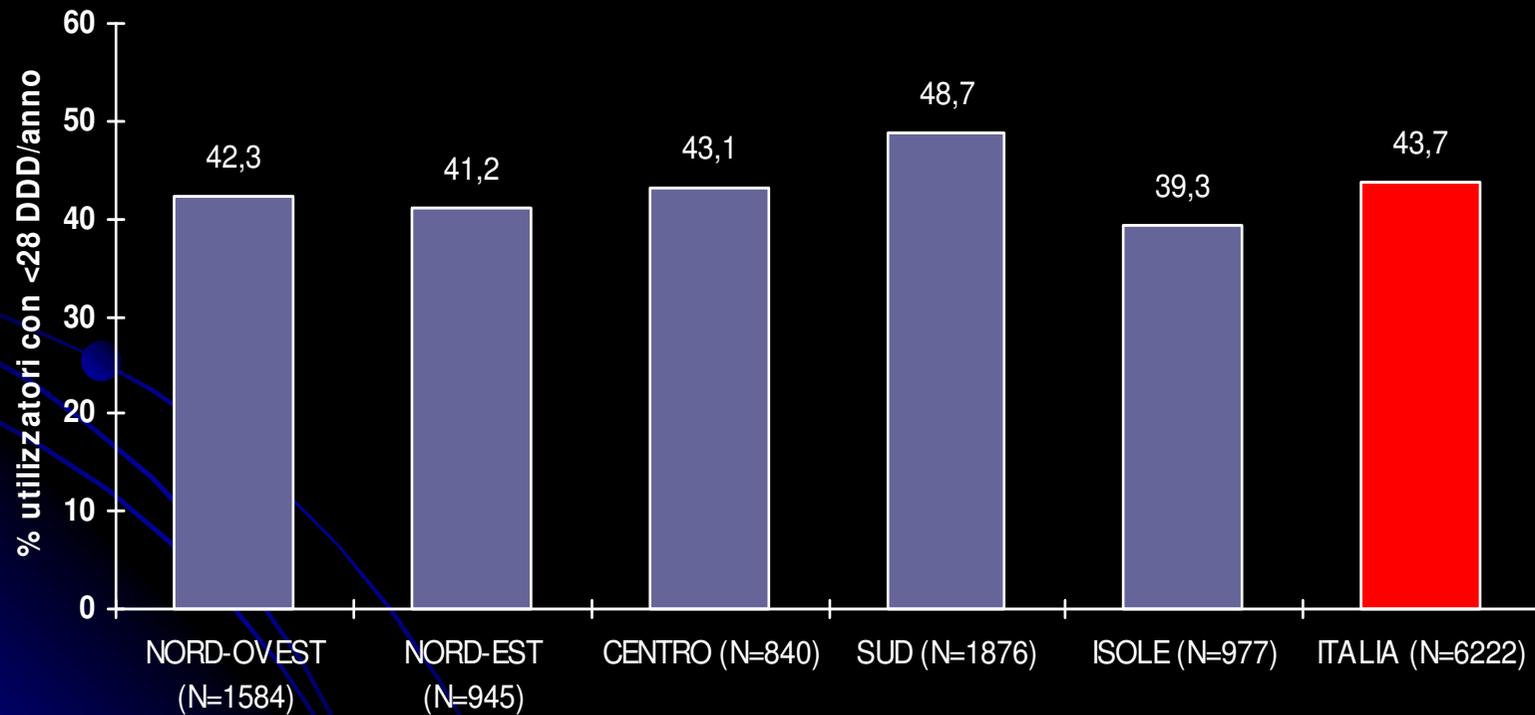
(% di pazienti trattati con fluorochinoloni/cefalosporine iniettive sul totale dei casi)



## Indicatore 4

# Uso di IPP con <28 giorni/anno

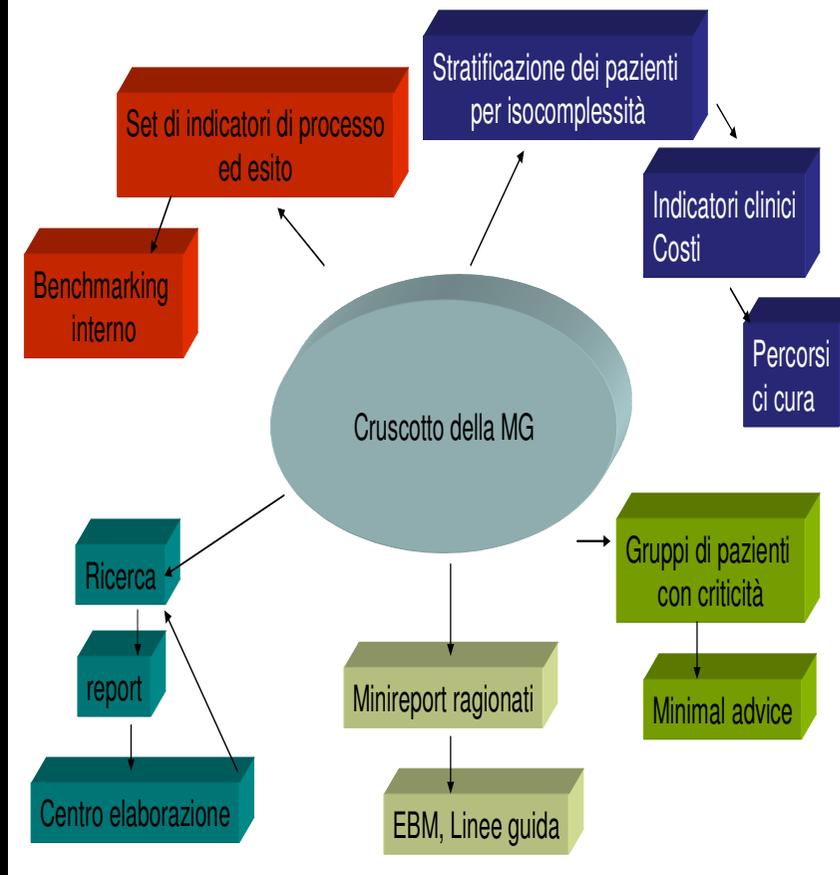
(% di pazienti trattati con IPP con <28 DDD/anno su totale pazienti con IPP)



# Cruscotto di controllo

- Da una analisi epidemiologica estesa dei processi di cura più frequenti emerge la possibilità di identificare indicatori sintetici ed analitici di performance , di processo e di esito .
- La analisi di una comparazione tra indicatori di una popolazione selezionata di medici e comportamenti individuali consente di evidenziare la variabilità professionale e di selezionare soluzioni in grado di offrire soluzioni guidate al problema.
- E' possibile oggi creare veri e propri cruscotti di governance dei processi clinici e tenere sotto controllo valutativo i principali processi di cura

## Funzionalità del cruscotto



# Esempio di Indicatori di processo

- Dall'analisi dei dati dei medici di un distretto viene generato un set di indicatori di processo e di esito (fig 2-3)

## Indicatori di processo

Indicatore	Decor	Non Decor	Tutti	Golden Standard 2007
N' Diabetici	36	57	93	
Prevalenza diabetici (su tot. assistiti: 1641)			5,67%	4,5%
Età media ( $\sigma=8,66$ )	66	67	67	
% Femmine	61,11%	31,58%	43,01%	
% Maschi	38,89%	68,42%	56,99%	
% Paz. con BMI registrato (ultimo anno)	11,11%	7,02%	8,6%	
% Paz. con almeno 2 registrazioni / ultimo anno di HbA1c	77,78%	35,09%	51,61%	70%
% Paz. con almeno 1 registrazione / ultimi 13 mesi di microalbuminuria	55,56%	40,35%	46,24%	30%
% Paz. con almeno 1 registrazione / ultimi 13 mesi di colesterolo totale	80,56%	59,65%	67,74%	50%
% Paz. con almeno 1 registrazione / ultimi 13 mesi di colesterolo LDL	41,67%	33,33%	36,56%	
% Paz. con almeno 1 registrazione / ultimi 18 mesi del fundus oculi	63,89%	59,65%	61,29%	50%
% Paz. con almeno 1 registrazione / ultimi 18 mesi di ECG e/o V. cardiologica	58,33%	59,65%	59,14%	
% Paz. con almeno 3 controlli pressori / ultimo anno	19,44%	10,53%	13,98%	
% Paz. che eseguono l'automonitoraggio	36,11%	8,77%	19,35%	
Media accessi ultimo anno presso lo studio del MMG ( $\sigma=7,03$ )	14,11	12,14	12,91	
% Paz. con almeno 1 visita diabetologica ultimo anno	22,22%	14,04%	17,2%	
% Paz. Fumatori rispetto al totale del gruppo	0% (35 R)	24,56% (56 R)	15,05% (91 R)	

esci

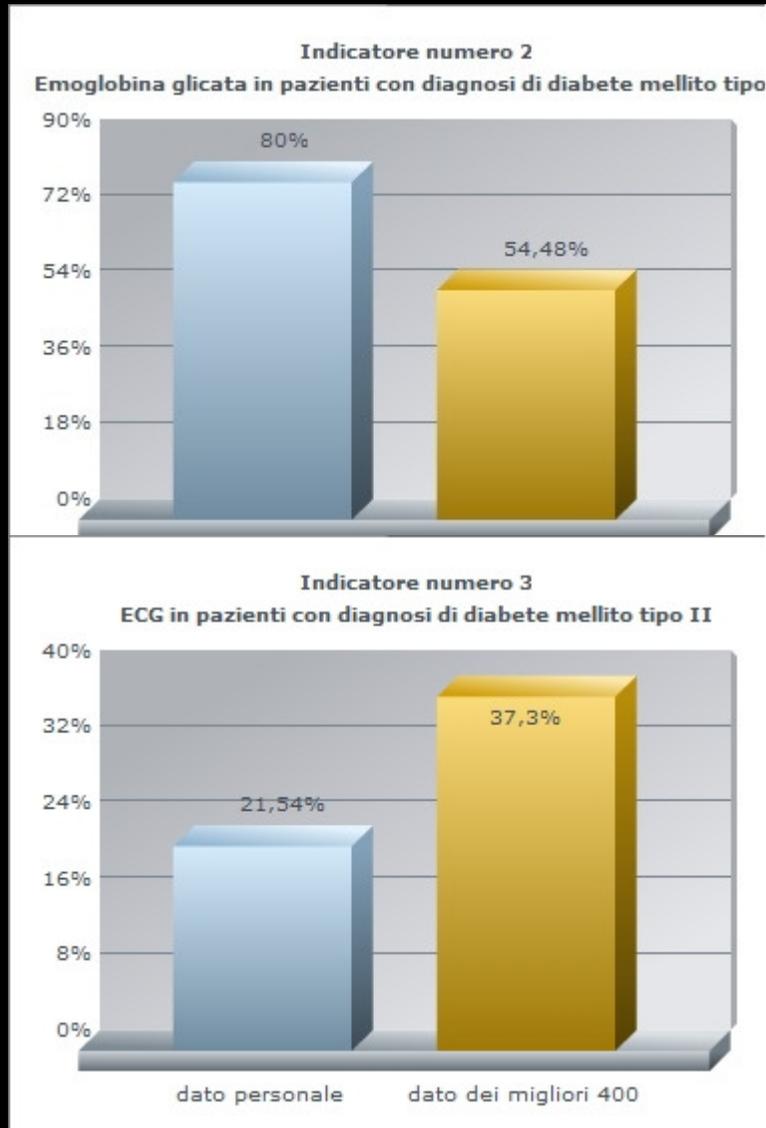
# Indicatori di esito

% Paz. con BMI < 27 (ultimo valore / anno)	2,78% (1 R)	5,26% (3 R)	4,3% (4 R)	
% Paz. con BMI > 30 (ultimo valore / anno)	0% (0 R)	1,75% (1 R)	1,08% (1 R)	
Media HbA1c ultimo anno ( $\sigma=0,77$ )	6,73 (34 R)	6,64 (33 R)	6,68 (67 R)	
Media PA sistolica ultimi 6 mesi ( $\sigma=10$ )	133,84 (19 R)	137,81 (17 R)	135,72 (36 R)	
Media PA diastolica ultimi 6 mesi ( $\sigma=9,11$ )	78,93 (19 R)	77,25 (17 R)	78,14 (36 R)	
% Paz. con HbA1c < 7 (ultimo valore / anno)	72,22% (26 R)	43,86% (25 R)	54,84% (51 R)	40%
% Paz. con HbA1c $\geq$ 7 (ultimo valore / anno)	22,22% (8 R)	14,04% (8 R)	17,2% (16 R)	
% Paz. con PA $\leq$ 130/80 (ultimo valore / 6 mesi)	27,78% (10 R)	14,04% (8 R)	19,35% (18 R)	30%
% Paz. con PA > 140/90 (ultimo valore / 6 mesi)	16,67% (6 R)	14,04% (8 R)	15,05% (14 R)	
% Paz. con LDL $\leq$ 100 (ultimo valore / 13 mesi)	11,11% (4 R)	10,53% (6 R)	10,75% (10 R)	30%
% Paz. con LDL > 130 (ultimo valore / 13 mesi)	22,22% (8 R)	10,53% (6 R)	15,05% (14 R)	
% Paz. con LDL > 130 e NON in terapia con statine e/o fibrati *	61,9% (21 R)	25% (20 R)	43,9% (41 R)	
% Paz. con microalbuminuria patologica (ultimo valore / anno)	2,78% (6 R)	14,04% (15 R)	9,68% (21 R)	
% Paz. con microalbuminuria patologica e in terapia con ACE o sartani **	83,33% (6 R)	80% (15 R)	80,95% (21 R)	
% Paz. con almeno 1 ricovero negli ultimi 12 mesi	19,44% (7 S)	28,07% (16 S)	24,73% (23 S)	
% Paz. con nuovi eventi cardiovascolari / ultimo anno	0% (0 S)	0% (0 S)	0% (0 S)	

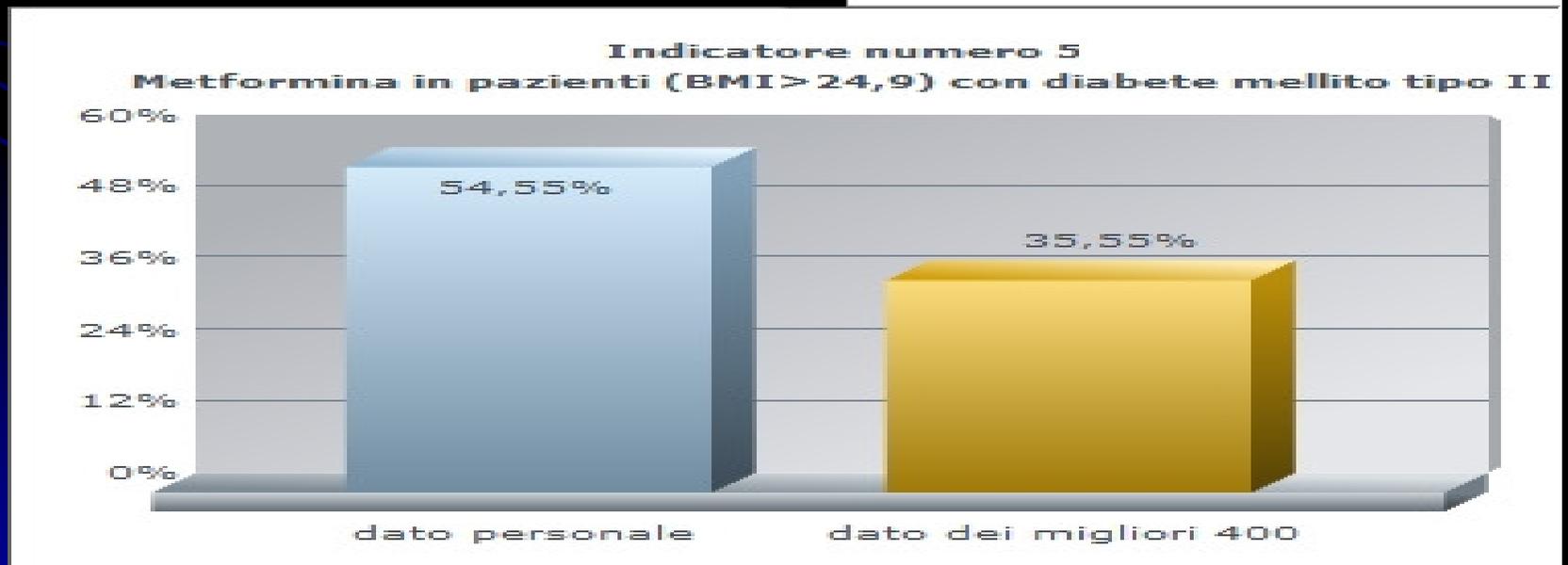
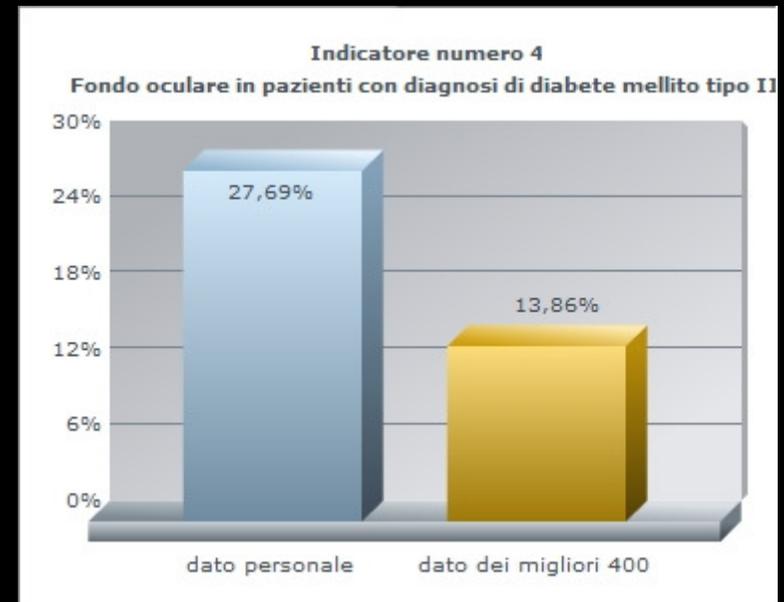
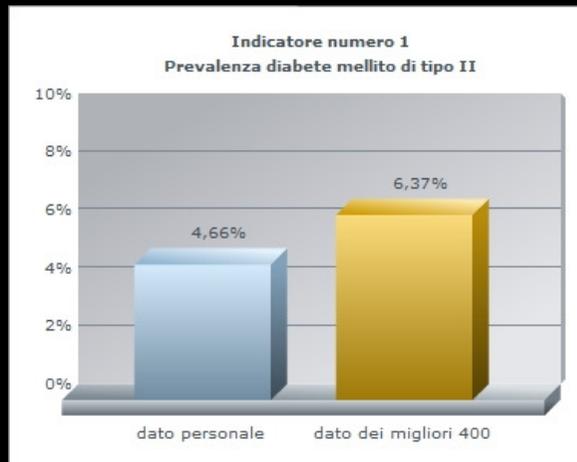
esci

# Indicatori di performance MMG vs Benchmark

- L'analisi degli indicatori consente di comprendere le criticità di cura e predisporre correzioni mirate alla correzione di processo e miglioramento del risultato .
- L'analisi per indicatori offre inoltre l'opportunità di valutare le performance dei singoli membri del gruppo di professionisti rispetto ai comportamenti medi e ad un benchmark atteso.
- Nell'esempio riportato si evidenziano gli indicatori di performance di un medico rispetto ad un gruppo omogeneo di professionisti di un network nazionale di ricerca in MG (Health Search Database-MMG)



# Indicatori rischio CV



# Clinical Governance

**Siamo in grado di proporre l'impiego di un sistema di controllo globale dei processi di cura e degli elementi che compongono il sistema di valutazione professionale dei medici di medicina generale nelle cure primarie del SSN**





The Department of Health  
The new NHS  
*modern . dependable*

Presented to Parliament by  
the Secretary of State for Health  
by Command of Her Majesty  
December 1997

Cm 3807

## CLINICAL GOVERNANCE

***“A framework through which  
NHS organisations are  
accountable for continuously  
improving the quality of their  
services and safeguarding high  
standards of care by creating an  
environment in which  
excellence in clinical care will  
flourish”***

***1998 A First Class Service***

# Appropriatezza:

problemi di valutazione

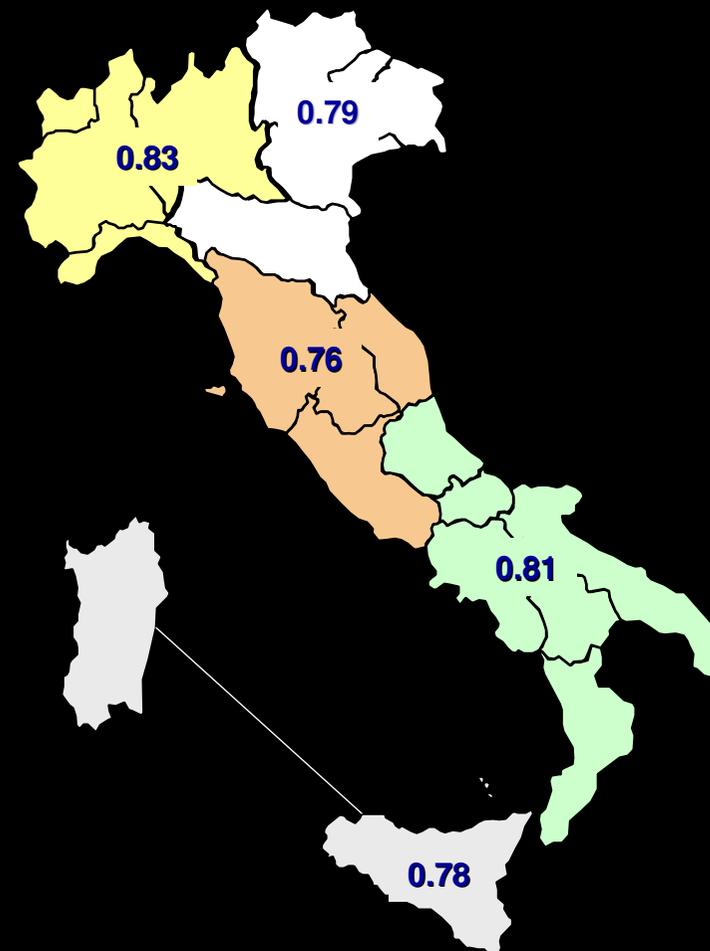
- **Analisi qualitativa di difficile interpretazione e valutazione**
- **Complessità del processo di cura in medicina generale** (UCP, accesso a strutture specialistiche, carico di lavoro)
- ***Case-mix*** (dipendente in modo particolare dal grado di complessità clinico del bacino assistenziale. L'età può comprendere la complessità clinica solo per unità di analisi più numerose: ASL, Regioni)

# Health Search/Thales: qualità dell'informazione (2)

I “migliori” 400 MMG su 737 coprono l'1.3% della popolazione totale e sono omogeneamente distribuiti in ogni macroarea geografica.

Gold standard di valutazione della qualità dell'informazione = 1  
Totale per i MMG nel 2005: 0.77

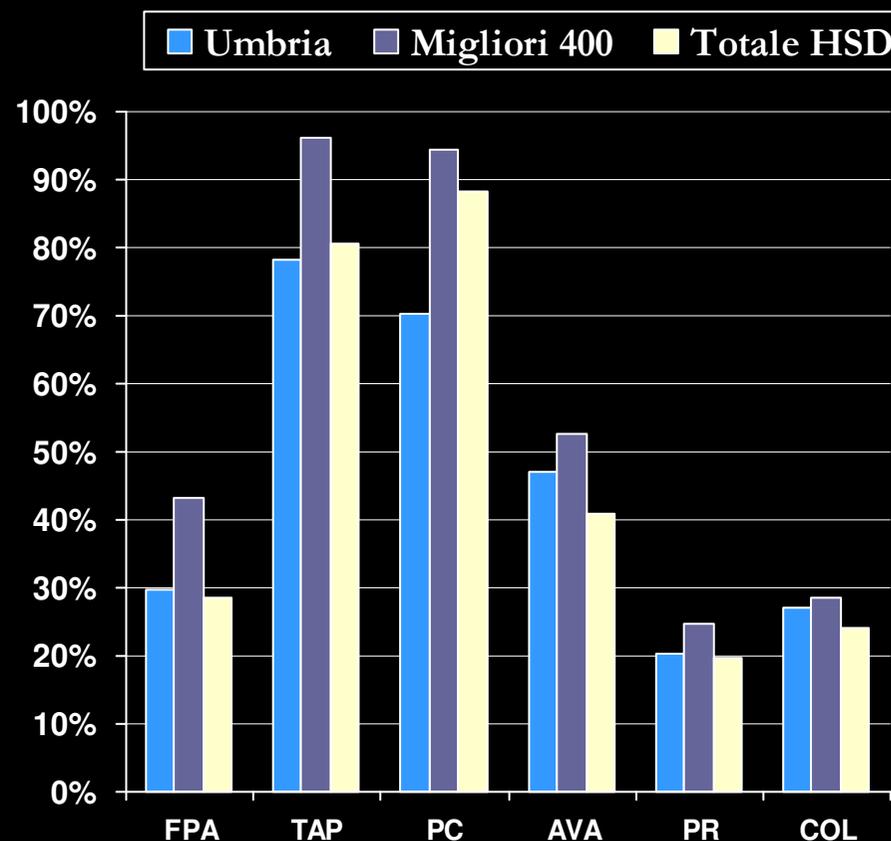
Migliori 400 MMG : 0.82



# Progetto Umbria:

## indicatori di qualità della registrazione

1. % pazienti con dato contemporaneo di fumo, peso, altezza (FPA)
2. % di terapie associate a problema (TAP)
3. % di problemi codificati (PC)
4. % di accertamenti con valore associato (AVA)
5. % pazienti con dato di pressione registrato nel 2005 (PR)
6. % di pazienti con dato di colesterolo registrato nel 2005 (COL)



**Documento di Valutazione sui  
determinanti di Salute e sulle Strategie  
del servizio sanitario regionale.**

**Indicatori regionali di valutazione della  
qualità della cura ed esiti in Medicina  
Generale e Pediatria**

**T. Scarponi, L. Patoia, D. Ranocchia, M. Tockner, C.  
Cicioni, D. Parretti, A. Rossi, G. Divizia, L. Auriti e P.  
Grilli**

# Progetto Umbria:

## indicatori di processo

	<b>Migliori 400 [N=34186]</b>	<b>Umbria [N=746]</b>
<b>% di soggetti con DM2 che hanno effettuato almeno una <u>emoglobina glicata</u> nel 2005</b>	<b>62,3%</b>	<b>56,1%</b>
<b>% di soggetti con DM2 che hanno effettuato almeno un controllo della <u>creatinina</u> nel 2005</b>	<b>63,5%</b>	<b>56,7%</b>
<b>Percentuale di soggetti con DM2 che hanno effettuato almeno un controllo del <u>fondo oculare</u> nel 2005</b>	<b>30,0%</b>	<b>28,1%</b>
<b>Percentuale di soggetti con DM2 che hanno effettuato almeno un controllo della <u>pressione arteriosa</u> nel 2005</b>	<b>57,6%</b>	<b>51,5%</b>

# Progetto Umbria:

## indicatori di appropriatezza

	<b>Migliori 400</b>	<b>Umbria</b>
<b>% di soggetti con DM2 che hanno ricevuto almeno una prescrizione nel 2005 di antiaggreganti piastrinici</b>	<b>36,3%</b>	<b>28,3%</b>
<b>% di soggetti con DM2 sovrappeso/obesi (BMI &gt; 24,9) che hanno ricevuto almeno una prescrizione nel 2005 di metformina</b>	<b>30,5%</b>	<b>23,6%</b>
<b>% di soggetti con DM2 con ipertensione che hanno ricevuto almeno una prescrizione di ACE-inibitori/sartani</b>	<b>72,1%</b>	<b>61,4%</b>

# Iniziativa “Indicatori personali”

Possibili strumenti di gestione



Indicatori

Indicatore	Decor	Non Decor	Tutti	Golden Standard 2007
N° Diabetici	21	75	96	
Prevalenza diabetici (su tot. assistiti: 1629)			5,89%	4,5%
Età media ( $\sigma=8,17$ )	65	68	67	
% Femmine	52,38%	40%	42,71%	
% Maschi	47,62%	60%	57,29%	
% Paz. con BMI registrato (ultimo anno)	0%	0%	0%	
% Paz. con almeno 2 registrazioni / ultimo anno di HbA1c	0%	0%	0%	70%
% Paz. con almeno 1 registrazione / ultimi 13 mesi di microalbuminuria	0%	0%	0%	30%
% Paz. con almeno 1 registrazione / ultimi 13 mesi di colesterolo totale	0%	0%	0%	50%
% Paz. con almeno 1 registrazione / ultimi 13 mesi di colesterolo LDL	0%	0%	0%	
% Paz. con almeno 1 registrazione / ultimi 18 mesi del fundus oculi	9,52%	12%	11,46%	50%
% Paz. con almeno 1 registrazione / ultimi 18 mesi di ECG e/o V. cardiologica	9,52%	10,67%	10,42%	
% Paz. con almeno 3 controlli pressori / ultimo anno	0%	0%	0%	
% Paz. che eseguono l'automonitoraggio	19,05%	9,33%	11,46%	
Media accessi ultimo anno presso lo studio del MMG ( $\sigma=0$ )	0	0	0	
% Paz. con almeno 1 visita diabetologica ultimo anno	0%	0%	0%	
% Paz. Fumatori rispetto al totale del gruppo	23,81% (21 R)	16% (75 R)	17,71% (96 R)	
% Paz. con BMI < 27 (ultimo valore / anno)	0% (0 R)	0% (0 R)	0% (0 R)	
% Paz. con BMI > 30 (ultimo valore / anno)	0% (0 R)	0% (0 R)	0% (0 R)	
Media HbA1c ultimo anno ( $\sigma=0$ )	0 (0 R)	0 (0 R)	0 (0 R)	
Media PA sistolica ultimi 6 mesi ( $\sigma=0$ )	0 (0 R)	0 (0 R)	0 (0 R)	
Media PA diastolica ultimi 6 mesi ( $\sigma=0$ )	0 (0 R)	0 (0 R)	0 (0 R)	

$\sigma$ : Deviazione standard riferita ai soli pazienti Decor; R: Risultato inserito; S: Soggetti;

\*: Calcolato sul totale dei pazienti con valore di LDL > 130;

\*\* : Calcolato sul totale dei pazienti con microalbuminuria patologica

Processo

Esito

Terapia



Elenco di tutti i pazienti diabetici (diabete mellito tipo II)

Nominativo	Sesso	Età
DOMENICA	F	70
GIUSEPPE	M	75
CARLO	M	76

Dati clinici del paziente: GIUSEPPE

Indicatori

Indicatore	Valore	Valutazione
BMI registrato / ultimo anno		No
Almeno 2 registrazioni / ultimo anno di HbA1c		No
Almeno 1 registrazione / ultimi 13 mesi di microalbuminuria		No
Almeno 1 registrazione / ultimi 13 mesi di colesterolo totale		No
Almeno 1 registrazione / ultimi 13 mesi di colesterolo LDL		No
Almeno 1 registrazione / ultimi 18 mesi del fundus oculi		No
Almeno 1 registrazione / ultimi 18 mesi di ECG e/o V cardiologica		No
Almeno 3 controlli pressori / ultimo anno		No
Esegue l'automonitoraggio		No
N° visite ultimo anno presso lo studio del MMG	0	
N° visite diabetologiche / ultimo anno	0	
Fumo	No	
BMI (ultimo valore / anno)	0	
Media HbA1c ultimo anno	0	
Media PA sistolica ultimi 6 mesi	0	
Media PA diastolica ultimi 6 mesi	0	
HbA1c ultimo valore / anno	0	
PA (ultimo valore / 6 mesi)	0/0	
LDL (ultimo valore / 13 mesi)	0	

Analisi criticità disponibili:

Codice	Descrizione
A	Pazienti che NON hanno effettuato un controllo l'emoglobina glicata negli ultimi 6 mesi (esame assente o con risultato nullo)
B	Pazienti che NON hanno effettuato un controllo l'emoglobina glicata negli ultimi 6 mesi (esame assente o con risultato nullo)
C	Pazienti con microalbuminuria
D	Pazienti con BMI > 25 che non hanno effettuato un controllo l'emoglobina glicata negli ultimi 6 mesi (esame assente o con risultato nullo)
E	Pazienti con emoglobina > 10 g/dl
F	Pazienti con PA > 130-80 mmHg
G	Pazienti con LDL > 100 mg/dl
H	Pazienti con LDL > 130 mg/dl

**A - Risultato analisi criticità**

**Pazienti che NON hanno effettuato un controllo l'emoglobina glicata negli ultimi 6 mesi (esame assente o con risultato nullo)**

Pazienti Decor	Pazienti Non Decor
ROSA	DOMENICA
ITALO	GIUSEPPE
RENATA	CARLO
GIOVANNI	VINCENZO
PIETRO	GIUSEPPE
DIEGO	ARISTIDE
CARLO	ROSA GIUSEPPA
GIAN PIETRO	ANNA PIERINA
GIUSEPPINA	ADOLFO
TERESINA	CESARINO
MODOU	SILVIA
MIRELLA	LIVIA
CIRO	PIETRO
MARGHERITA	NERINO

Ripartizione in percentuale rispetto al totale dei pazienti del gruppo Decor / Non Decor

Tot. Decor: 21

0 % No (blue)  
100 % Si (red)

Tot. Non Decor: 75

0 % No (blue)  
100 % Si (red)

**Chiudi**

Indicatori

	N° assoluto	Di cui in terapia con statine	Di cui NON in terapia con statine
Soggetti in prevenzione secondaria (eventi cardiaci e cerebrali, vasculopatia periferica, rivascolarizzazione) + diabete tipo 1 e 2 + ipercolesterolemia familiare	<u>150</u>	<u>36</u>	<u>114</u>
Soggetti con RCV > 20 (ma senza le condizioni contenute nella prima riga della tabella)	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
Soggetti con LDL > 160 mg/dl, (ma senza le condizioni delle due prime righe)	<u>52</u>	<u>6</u>	<u>46</u>
Soggetti con diagnosi codificata di ipercolesterolemia e dislipidemia 272%	<u>96</u>	<u>30</u>	<u>66</u>
Soggetti con contatto statine ultimo anno (almeno 1 prescrizione ultimo anno)	<u>34</u>		

 Connesso al database locale ...

	N° assoluto	Di cui in terapia con statine	Di cui NON in terapia con statine
Prevenzione secondaria (eventi cerebrovascolari, vasculopatia periferica, malattia coronarica) + diabete tipo 1 e 2 + ipercolesterolemia familiare	150	36	114
LDL-C > 200 (ma senza le condizioni della prima riga della tabella)	0		
LDL-C > 160 mg/dl, (ma senza le due prime righe)	52		
Diagnosi codificata di diabete e dislipidemia 272%	96		
Contatto statine ultimo anno (iscrizione ultimo anno)	34		

Quasi sicuramente appropriati

Selezionare un paziente e premere il pulsante Dati Clinici

Nominativo	Sesso	Età
██████████ DOMENICA	F	70
██████████ GIUSEPPE	M	75
██████████ CARLO	M	76
██████████ VINCENZO	M	80
██████████ GIUSEPPE	M	64
██████████ ARISTIDE	M	81
██████████ ROSA GIUSEPPA	F	83
██████████ ANNA PIERINA	F	77
██████████ ADOLFO	M	81
██████████ CESARINO	M	75
██████████ SILVIA	F	80
██████████ LIVIA	F	79
██████████ PIETRO	M	77
██████████ NERINO	M	83
██████████ SANTA	F	74
██████████ GIANFRANCO	M	63
██████████ GIUSEPPE MARIO	M	60

Dati Clinici    Aggiorna

## Clinical governance scompenso cardiaco Sintesi Scompenso cardiaco

Dimensioni: prevalenza 1,2-2%; elevata mortalità, elevato tasso di ricoveri, costi elevati (soprattutto costi ospedalizzazione), fenomeno in crescita con l'aumento dell'età popolazione

Punti critici: insufficiente/inadeguato utilizzo terapie efficaci, circa 50% ricoveri ripetuti potenzialmente evitabili; difficile comunicazione ospedale-territorio

Obiettivi: miglioramento prognosi e qualità di vita dei pazienti; riduzione dei ricoveri

Interventi efficaci: prescrizioni adeguate; continuità/aderenza terapeutica adeguata; educazione/coinvolgimento del paziente (e familiari); comunicazione ospedale/territorio

Strumenti: audit, feed-back informativi, avvisi elettronici, report personali e di gruppo su indicatori rilevanti e condivisi, lettere elettroniche strutturate per invio a specialista

**Clinical governance: ipertensione arteriosa**  
**Sintesi ipertensione**

**Dimensioni**: prevalenza >30% della popolazione adulta; principale fattore di rischio modificabile per eventi CCV, fenomeno in crescita con l'aumento dell'età popolazione

**Punti critici**: insufficiente/inadeguato utilizzo terapie efficaci, scarsa continuità/aderenza terapeutica

**Obiettivi**: riduzione degli eventi CCV e, conseguentemente, dei ricoveri e disabilità

**Interventi efficaci**: prescrizioni adeguate; continuità/aderenza terapeutica adeguata; educazione/coinvolgimento del paziente (e familiari)

**Strumenti**: audit, feed-back informativi, avvisi elettronici, report personali e di gruppo su indicatori rilevanti e condivisi; incentivi economici per obiettivi di processo e outcome

**Premessa**

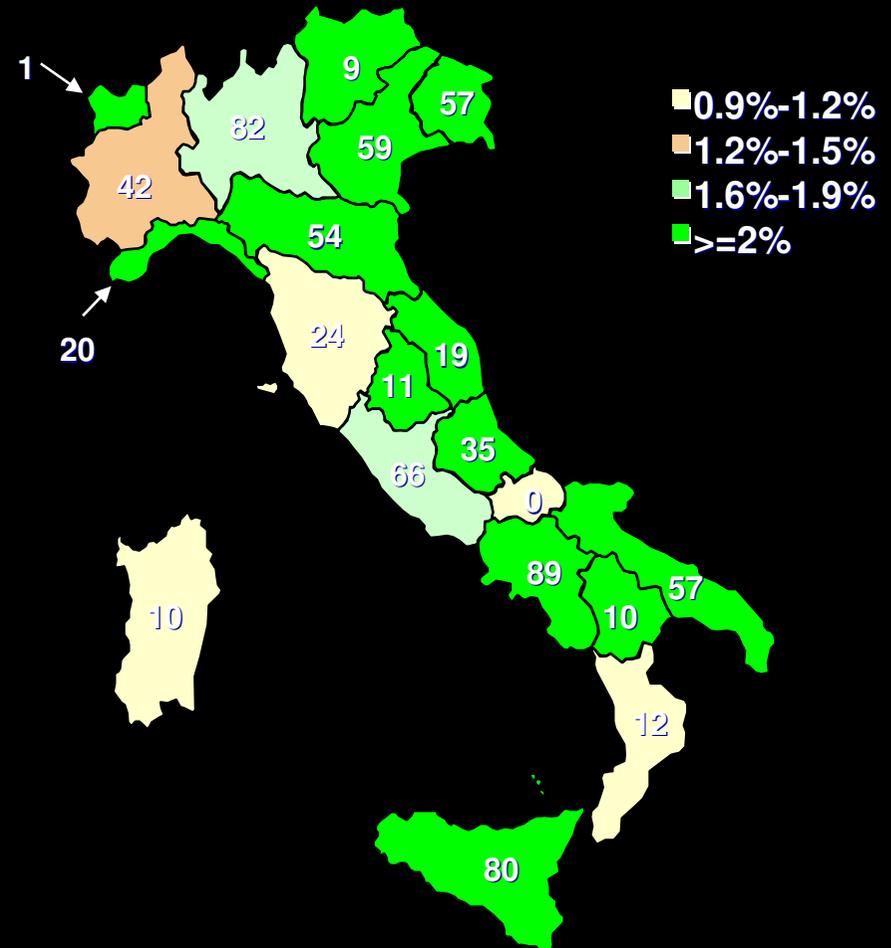
Cervical screening	No	No	Yes	Yes	Yes	No	Observational data suggest that cervical screening programmes are effective. Difficult to translate such observational data into relative and absolute risk reductions
Brief interventions to reduce alcohol consumption	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Unable to translate evidence on efficacy in reducing alcohol consumption <sup>18</sup> into improved health outcomes (fatal and non-fatal events) at population level
Contraceptive prescribing with family planning advice	No	No	Yes	Yes	Yes	No	Experimental and observational evidence of relative effectiveness of different contraceptives. Difficult to translate such data into relative and absolute risk reductions between users and non-users
Immunisations (except against influenza in elderly)	No	No	Yes	Yes	Yes	No	Observational data strongly suggest that immunisation programmes are effective. <sup>19</sup> Difficult to translate such observational data into relative and absolute risk reductions
Treatment of obesity in adults	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Unable to translate evidence of efficacy in reducing weight <sup>20</sup> into improved health outcomes (fatal and non-fatal events) at population level

Yes=evidence or information readily available. No=evidence or information not readily available.

# Fonte dati: Health Search/Thales

**737 MMG che coprono il  
2.1% della popolazione  
totale adulta**

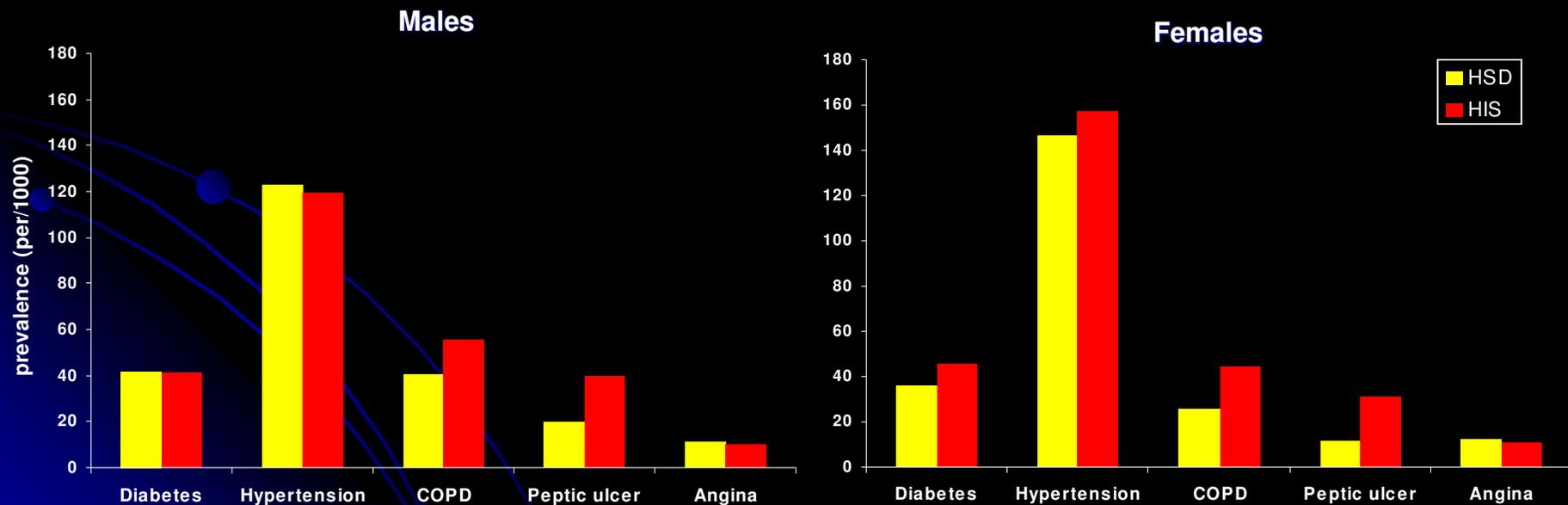
- **Nord-est: 179 MMG (2.7%)**
- **Nord-ovest: 145 MMG (1.6%)**
- **Centro: 120 MMG (1.6%)**
- **Sud: 203 MMG (2.6%)**
- **Isole maggiori: 90 MMG (2.4%)**



# Vantaggi: generalizzabilità (2)

## Prevalenza di patologie croniche

Confronto tra la prevalenza di quattro patologie croniche stimate dall'indagine multiscopo dell'ISTAT (HIS) rispetto alla prevalenza stimata dal database di Health Search/Thales (HSD).



Cricelli et al. J Pub Health Med 2003.  
Fillippi et al. It Heart J 2005.

**Si può migliorare  
solo ciò che si può**

**Misurare e Premiare**



To evaluate

is to

ameliorate



# La MG generale nelle Cure Primarie

Ci prendiamo cura dei cittadini  
di questo Paese

