

Negli ultimi anni il panorama della sanità in Italia ed in Europa è andato mutando con grande velocità. Le aumentate esigenze della popolazione in termini di salute, l'incremento delle patologie croniche legate all'innalzamento dell'età media, la disponibilità di terapie preventive sempre più numerose hanno creato una situazione nuova ed in rapida evoluzione. L'aumento della domanda di prestazioni e di aspettativa di salute ha, peraltro, evidenziato la necessità di utilizzare in maniera razionale quelle risorse che appaiono sempre più limitate per rispondere ai bisogni di salute.

L'insieme di questi fattori ha imposto alla medicina una riflessione profonda sul suo modo di operare ed ha fornito uno stimolo potente al dibattito sulla qualità delle cure. In particolare, si sono sviluppati modelli tesi a garantire l'implementazione della medicina basata sulle evidenze con la conseguente applicazione e verifica di standard qualitativi. In Italia la SIMG è da molti anni impegnata a sviluppare e promuovere la "qualità certificata" in medicina generale. Tuttavia, il concetto di verifica della qualità è strettamente legato alla definizione di standard ed indicatori, avendo come punto di riferimento l'insieme delle evidenze scientifiche e la pratica clinica quotidiana.

Per il raggiungimento di tali obiettivi gli indicatori di qualità sono stati ideati come uno strumento valido per migliorare le attitudini degli stessi MMG, che possono in tal modo confrontarsi con dati di pertinenza clinica, certamente più legati alla loro pratica ed ai problemi che essi incontrano giornalmente, ma anche agli enti regolatori che devono implementare e valutare programmi di sanità pubblica.

3.1 SCELTA DEGLI INDICATORI

Un indicatore di qualità (struttura, processo, appropriatezza prescrittiva, esito) viene definito come un elemento misurabile dell'attività medica per cui esistono delle evidenze scientifiche tali da poter essere utilizzato per valutare la qualità della cure fornite.¹ Tuttavia, ai fini di un'adeguata valutazione standardizzata della qualità, è bene precisare che gli indicatori non sono sempre facilmente trasferibili da un paese all'altro per la differente cultura prescrittiva ed i bisogni specifici dei pazienti. Uno studio irlandese² ha dimostrato come esistano punti di vista differenti riguardo alla validità degli indicatori stessi, con una notevole divergenza tra pratica e teoria nell'applicarli.

Pertanto, la scelta degli indicatori deve essere effettuata sulla base di una specifica strategia progettuale, legata strettamente ad obiettivi, risultati ed attività dell'intervento.

In generale, per la scelta degli indicatori sono stati identificati i compiti ritenuti prioritari in medicina generale nella gestione delle principali patologie croniche, ad esempio diagnosi del diabete mellito, gestione del paziente diabetico e diagnosi precoce delle principali complicanze, controllo metabolico e dell'ipertensione arteriosa. La scelta finale è stata effettuata sulla base dei seguenti criteri:

- Rilevanza, pertinenza e solidità ricavata dalle principali linee guida nazionali o internazionali
- Rilevanza rispetto alla pratica clinica del MMG
- Facilità (rapidità), affidabilità ed alta probabilità di livelli minimi di registrazione nella cartella clinica informatizzata
- Semplice ed immediata valutazione ed interpretazione
- Possibilità di miglioramento
- Relazione con più elementi del processo di cura (prevenzione/diagnosi/terapia/follow-up)

1 Lawrence M, Olesen F. Indicators of quality in healthcare. Eur J General Pract 1997; 3: 103-8.

2 Okechukwu I, Bennett K, Feely J. General practitioners' ranking of evidence-based prescribing quality indicators: a comparative study with a prescription database. Br J Clin Pharmacol. 2006; 62: 218-24.

3.2 SCELTA DEGLI STANDARD ED OBIETTIVI CLINICI

Lo standard definisce come una attività/lavoro/processo dovrebbe essere svolta, dando un riferimento con il quale confrontare la pratica corrente e ridurre la variabilità dei comportamenti professionali, attraverso la verifica della conformità della pratica con lo standard stesso. Gli **standard** (Ideale & LAP) proposti, sebbene in parte arbitrari, sono stati identificati con i seguenti criteri oggettivi:

- livello di performance raggiunto dall'attuale pratica della medicina generale (valutata attraverso Health Search-CSD LPD);
- percentuale teorica massima auspicabile per ogni indicatore, ma ridotta in base a problemi specifici (es. % nota di pazienti con controindicazioni assolute ad un determinato farmaco) oppure difficoltà generali indipendenti dalla volontà o conoscenza da parte del MMG (es. ipotetico rifiuto del paziente, difficoltà di registrazione delle prescrizioni effettuate a domicilio, impossibilità di pesare i pazienti allettati, etc.).

La scelta degli indicatori di qualità e degli standard presentati in questo documento non pretende di essere esaustiva o esente da critiche; sicuramente saranno necessarie modifiche ed aggiornamenti in base all'esperienza diretta, all'evoluzione dei sistemi informatici di raccolta ed estrazione dati, all'evoluzione della medicina ed al miglioramento della pratica clinica in medicina generale. Tuttavia, è importante sottolineare il metodo totalmente innovativo che è stato adottato per instradare i medici ricercatori di Health Search-CSD LPD in un percorso concordato e condiviso di miglioramento professionale.

Come in un efficace processo di *Clinical Governance*, tale progetto consentirà ai MMG di vedere il loro operato tradotto in informazioni quantificabili e confrontabili con *benchmarking* reali ed ideali, offrendo loro l'opportunità di individuare i punti virtuosi e/o le criticità nei percorsi di cura delle diverse malattie croniche. Questi elementi dovrebbero avere l'obiettivo finale di innescare un circolo virtuoso di miglioramento continuo, nonché l'identificazione dei bisogni formativi. Tale percorso ha come condizione prioritaria una puntuale, rigorosa e sistematica registrazione dei dati.

3.3 LO SVILUPPO DEGLI INDICATORI

Da un punto di vista strutturale, il set di indicatori che viene proposto, è organizzato sotto forma di problema clinico all'interno del quale sono poi esplicitati gli stessi indicatori, suddivisi per processo, esito intermedio ed appropriatezza prescrittiva. Per esempio, all'interno del problema "prevenzione del rischio cardiovascolare", vengono sviluppati gli indicatori relativi agli antiipertensivi o agli ipolipidizzanti. Nell'ambito di ogni problema viene condotto un inquadramento epidemiologico, viene definita la letteratura di riferimento ed infine viene fornita al lettore la metodologia utilizzata per lo sviluppo dell'indicatore. Le note metodologiche presenti accanto ad ogni singolo indicatore hanno l'obiettivo di fornire una chiave di lettura per interpretare correttamente il risultato.

Come principale criterio di analisi è stata utilizzata la prevalenza, ovvero il numero di pazienti che sono stati sottoposti ad una determinata attività di monitoraggio clinico (es. emoglobina glicata) e/o hanno utilizzato una specifica classe terapeutica (es. ACE-inibitori in presenza di ipertensione) **[NUMERATORE]**, sul totale dei pazienti (es. diabete mellito di tipo 2) identificati grazie a determinati criteri diagnostici (es. ICD-9: 250.x) e/o clinici (es. BMI>30) **[DENOMINATORE]**.

Gli indicatori sono relativi all'attività dei 650 medici selezionati (**vedi paragrafo 2.2.2**) nel corso del 2009. Le figure descrivono il valore mediano, ovvero il valore in cui è compreso il 50% dei MMG, relativamente ad ogni singolo indicatore per gli anni 2005-2009. Ad esempio, l'indicatore DM2 (**vedi Tabella 3.4a**) ha nel 2009 un valore mediano pari a 37.8. Questo risultato significa che il 50% dei MMG ha registrato il BMI a più del 37.8% dei propri pazienti diabetici, mentre il restante 50% ha registrato il BMI ai propri pazienti in una percentuale inferiore a questo valore mediano.

BREVE GUIDA ALLA LETTURA DELLE PRINCIPALI MISURE UTILIZZATE

Mediana: data una successione di valori disposti in ordine crescente di grandezza, è quel valore preceduto e seguito da uno stesso numero di valori. Se il numero delle grandezze è dispari, la mediana è quel valore che occupa il posto centrale della successione; se è pari, essendo due i valori centrali, la mediana è qualunque valore compreso fra di essi (in genere si considera la semisomma dei due valori centrali).

Ideale: riferimento massimo auspicabile.

LAP: livello accettabile previsto.



3.4 AREA METABOLICA

3.4.1 DIABETE MELLITO DI TIPO 2

Il diabete mellito di tipo 2 è il risultato di una ridotta produzione pancreatica di insulina associata ad una ridotta sensibilità dei tessuti periferici bersaglio ("insulinoresistenza"). La prevalenza e l'incidenza sono in continua crescita in tutto il mondo con stime variabili dal 4.5% al 6.0% della popolazione adulta.³ In Italia, si stimano almeno 3 milioni di diabetici diagnosticati, valore destinato a salire nei prossimi anni, con una previsione per il 2025 di almeno 5 milioni di persone affette da diabete. Esso è causa di complicanze croniche invalidanti a carico di occhio, rene, sistema nervoso periferico e sistema cardiocircolatorio; queste rappresentano un problema di enorme rilevanza clinica, economica e sociale essendo responsabili di un decadimento della qualità di vita del paziente, d'invalidità e di forti costi per il SSN (6-11% dei costi sanitari totali). Un aumento della sorveglianza sul diabete è stata pertanto riconosciuta come elemento necessario all'ottimizzazione delle risorse sanitarie. Ad esempio, i dati dello studio UKPDS⁴ hanno dimostrato che il miglioramento del controllo glicemico e pressorio nei pazienti diabetici di tipo 2 è in grado di ridurre l'incidenza e la gravità delle complicanze e quindi i costi della malattia, grazie soprattutto alla diminuzione dei ricoveri ospedalieri. D'altra parte, alcune evidenze dimostrano che i pazienti che seguono un regolare programma di follow-up hanno un miglior controllo metabolico, con una riduzione dell'incidenza e della gravità delle complicanze acute e croniche del diabete mellito. Pertanto, il corretto approccio della malattia diabetica comprende la prevenzione primaria, la diagnosi precoce, controlli clinici periodici dei valori glicemici, pressori e lipidici anche attraverso il coinvolgimento attivo del paziente, una terapia appropriata, la prevenzione/diagnosi precoce delle complicanze acute e croniche. Le attuali linee guida raccomandano una terapia "a gradini", basata sull'uso di ipoglicemizzanti orali dapprima in monoterapia, successivamente aggiungendo un secondo e poi terzo farmaco in caso di mancato controllo (terapia di associazione), infine usando l'insulina al deterioramento del controllo glicemico ("fallimento secondario degli ipoglicemizzanti orali"). Nei pazienti diabetici ipertesi l'utilizzo di ACE-inibitori o sartani risulta giustificato per la protezione d'organo che tali farmaci determinano a livello renale.⁵

3 Mazzaglia G, Yurgin N, Boye KS, Trifirò G, Cottrell S, Allen E, Filippi A, Medea G, Cricelli C. Prevalence and antihyperglycemic prescribing trends for patients with type 2 diabetes in Italy: A 4-year retrospective study from national primary care data. *Pharmacol Res* 2008; 57(5):358-63.

4 King P, Peacock I, Donnelly R. The UK prospective diabetes study (UKPDS): clinical and therapeutic implications for type 2 diabetes. *Br J Clin Pharmacol* 1999;48:643-8.

5 Penno G, Chaturvedi N, Talmud PJ, Cotroneo P, Manto A, Nannipieri M, Luong LA, Fuller JH. Effect of angiotensin-converting enzyme (ACE) gene polymorphism on progression of renal disease and the influence of ACE inhibition in IDDM patients: findings from the EUCLID Randomized Controlled Trial. *EURODIAB Controlled Trial of Lisinopril in IDDM*. *Diabetes*. 1998; 47: 1507-11.

Tabella 3.4a Area metabolica: indicatori di processo

Codice	Descrizione	Note metodologiche	Standard
DM1	Prevalenza diabete	N. pazienti di età >= 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 [ICD9: 250% escluso 250._1% e 250._3%] (Numeratore) / totale pazienti di età >= 14 anni (Denominatore)	Ideale: 6-7% LAP: 4.5%
DM2	Registrazione BMI	N. pazienti di età >= 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 [ICD9: 250% escluso 250._1% e 250._3%] con almeno una registrazione di BMI negli ultimi 24 mesi (Numeratore) / totale pazienti di età >= 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 (Denominatore)	Ideale: 100% LAP: 80%
DM3	Registrazione dato fumo	N. pazienti di età >= 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 [ICD9: 250% escluso 250._1% e 250._3%] con almeno una registrazione di fumo (Numeratore) / totale pazienti di età >= 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 (Denominatore)	Ideale: 100% LAP: 90%
DM4	Registrazione emoglobina glicata	N. pazienti di età >= 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 [ICD9: 250% escluso 250._1% e 250._3%] con almeno una registrazione di emoglobina glicata negli ultimi 365 giorni (Numeratore) / totale pazienti di età >= 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 (Denominatore)	Ideale: 90% LAP: 60%
DM7	Registrazione fundus	N. pazienti di età >= 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 [ICD9: 250% escluso 250._1% e 250._3%] con almeno un esame del fondo oculare e/o una visita oculistica negli ultimi 27 mesi (Numeratore) / totale pazienti di età >= 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 (Denominatore)	Ideale: 90% LAP: 80%
DM8	Registrazione polsi periferici e/o indice caviglia/ braccio	N. pazienti di età >= 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 [ICD9: 250% escluso 250._1% e 250._3%] la cui cartella clinica riporta la valutazione dei polsi periferici e/o l'indice caviglia braccio, negli ultimi 15 mesi (Numeratore) / totale pazienti di età >= 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 (Denominatore)	Ideale: 70% LAP: 30%
DM9	Registrazione PA	N. pazienti di età >= 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 [ICD9: 250% escluso 250._1% e 250._3%] con almeno una registrazione di PA negli ultimi 365 giorni (Numeratore) / totale pazienti di età >= 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 (Denominatore)	Ideale: 90% LAP: 70%
DM11	Registrazione microalbuminuria	N. pazienti di età >= 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 [ICD9: 250% escluso 250._1% e 250._3%] con almeno una registrazione della microalbuminuria nei 15 mesi precedenti la fine dell'anno di osservazione (Numeratore) / totale pazienti di età >= 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 (Denominatore)	Ideale: 80% LAP: 60%
DM12	Registrazione creatinina	N. pazienti di età >= 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 [ICD9: 250% escluso 250._1% e 250._3%] con almeno una registrazione della creatininemia negli ultimi 15 mesi (Numeratore) / totale pazienti di età >= 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 (Denominatore)	Ideale: 90% LAP: 70%
DM14	Registrazione colesterolo LDL	N. pazienti di età >= 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 [ICD9: 250% escluso 250._1% e 250._3%] con almeno una registrazione di colesterolo LDL negli ultimi 15 mesi (Numeratore) / totale pazienti di età >= 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 (Denominatore)	Ideale: 90% LAP: 70%
TIROIDE1	Prevalenza ipotiroidismo	N. pazienti di età >= 14 anni con diagnosi di ipotiroidismo [ICD9: 243% o 244%] (Numeratore) / totale pazienti di età >= 14 anni (Denominatore)	LAP: 1-2%
TIROIDE2	Registrazione test di funzione della tiroide	N. pazienti di età >= 14 con diagnosi di ipotiroidismo [ICD9: 243% o 244%] con almeno una prescrizione di TSH negli ultimi 15 mesi (Numeratore) / totale dei pazienti di età >= 14 con diagnosi di ipotiroidismo (Denominatore)	Ideale: 100% LAP: 90%

Figura 3.4a Area metabolica: indicatori di processo (anni 2005 - 2009)

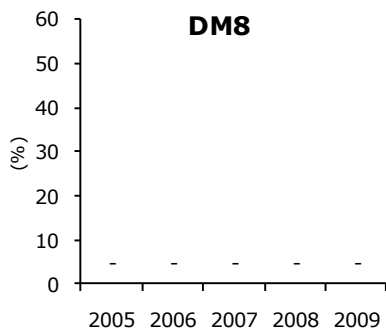
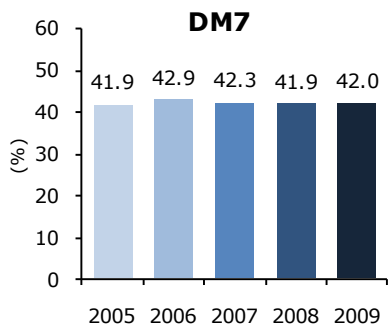
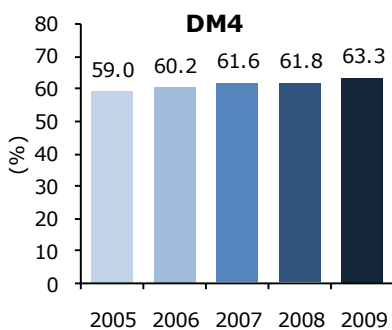
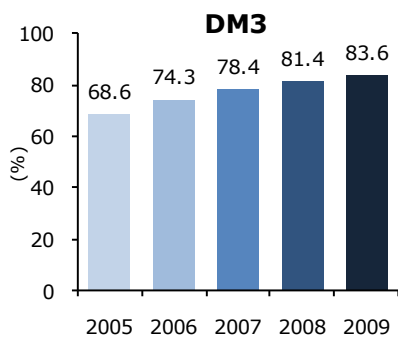
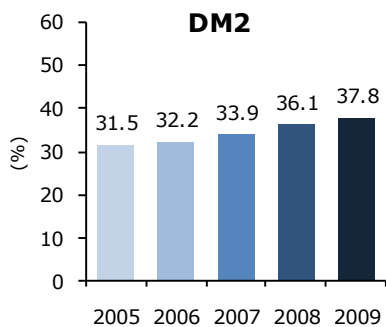
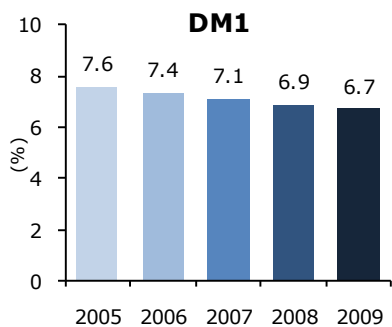


Figura 3.4a (Continua)

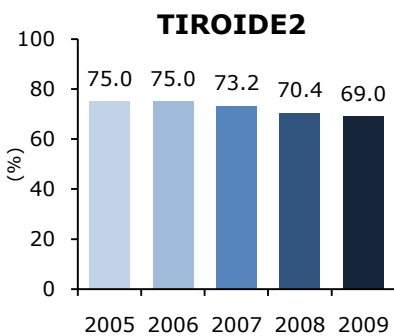
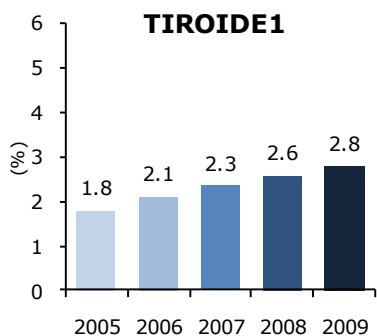
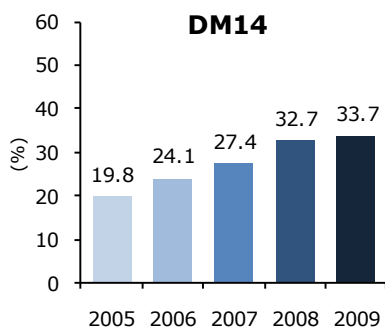
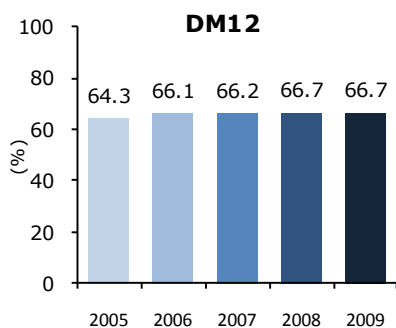
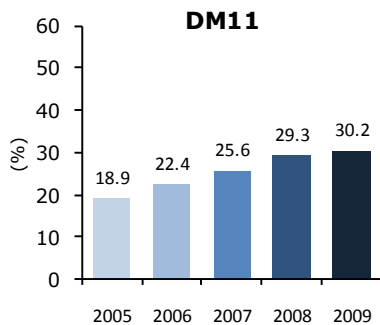
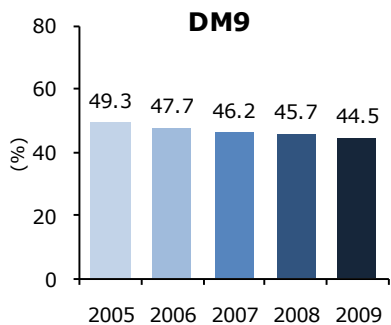


Tabella 3.4b Area metabolica: indicatori di esito intermedio

Codice	Descrizione	Note metodologiche	Standard
DM5	Emoglobina glicata ≤ 7	N. pazienti di età ≥ 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 [ICD9: 250% escluso 250._1% e 250._3%] con ultimo valore di emoglobina glicata negli ultimi 365 giorni $< 7\%$ (Numeratore) / totale pazienti di età ≥ 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 con almeno una registrazione di emoglobina glicata negli ultimi 365 giorni (Denominatore)	Ideale: 70% LAP: 50%
DM10	PA $\leq 130/80$ mmHg	N. pazienti di età ≥ 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 [ICD9: 250% escluso 250._1% e 250._3%] con ultimo valore di pressione arteriosa negli ultimi 365 giorni $\leq 130/80$ mmHg (Numeratore) / totale pazienti di età ≥ 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 con almeno una registrazione di pressione negli ultimi 365 giorni (Denominatore)	Ideale: 80% LAP: 40%
DM15	Colesterolo LDL < 100 mg/dl	N. pazienti di età ≥ 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 [ICD9: 250% escluso 250._1% e 250._3%] con ultimo valore di colesterolo LDL negli ultimi 15 mesi < 100 mg/dl (Numeratore) / totale pazienti di età ≥ 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 con almeno una registrazione di colesterolo LDL negli ultimi 15 mesi (Denominatore)	Ideale: 70% LAP: 50%

Figura 3.4b Area metabolica: indicatori di esito intermedio (anni 2005 - 2009)

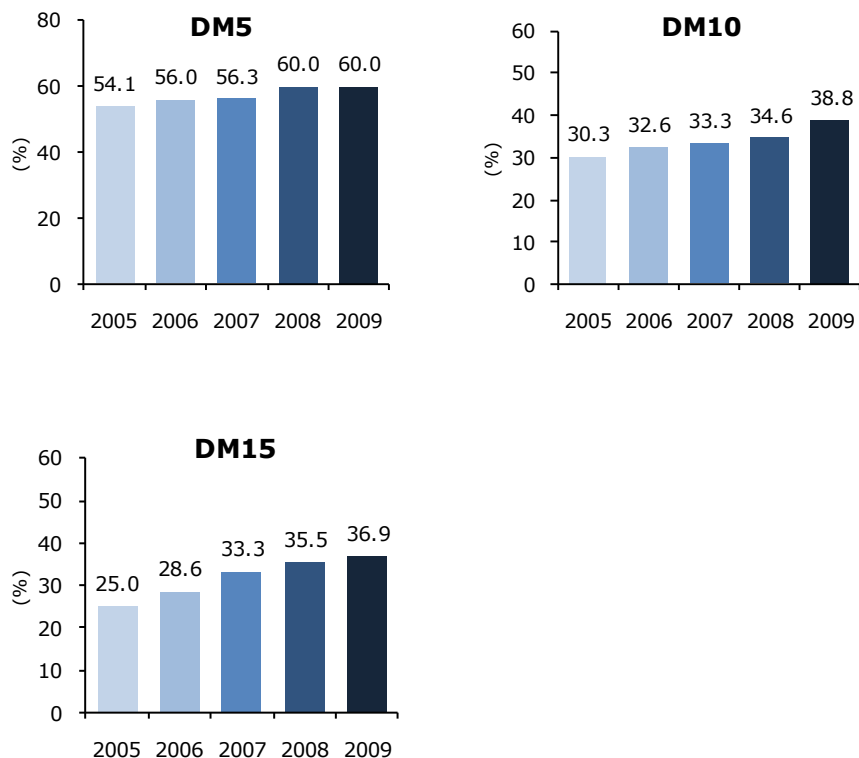
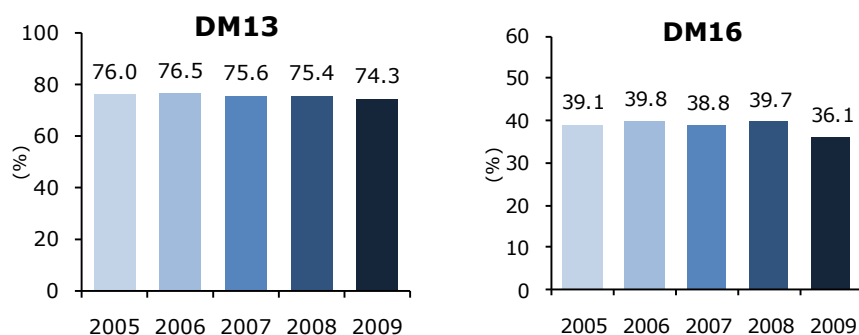


Tabella 3.4c Area metabolica: indicatori di appropriatezza prescrittiva

Codice	Descrizione	Note metodologiche	Standard
DM13	Terapia con ACE-Inibitori/Sartani in pazienti con ipertensione	N. pazienti di età ≥ 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 [ICD9: 250% escluso 250._1% e 250._3%] e ipertensione con almeno una prescrizione di ACE-Inibitori o sartani negli ultimi 365 giorni (Numeratore) / totale pazienti di età ≥ 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 e ipertensione (Denominatore)	Ideale: 100% LAP: 90%
DM16	Vaccinazione antinfluenzale	N. pazienti di età ≥ 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 [ICD9: 250% escluso 250._1% e 250._3%] con registrazione di vaccino per l'influenza negli ultimi 365 giorni (Numeratore) / totale pazienti di età ≥ 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 (Denominatore)	Ideale: 90% LAP: 70%

Figura 3.4c Area metabolica: indicatori di appropriatezza prescrittiva (anni 2005 - 2009)



3.5 AREA PNEUMOLOGICA

3.5.1 BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO)

La BPCO è una malattia respiratoria cronica prevenibile e trattabile associata a significativi effetti e comorbilità extrapolmonari che possono condizionarne la gravità. Essa è caratterizzata da una progressiva ostruzione delle vie aeree non completamente reversibile e costituisce un'importante causa di morbilità e mortalità nei paesi industrializzati ed in quelli in via di sviluppo. Vari studi epidemiologici hanno mostrato che la BPCO risulta la quarta causa di morte nel mondo e che nel 2020 ne diventerà la terza causa.^{6,7} Il fumo di sigaretta rappresenta il principale fattore di rischio modificabile correlato all'insorgenza di BPCO. Si stima che oltre il 50% dei fumatori svilupperà nel corso della vita una malattia respiratoria cronica. Pertanto, un adeguato monitoraggio dell'abitudine tabagica, accompagnato da opportune strategie di cessazione del fumo di sigaretta, sono di primaria importanza per la cura di questi pazienti. Pur rappresentando uno dei principali problemi sanitari nel prossimo

6 Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020. Lancet 1997; 349: 1498-1504.

7 Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL. Global burden of disease and risk factors. Washington: The World Bank, 2006

futuro, alcuni aspetti della BPCO risultano ancora di incerta definizione. La reale prevalenza di questa patologia all'interno della stessa popolazione può infatti variare a seconda dello strumento utilizzato per identificarla, ad esempio sintomi respiratori riferiti, diagnosi medica, o funzionalità polmonare. In uno studio condotto in Italia tra il 1980 ed il 1993, la prevalenza di BPCO identificata sia nei maschi che nelle femmine risultava notevolmente inferiore alla prevalenza di tosse ed espettorato cronico, sintomi compatibili con un quadro di bronchite cronica.⁸ Anche nella loro ultima edizione le linee guida GOLD hanno ribadito che soltanto l'indagine spirometrica è in grado di fornire una conferma diagnostica alla diagnosi di BPCO⁹ e che pertanto essa non può basarsi solo sulla valutazione clinica del paziente. La corretta diagnosi e la stadiazione della malattia, basate sulla valutazione funzionale spirometrica del paziente, rappresentano il presupposto per l'attuazione di misure terapeutiche razionali e di provata efficacia. La prevenzione delle complicanze, anche mediante opportuni interventi vaccinali, insieme ai programmi di riabilitazione, è determinante per condizionare positivamente la storia clinica del paziente.

3.5.2 ASMA

L'asma bronchiale è una malattia infiammatoria cronica delle vie aeree caratterizzata da ostruzione bronchiale, più o meno accessionale, di solito reversibile spontaneamente o dopo terapia, da iperreattività bronchiale e da un accelerato declino della funzionalità respiratoria che può evolvere, talora, in una ostruzione bronchiale irreversibile. La sua prevalenza si aggira in media attorno al 4-6% nella popolazione adulta.¹⁰ Clinicamente si manifesta con dispnea, respiro sibilante, tosse e senso di costrizione toracica. L'intensità dei sintomi varia in rapporto all'entità della ostruzione bronchiale ed al grado della sua percezione da parte del paziente. La diagnosi di asma si basa sulla storia clinica e sulla presenza di co-patologie spesso correlate alla malattia, in particolare le allergopatie. In ogni caso essa deve essere confermata da un esame spirometrico corredato da un eventuale test di reversibilità o di broncostimolazione. Il controllo periodico del paziente, anche dal punto di vista spirometrico, è importante per monitorare l'andamento nel tempo della malattia e le possibili conseguenze sull'apparato respiratorio. Malgrado ciò, tra i medici ancora oggi prevale la tendenza a formulare una diagnosi clinica ed assai più raramente spirometrica.¹¹ L'educazione del paziente asmatico rappresenta un presupposto fondamentale per una buona gestione della malattia. Il medico deve periodicamente monitorare segni e sintomi della malattia, la funzionalità polmonare, la qualità della vita, il corretto uso dei farmaci, gli effetti avversi, le eventuali esacerbazioni. Sono oggi disponibili farmaci molto efficaci per il controllo della malattia, capaci di controllare sia la flogosi che la broncoostruzione. Come raccomandato dalle linee guida GINA,¹² l'educazione del paziente e la sua adesione costante al programma terapeutico sono fattori determinanti per raggiungere di un buon controllo della malattia. Unitamente alla terapia farmacologica la vaccinazione antinfluenzale e l'abolizione del fumo devono essere sempre fortemente raccomandati in questi pazienti.

8 Viegi G, Paoletti P, Carrozzi L, et al. Prevalence rates of respiratory symptoms in Italian general population samples exposed to different levels of air pollution. *Environ Health Perspect* 1991; 94:95-99

9 www.goldcopd.it

10 Masoli M, Fabian D, Holt S, Beasley R; Global Initiative for Asthma (GINA) Program. The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report. *Allergy*. 2004 May;59(5):469-78

11 Caramori G, Bettoncelli G, Tosatto R, Arpinelli F, Visonà G, Invernizzi G, Novelletto BF, Papi A, Adcock IM, Ciaccia A. Under-use of spirometry by general practitioners for the diagnosis of COPD in Italy. *Monaldi Arch Chest Dis*. 2005 Mar;63(1):6-12.

12 www.ginasthm.org

Tabella 3.5a Area Pneumologica: indicatori di processo

Codice	Descrizione	Note metodologiche	Standard
BPCO1	Prevalenza BPCO	N. pazienti di età >= 40 anni con diagnosi di BPCO [ICD9: 491.2% o 496% o ricerca in testo libero della stringa %BPCO%] (Numeratore) / totale pazienti di età >= 40 anni (Denominatore)	Ideale: 5% LAP: 4.5%
BPCO2	Prescrizione spirometria	N. pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di BPCO [ICD9: 491.2% o 496% o ricerca in testo libero della stringa %BPCO%] con almeno una spirometria registrata (Numeratore) / totale pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di BPCO (Denominatore)	Ideale: 90% LAP: 70%
BPCO3	Prescrizione spirometria nei pazienti fumatori	N. pazienti di età >= 40 anni fumatori con diagnosi di BPCO [ICD9: 491.2% o 496% o ricerca in testo libero della stringa %BPCO%] con almeno una spirometria registrata negli ultimi 365 giorni (Numeratore) / totale dei pazienti di età >=40 anni fumatori con diagnosi di BPCO (Denominatore)	Ideale: 90% LAP: 40%
BPCO4	Registrazione dato fumo	N. pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di BPCO [ICD9: 491.2% o 496% o ricerca in testo libero della stringa %BPCO%] con almeno una registrazione di fumo (Numeratore) / totale di pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di BPCO (Denominatore)	Ideale: 100% LAP: 90%
BPCO5	Vaccinazione antinfluenzale	N. pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di BPCO [ICD9: 491.2% o 496% o ricerca in testo libero della stringa %BPCO%] con registrazione di vaccino per l'influenza negli ultimi 365 giorni (Numeratore) / totale pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di BPCO (Denominatore)	Ideale: 90% LAP: 70%
BPCO6	Registrazione BMI	N. pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di BPCO [ICD9: 491.2% o 496% o ricerca in testo libero della stringa %BPCO%] con almeno una registrazione di BMI negli ultimi 24 mesi (Numeratore) / totale pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di BPCO (Denominatore)	Ideale: 90% LAP: 70%
ASMA1	Prevalenza asma	N. pazienti di età >= 14 anni con diagnosi di asma [ICD9: 493%] (Numeratore) / totale pazienti di età >= 14 anni (Denominatore)	Ideale: 5% LAP: 4%
ASMA2	Registrazione spirometria	N. pazienti di età >= 14 anni con diagnosi di asma [ICD9: 493%] con almeno una spirometria (Numeratore) / totale pazienti di età >= 14 anni con diagnosi di ASMA (Denominatore)	Ideale: 90% LAP: 60%
ASMA3	Registrazione dato fumo	N. pazienti di età >= 14 anni con diagnosi di asma [ICD9: 493%] con almeno una registrazione di fumo (Numeratore) / totale di pazienti di età >= 14 anni con diagnosi di asma (Denominatore)	Ideale: 100% LAP: 80%
ASMA4	Vaccinati per l'influenza	N. pazienti di età >= 14 anni con diagnosi di asma [ICD9: 493%] con registrazione di vaccino per l'influenza negli ultimi 365 giorni (Numeratore) / totale di pazienti di età >= 14 anni con diagnosi di asma (Denominatore)	Ideale: 90% LAP: 80%

Figura 3.5a Area Pneumologica: indicatori di processo (anni 2005 - 2009)

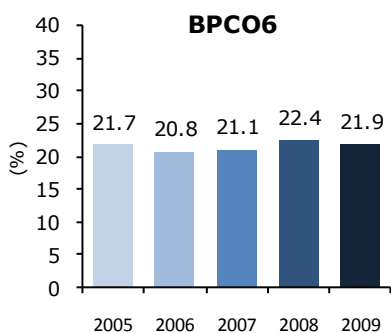
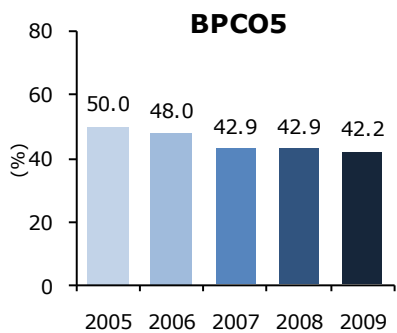
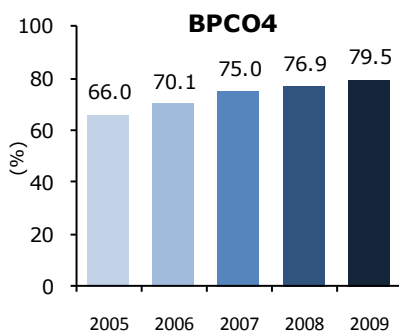
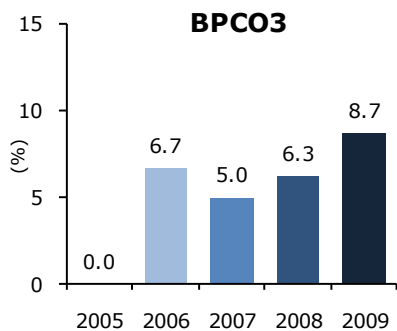
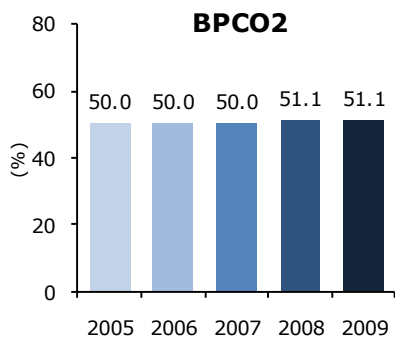
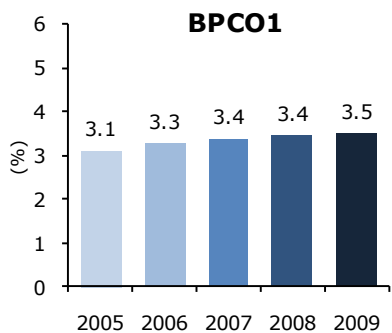
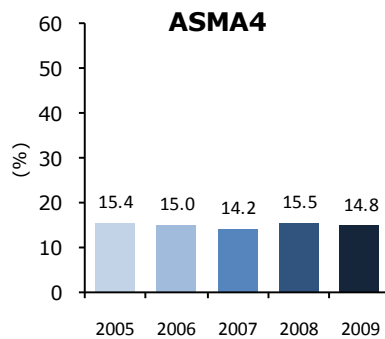
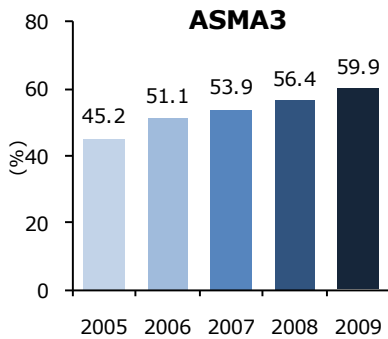
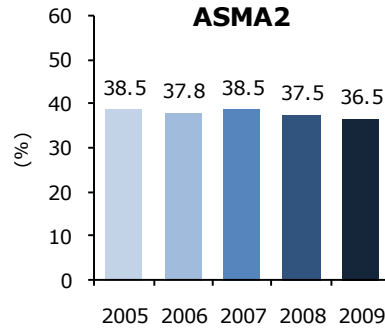
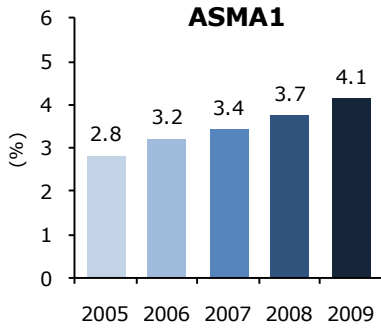


Figura 3.5a (Continua)



3.6 AREA NEUROPSICHIATRICA

3.6.1 DEPRESSIONE

La depressione è una patologia caratterizzata da un insieme di sintomi cognitivi, comportamentali, somatici e affettivi che, nel loro insieme, inducono una diminuzione più o meno marcata del tono dell'umore e interferiscono con la capacità della persona ad adattarsi alla vita sociale. Secondo il DSM IV la prevalenza del disturbo depressivo maggiore in età adulta è del 10-25% nelle donne e del 5-12% negli uomini, mentre quella del disturbo distimico si colloca intorno al 6%. L'uso dei farmaci antidepressivi, in particolare degli Inibitori Selettivi del Reuptake della Serotonina (SSRI), ha evidenziato un notevole incremento (250% in dieci anni). Vari sono i motivi di questa situazione, tra i quali probabilmente un'interpretazione poco appropriata dei criteri diagnostici per la depressione, che sottolineano l'importanza di un trattamento precoce del disturbo depressivo e che introducono il concetto di "depressione sotto-soglia", condizione pauci-sintomatica suscettibile di evoluzione peggiorativa e che può implicare un intervento terapeutico, anche se non necessariamente farmacologico.^{13,14} Un ulteriore motivo è rappresentato dall'allargamento delle indicazioni dei farmaci antidepressivi ad altre

13 Middleton H, Shaw I, Feder G. NICE guidelines for the management of depression. *BMJ* 2005;330:267-8.

14 Kirsch I, Deacon BJ, Hueto-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. Initial severity an antidepressant benefit: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med* 2008;5:e45.

patologie che sono in netto incremento negli ultimi anni, quali DAP (Disturbo da Attacco di Panico), GAD (Disturbo d'Ansia Generalizzato), Fobia Sociale, Insonnia, Disturbi Somatoformi e Disturbi d'Ansia in generale, contribuendo all'ipotesi che questi farmaci abbiano meccanismi d'azione diversi da quelli attualmente considerati.¹⁵

3.6.2 EPILESSIA

L'epilessia è un disturbo neurologico accessuale a eziologia eterogenea caratterizzato da crisi epilettiche ricorrenti che si manifestano clinicamente in modo polimorfo e che sono determinate da una serie di fattori che aumentano l'eccitabilità elettrica delle cellule nervose abbassando la soglia della loro attività spontanea determinando una scarica simultanea ed eccessiva di una popolazione di neuroni della corteccia o del tronco cerebrale.¹⁶ Le crisi epilettiche e l'epilessia sono relativamente frequenti e si possono manifestare a qualsiasi età, con incidenza maggiore nel primo anno di vita ed una diminuzione negli anni successivi, riducendosi ulteriormente durante l'adolescenza. Nell'età adulta l'incidenza resta relativamente bassa per poi crescere di nuovo nell'età avanzata. La prevalenza dell'epilessia si colloca intorno a 5-10 per 1000 individui, mentre l'incidenza annua è di 30-50 casi per 100.000 abitanti. I farmaci antiepilettici, con diversi meccanismi d'azione, inibiscono l'attività elettrica neuronale e sono in grado di indurre la remissione completa dei sintomi nel tempo. In circa il 25-30% dei soggetti epilettici però la terapia farmacologica, anche con più farmaci in associazione, non è in grado di controllare in modo adeguato l'insorgenza delle crisi (epilessia farmaco-resistente).¹⁷ Anche in considerazione dell'allargamento delle indicazioni di alcuni farmaci antiepilettici (dolore neuropatico, disturbi dell'umore), è necessario un adeguato monitoraggio dell'uso di questi farmaci soprattutto riguardo a eventi avversi, tossicità da sovradosaggio e interazioni farmacologiche al fine di evitare comportamenti inappropriati.¹⁸

Tabella 3.6a Area neuropsichiatrica: indicatori di processo

Codice	Descrizione	Note metodologiche	Standard
DEPRESSIONE1	Prevalenza depressione	N. pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di depressione [ICD9: 311% o 296.2% o 296.3% o 296.5% o 300.4%] (Numeratore) / totale dei pazienti di età >= 18 anni (Denominatore)	Ideale: 9.0% LAP: 7.0%
EPILESSIA1	Prevalenza epilessia	N. pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di epilessia [ICD9: 345%] (Numeratore) / totale dei pazienti di età >= 18 anni (Denominatore)	Ideale: 0.6% - 1.0% LAP: 0.35%

15 Moncrieff J, Cohen D. Rethinking models of psychotropic drug action. *Psychother Psychosom* 2005;74:145-53.

16 Fisher RS, Boas W.E, Blume W, et al. Epileptic seizures and epilepsy: Definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy. *Epilepsia* 46:470-472; 2005

17 Linee Guida PNLG. Diagnosi e trattamento delle epilessie. www.pnlg.it/lgr_toscana_epilessie_2009

18 Savica R, Beghi E, Mazzaglia G, Innocenti F, Brignoli O, Cricelli C, Caputi AP, Musolino R, Spina E, Trifirò G. Prescribing patterns of antiepileptic drugs in Italy: a nationwide population-based study in the years 2000-2005. *Eur J Neurol*. 2007 Dec;14(12):1317-21.

Figura 3.6a Area neuropsichiatrica: indicatori di processo (anni 2005 - 2009)

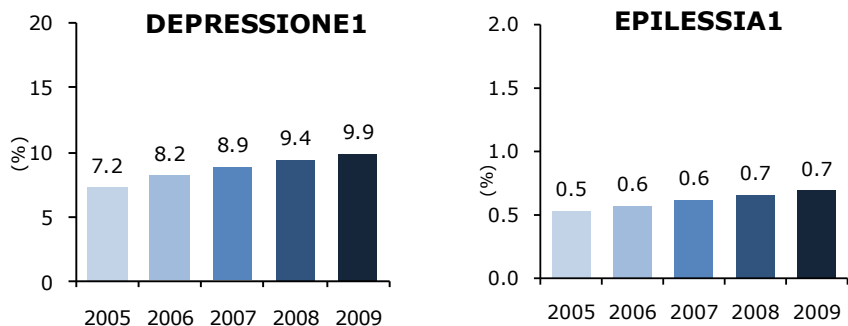
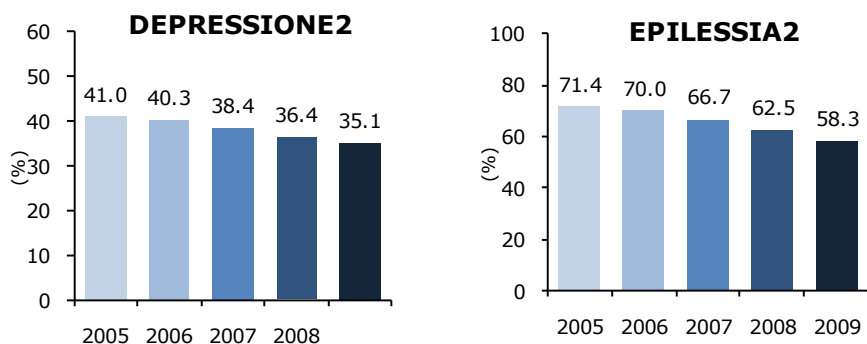


Tabella 3.6b Area neuropsichiatrica: indicatori di appropriatezza prescrittiva

Codice	Descrizione	Note metodologiche	Standard
DEPRESSIONE2	Controllo della terapia	N. pazienti di età \geq 18 anni con diagnosi di depressione [ICD9: 311% o 296.2% o 296.3% o 296.5% o 300.4%] e con almeno una prescrizione di farmaci antidepressivi (una tra le seguenti classi di codice ATC: N06AA, N06AB, N06AX) negli ultimi 365 giorni (Numeratore) / totale dei pazienti di età \geq 18 anni con diagnosi di depressione (Denominatore)	Ideale: 70% LAP: 40%
EPILESSIA2	Controllo della terapia	N. pazienti di età \geq 18 anni con diagnosi di epilessia [ICD9: 345%] con almeno una prescrizione di FAE (codice ATC: N03A) negli ultimi 365 giorni (Numeratore) / totale dei pazienti di età \geq 18 anni con diagnosi di epilessia (Denominatore)	Ideale: 100% LAP: 80%

Figura 3.6b Area neuropsichiatrica: indicatori di appropriatezza prescrittiva (anni 2005 - 2009)



3.7 AREA CARDIOVASCOLARE

3.7.1 PREVENZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE

Le malattie cardiovascolari rappresentano in Europa le maggiori cause di mortalità, con il 43% di tutte le morti negli uomini ed il 55% nelle donne. La prevalenza di queste malattie varia in base alle differenti fonti di informazione sebbene essa si possa stimare intorno al 2.5% per l'infarto del miocardio e l'ictus e intorno al 1.8% per l'angina pectoris (senza infarto miocardico) nella popolazione adulta. Per quanto riguarda lo scompenso cardiaco, che in molti casi rappresenta il punto di arrivo di molte patologie ischemiche, la prevalenza è stimata intorno all'1.2-1.5%. Le malattie cardiovascolari e lo scompenso rappresentano non solo un importante fonte di spesa a carico del SSN, ma soprattutto comportano gravi conseguenze in termini di qualità della vita e costi sociali ad essi connesse. La prevenzione delle patologie cardiovascolari, d'altra parte, rappresenta una delle poche strategie di sicura efficacia, rapido effetto e basso costo per contrastare l'aumento della disabilità e della dipendenza associate all'aumento della durata media della vita.

L'identificazione dei soggetti ad elevato rischio cardiovascolare rappresenta pertanto uno degli obiettivi principali della prevenzione primaria e secondaria e costituisce la premessa necessaria per l'attivazione di azioni finalizzate alla riduzione dei fattori di rischio modificabili, dal cambiamento dello stile di vita all'intervento farmacologico.^{19,20}

3.7.2 STRATEGIE DI MONITORAGGIO E CONTROLLO DEI FATTORI DI RISCHIO

Il controllo dei fattori di rischio associati all'insorgenza degli eventi cardiovascolari maggiori rimane tuttora piuttosto scarso, in particolare riguardo ai livelli di pressione arteriosa ed al controllo lipidico, nonostante le linee guida nazionali ed internazionali individuano tale azione come prioritaria in una strategia rivolta alla riduzione dell'incidenza di eventi cardiovascolari dei costi ad essi connessi. Relativamente al controllo della PA, diverse evidenze indicano che:

- circa il 15% dei soggetti ipertesi che potrebbe trarre beneficio dal trattamento non ricevono alcuna terapia;
- circa il 26% ricevono una terapia inadeguata;
- solo il 55% dei soggetti adulti hanno l'ipertensione adeguatamente controllata.

Inoltre, nonostante un adeguato controllo pressorio dovrebbe essere supportato da una terapia mantenuta indefinitamente, recenti studi hanno evidenziato un numero elevato di soggetti sotto-trattati ed una bassa aderenza (*compliance*) al trattamento. La mancata *compliance* esercita una duplice influenza sui costi sanitari, sia come conseguenza del costo di una prescrizione non efficace, sia in relazione all'aumento del numero di eventi cardiovascolari.²¹

Relativamente al controllo lipidico, le linee guida più recenti hanno stabilito che il valore ottimale di LDL circolante varia in relazione al livello di rischio cardiovascolare del paziente da <70-100 mg/dL in prevenzione secondaria o in presenza di alto rischio cardiovascolare e diabete, fino a <130 mg/dL nei soggetti a moderato rischio cardiovascolare. Le indagini economiche hanno dimostrato un rapporto costo-efficacia favorevole in prevenzione secondaria; viceversa nella prevenzione primaria tale rapporto è strettamente dipendente dal livello di rischio e dalla capacità di mantenere un'adeguata compliance al trattamento in pazienti potenzialmente più giovani ed asintomatici.²²

19 European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: full text. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2007; 14 (Suppl 2):S1-113.

20 Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: executive summary (update 2005): The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2005; 26:1115-40.

21 Mazzaglia G, Ambrosioni E, Alacqua M, et al. Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients. Circulation.2009;120:1598-605.

22 Ward S, Lyod Jones M, Pandor A, et al. A systematic review and economic evaluation of statins for the prevention of coronary events. Health Technol Assess. 2007; 11(1):1-160, iii-iv.

3.7.3 TERAPIA FARMACOLOGICA

Le principali linee guida concordano nell'indicare come cardine della terapia farmacologica, nella prevenzione primaria e secondaria degli eventi cardiovascolari, le seguenti categorie terapeutiche: (1) anti-ipertensivi, (2) ipolipidemizzanti, (3) antiaggreganti piastrinici. Nei pazienti ipertesi che presentano pregressa malattia coronarica e/o scompenso cardiaco la scelta della strategia terapeutica dovrebbe comprendere alcune specifiche classi di farmaci, in particolare gli ACE-inibitori, da soli o in associazione a diuretici e/o beta-bloccanti. Per queste situazioni cliniche (*compelling indications*) esistono forti evidenze, supportate da RCT su popolazioni specifiche. Tali raccomandazioni, tra l'altro, non sono conseguenza della presenza di ipertensione ma della patologia associata o della complicità.^{23,24}

Per quanto riguarda la terapia antiaggregante, il trattamento a lungo termine con aspirina in dose di 75-100 mg al giorno e/o altri antiaggreganti orali può essere di beneficio per tutti i pazienti con malattia cardiovascolare provata, per i pazienti sopra i 50 anni con rischio di eventi cardiovascolari a 10 anni del 20% o più, per i pazienti diabetici sopra i 50 anni o che hanno il diabete da più di 10 anni e per i pazienti diabetici in trattamento con anti-ipertensivi.^{25,26}

Tabella 3.7a Area cardiovascolare: indicatori di processo

Codice	Descrizione	Note metodologiche	Standard
PCV1	Registrazione rischio CV (progetto Cuore/ISS)	N. pazienti di età compresa tra 35 e 69 anni senza storia clinica di eventi cardiovascolari maggiori [ICD9: 342%, 410%-414%, 433.01, 433.11, 433.21, 433.31, 433.81, 433.91, 434.01, 434.91, 435.9%, 436%, 438%, V45.81%, V45.82%, V45.89%] con almeno una valutazione del rischio CV secondo l'algoritmo del progetto Cuore/ISS NEI 5 ANNI PRECEDENTI (Numeratore) / totale pazienti di età compresa tra 35 e 69 anni senza storia clinica di eventi cardiovascolari maggiori (Denominatore)	Ideale: 70% LAP: 40%
PCV2	Registrazione fumo, pressione arteriosa, colesterolo totale, colesterolo HDL	N. pazienti di età compresa tra 35 e 69 anni senza storia clinica di eventi cardiovascolari maggiori [ICD9: 342%, 410%-414%, 433.01, 433.11, 433.21, 433.31, 433.81, 433.91, 434.01, 434.91, 435.9%, 436%, 438%, V45.81%, V45.82%, V45.89%] con almeno una registrazione di: fumo, pressione arteriosa, colesterolo totale, colesterolo (Numeratore) / totale pazienti di età compresa tra 35 e 69 anni senza storia clinica di eventi cardiovascolari maggiori (Denominatore)	Ideale: 70% LAP: 40%
IPERTENSIONE1	Prevalenza ipertensione arteriosa	N. pazienti di età >= 18 anni con diagnosi ipertensione arteriosa [ICD9: 401%-404%] (Numeratore) / totale pazienti di età >= 18 anni (Denominatore)	Ideale: 30% LAP: 20%

23 Matchar DB, McCrory DC, Orlando LA, et al. Systematic Review: Comparative Effectiveness of Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors and Angiotensin II Receptor Blockers for Treating Essential Hypertension. *Ann Intern Med* 2007; 147: 16-29.

24 Formoso G, Marata AM, Capelli O, et al. Antipertensivi e prevenzione del rischio cardiovascolare. Tra evidenze consolidate e nuovi studi. *CeVEAS: Pacchetti informativi sui farmaci* 2006; 1:1-12.

25 Cokkinos DV, Haralabopoulos GC, Kostis JB, et al. Efficacy of antithrombotic therapy in chronic heart failure: the HELAS study. *Eur J Heart Fail* 2006;8:428-432.

26 Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction and stroke in high risk patients. *BMJ* 2002;324:71-86.

Codice	Descrizione	Note metodologiche	Standard
IPERTENSIONE2	Registrazione dato fumo	N. pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di ipertensione arteriosa [ICD9: 401%-404%] con almeno una registrazione di fumo (Numeratore) / totale di pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di ipertensione arteriosa (Denominatore)	Ideale: 100% LAP : 90%
IPERTENSIONE3	Registrazione PA	N. pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di ipertensione arteriosa [ICD9: 401%-404%] con almeno una registrazione di PA (Numeratore) / totale pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di ipertensione arteriosa (Denominatore)	Ideale: 90% LAP: 70%
IPERTENSIONE5	Registrazione creatinina	N. pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di ipertensione arteriosa [ICD9: 401%-404%] con almeno una registrazione della creatininemia negli ultimi 15 mesi (Numeratore) / totale pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di ipertensione arteriosa (Denominatore)	Ideale: 90% LAP: 70%
IPERTENSIONE6	Registrazione ECG	N. pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di ipertensione arteriosa [ICD9: 401%-404%] con almeno una registrazione di ECG (Numeratore) / totale pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di ipertensione arteriosa (Denominatore)	Ideale: 100% LAP: 90%
IPERTENSIONE7	Registrazione BMI	N. pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di ipertensione arteriosa [ICD9: 401%-404%] con almeno una registrazione di BMI negli ultimi 24 mesi (Numeratore) / totale pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di ipertensione arteriosa (Denominatore)	Ideale: 100% LAP : 80%
IPERTENSIONE9	Registrazione colesterolo LDL	N. pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di ipertensione arteriosa [ICD9: 401%-404%] con almeno una registrazione di colesterolo LDL (Numeratore) / totale pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di ipertensione arteriosa (Denominatore)	Ideale: 90% LAP: 70%
MC1	Prevalenza malattie coronariche	N. pazienti di età >= 18 anni con malattia coronarica [ICD9: 410%-414%, V45.81%, V45.82%] (Numeratore) / totale dei pazienti di età >= 18 anni (Denominatore)	Ideale: 2.5% LAP: 2%
MC2	Registrazione dato fumo	N. pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di malattia coronarica [ICD9: 410%-414%, V45.81%, V45.82%] con almeno una registrazione di fumo (Numeratore) / totale di pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di malattia coronarica (Denominatore)	Ideale: 100% LAP: 90%
MC3	Registrazione PA	N. pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di malattia coronarica [ICD9: 410%-414%, V45.81%, V45.82%] con almeno una registrazione di PA (Numeratore) / totale pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di malattia coronarica (Denominatore)	Ideale: 100% LAP: 70%
MC5	Registrazione creatinina	N. pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di malattia coronarica [ICD9: 410%-414%, V45.81%, V45.82%] con almeno una registrazione della creatininemia negli ultimi 15 mesi (Numeratore) / totale pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di malattia coronarica (Denominatore)	Ideale: 90% LAP: 70%

Codice	Descrizione	Note metodologiche	Standard
MC6	Visita cardiologica ed ECG da sforzo	N. pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di malattia coronarica [ICD9: 410%-414%, V45.81%, V45.82%] con almeno una registrazione di visita cardiologica e/o ECG da sforzo (cicloergometro) (Numeratore) / totale pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di malattia coronarica (Denominatore)	Ideale: 100% LAP: 90%
MC7	Registrazione di Colesterolo LDL	N. pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di malattia coronarica [ICD9: 410%-414%, V45.81%, V45.82%] con almeno una registrazione di colesterolo LDL negli ultimi 15 mesi (Numeratore) / totale pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di malattia coronarica (Denominatore)	Ideale: 90% LAP: 70%
SCOMPENSO1	Prevalenza scompenso cardiaco	N. pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di scompenso cardiaco [ICD9: 428%] (Numeratore) / totale dei pazienti di età >= 18 anni (Denominatore)	Ideale: 2% LAP: 1.5%
SCOMPENSO2	Registrazione ECG	N. pazienti di età > 40 anni con diagnosi di scompenso cardiaco [ICD9: 428%] con almeno una registrazione di ECG (Numeratore) / totale pazienti di età > 40 anni con diagnosi di scompenso cardiaco (Denominatore)	Ideale: 100% LAP: 80%
SCOMPENSO6	Registrazione ecocardiogramma	N. pazienti di età > 40 anni con diagnosi di scompenso cardiaco [ICD9: 428%] con almeno una registrazione di ecocardiogramma (Numeratore) / totale pazienti di età > 40 anni con diagnosi di scompenso cardiaco (Denominatore)	Ideale: 100% LAP: 80%
ICTUS-TIA1	Prevalenza ictus/ TIA	N. pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di ictus/TIA [ICD9: 342%, 433.01, 433.11, 433.21, 433.81, 433.91, 434.01, 434.91, 435.9%, 436%, 438%] (Numeratore) / totale dei pazienti di età >= 18 anni (Denominatore)	Ideale: 2.4% LAP: 2%
ICTUS-TIA2	Prescrizione di TAC/ RMN encefalo	N. pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di ictus/TIA [ICD9: 342%, 433.01, 433.11, 433.21, 433.81, 433.91, 434.01, 434.91, 435.9%, 436%, 438%] con almeno una registrazione di TAC/ RMN encefalo (Numeratore) / totale pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di ictus/TIA (Denominatore)	Ideale: 100% LAP: 90%
ICTUS-TIA3	Registrazione dato fumo	N. pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di ictus/TIA [ICD9: 342%, 433.01, 433.11, 433.21, 433.81, 433.91, 434.01, 434.91, 435.9%, 436%, 438%] con almeno una registrazione di fumo (Numeratore) / totale di pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di ictus/TIA (Denominatore)	Ideale: 100% LAP: 90%
ICTUS-TIA4	Registrazione PA	N. pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di ictus/TIA [ICD9: 342%, 433.01, 433.11, 433.21, 433.81, 433.91, 434.01, 434.91, 435.9%, 436%, 438%] con almeno una registrazione di PA negli ultimi 365 giorni (Numeratore) / totale pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di ictus/TIA (Denominatore)	Ideale: 100% LAP: 70%

Codice	Descrizione	Note metodologiche	Standard
ICTUS-TIA6	Registrazione Colesterolo LDL	N. pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di ictus/TIA [ICD9: 342%, 433.01, 433.11, 433.21, 433.81, 433.91, 434.01, 434.91, 435.9%, 436%, 438%] con almeno una registrazione di colesterolo LDL negli ultimi 15 mesi (Numeratore) / totale pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di ictus/TIA (Denominatore)	Ideale: 90% LAP: 70%
ICTUS-TIA9	Registrazione ecodoppler	N. pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di ictus/TIA [ICD9: 342%, 433.01, 433.11, 433.21, 433.81, 433.91, 434.01, 434.91, 435.9%, 436%, 438%] con almeno una registrazione di eco/ecodoppler TSA/carotidi (Numeratore) / totale pazienti di età >=18 anni con diagnosi di ictus/TIA (Denominatore)	Ideale: 100% LAP: 70%
ICTUS-TIA10	Registrazione creatinina	N. pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di ictus/TIA [ICD9: 342%, 433.01, 433.11, 433.21, 433.81, 433.91, 434.01, 434.91, 435.9%, 436%, 438%] con almeno una registrazione della creatininemia negli ultimi 15 mesi (Numeratore) / totale pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di ictus/TIA (Denominatore)	Ideale: 90% LAP: 70%

Figura 3.7a Area cardiovascolare: indicatori di processo (anni 2005 - 2009)

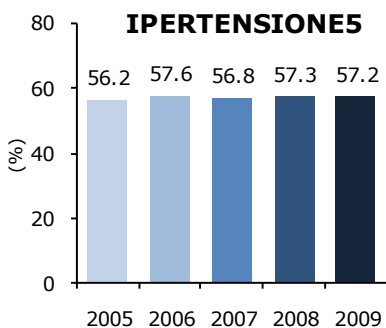
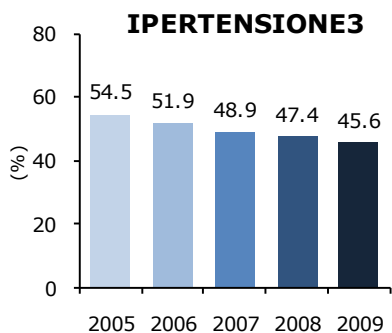
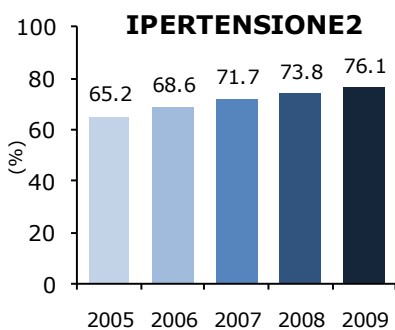
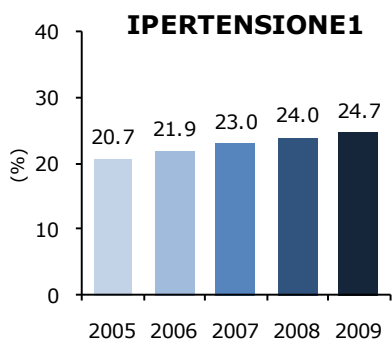
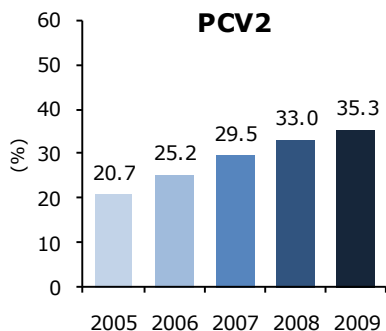
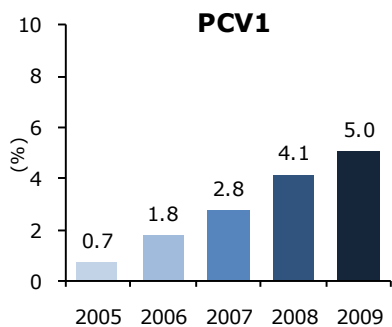


Figura 3.7a (Continua)

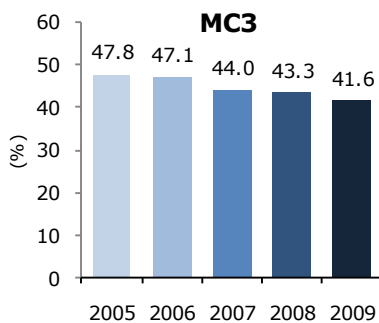
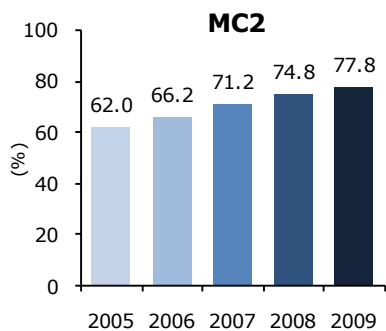
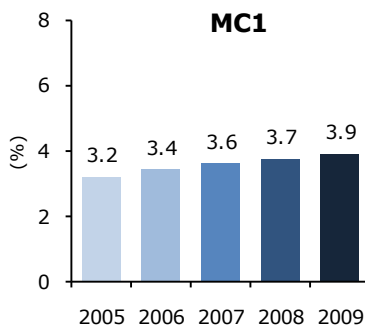
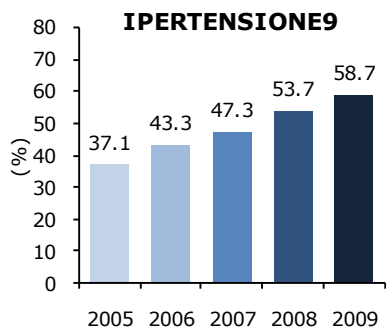
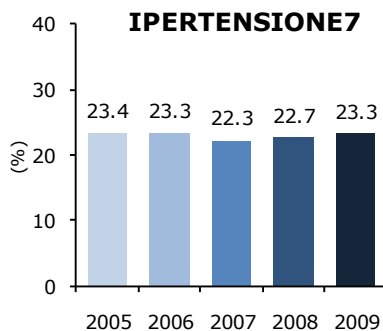
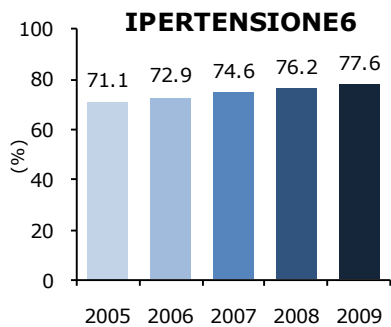


Figura 3.7a (Continua)

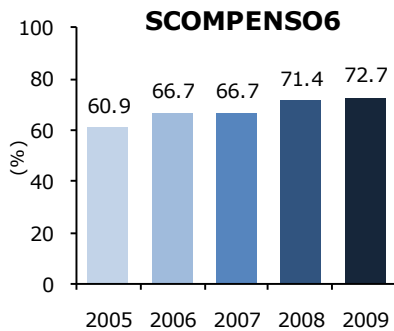
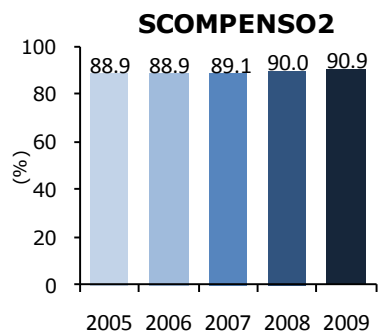
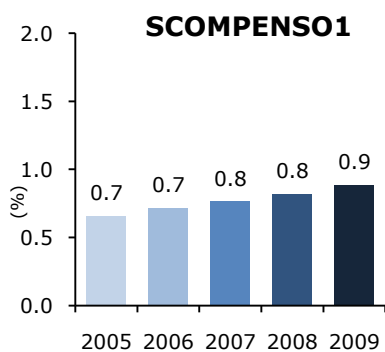
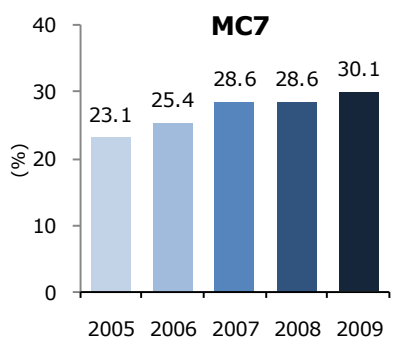
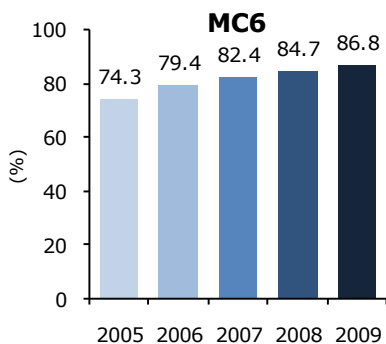
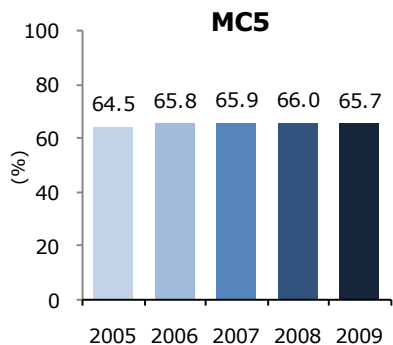


Figura 3.7a (Continua)

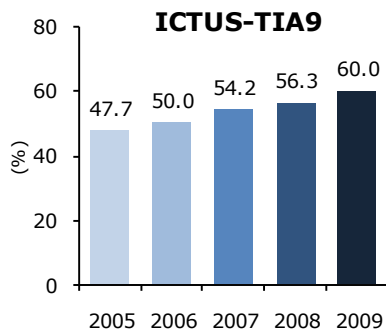
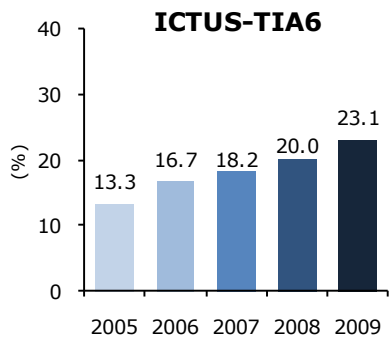
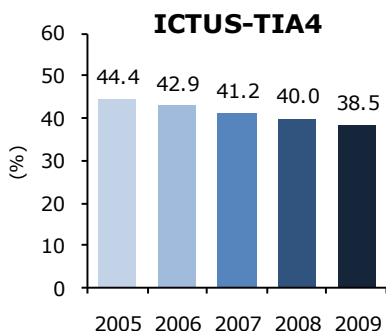
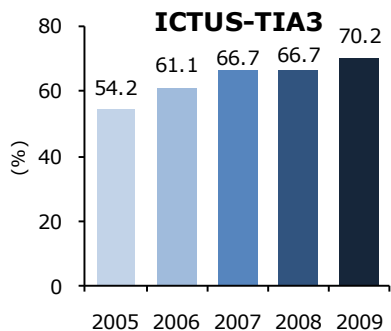
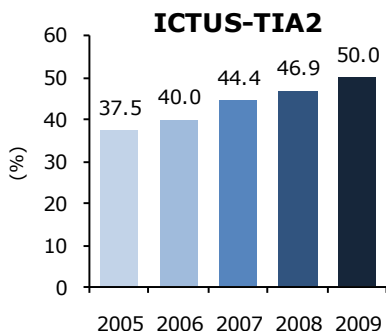
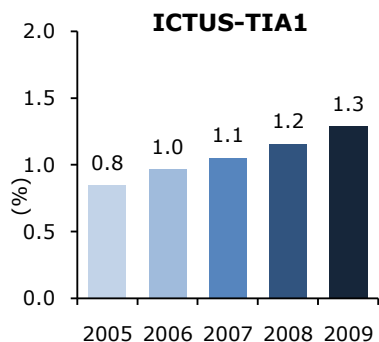


Figura 3.7a (Continua)

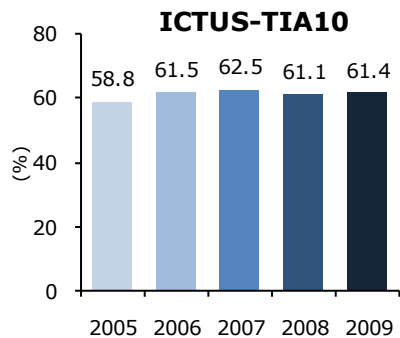


Tabella 3.7b Area cardiovascolare: indicatori di esito intermedio

Codice	Descrizione	Note metodologiche	Standard
IPERTENSIONE4	PA ≤ 140/90 mmHg	N. pazienti di età ≥ 18 anni con diagnosi di ipertensione arteriosa [ICD9: 401%-404%] con ultimo valore di PA registrato negli ultimi 365 giorni < 140/90 mmHg (Numeratore) / totale pazienti di età ≥ 18 anni con diagnosi di ipertensione arteriosa con almeno una registrazione di pressione negli ultimi 365 giorni (Denominatore)	Ideale: 90% LAP: 50%
MC4	PA ≤ 140/90 mmHg	N. pazienti di età ≥ 18 anni con diagnosi di malattia coronarica [ICD9: 410%-414%, V45.81%, V45.82%] con almeno una registrazione di PA con valore (ultimo registrato) < 140/90 mmHg negli ultimi 365 giorni (Numeratore) / totale pazienti di età ≥ 18 anni con diagnosi di malattia coronarica con almeno una registrazione di pressione nell'anno di osservazione (Denominatore)	Ideale: 100% LAP: 70%
MC8	Colesterolo LDL < 100 mg/dl	N. pazienti di età ≥ 18 anni con diagnosi di malattia coronarica [ICD9: 410%-414%, V45.81%, V45.82%] con almeno una registrazione di colesterolo LDL con valore (ultimo registrato) < 100 mg/dl negli ultimi 15 mesi (Numeratore) / totale pazienti di età ≥ 18 anni con malattia coronarica con almeno una registrazione di colesterolo LDL negli ultimi 15 mesi (Denominatore)	Ideale: 70% LAP: 50%
ICTUS-TIA5	PA ≤ 140/90 mmHg	N. pazienti di età ≥ 18 anni con diagnosi di ictus/TIA [ICD9: 342%, 433.01, 433.11, 433.21, 433.81, 433.91, 434.01, 434.91, 435.9%, 436%, 438%] con almeno una registrazione di PA con valore (ultimo registrato) < 140/90 mmHg negli ultimi 365 giorni (Numeratore) / totale pazienti di età ≥ 18 anni con diagnosi di ictus/TIA con almeno una registrazione di pressione negli ultimi 365 giorni (Denominatore)	Ideale: 100% LAP: 70%
ICTUS-TIA7	Colesterolo LDL < 100 mg/dl	N. pazienti di età ≥ 18 anni con diagnosi di ictus/TIA [ICD9: 342%, 433.01, 433.11, 433.21, 433.81, 433.91, 434.01, 434.91, 435.9%, 436%, 438%] con almeno una registrazione di colesterolo LDL con valore (ultimo registrato) < 100 mg/dl negli ultimi 15 mesi (Numeratore) / totale pazienti di età ≥ 18 anni con diagnosi di ictus/TIA con almeno una registrazione di colesterolo LDL negli ultimi 15 mesi (Denominatore)	Ideale: 70% LAP: 50%

Figura 3.7b Area cardiovascolare: indicatori di esito intermedio (anni 2005 - 2009)

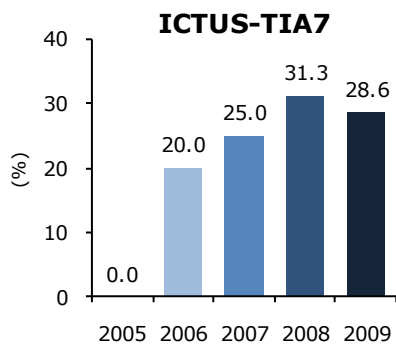
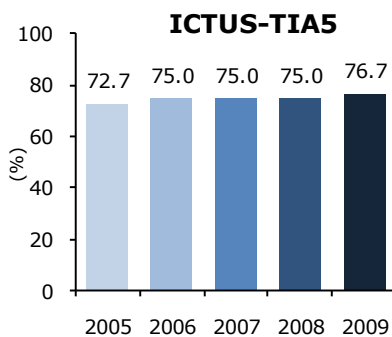
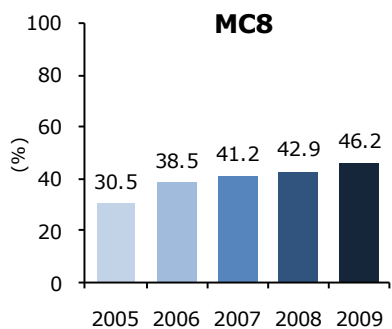
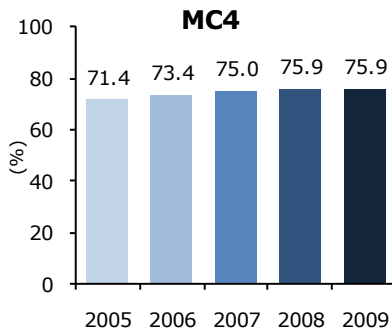
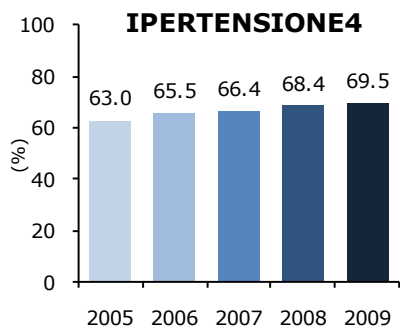


Tabella 3.7c Area cardiovascolare: indicatori di appropriatezza prescrittiva

Codice	Descrizione	Note metodologiche	Standard
MC9	Terapia con aspirina o altri anticoagulanti	N. pazienti di età \geq 18 anni con diagnosi di malattia coronarica [ICD9: 410%-414%, V45.81%, V45.82%] con almeno una prescrizione di antiaggreganti piastrinici/TAO negli ultimi 365 giorni (Numeratore) / totale pazienti di età \geq 18 anni con diagnosi di malattia coronarica (Denominatore)	Ideale: 90% LAP: 70%
MC10	Terapia con beta-bloccanti	N. pazienti di età \geq 18 anni con diagnosi di malattia coronarica [ICD9: 410%-414%, V45.81%, V45.82%] con almeno una prescrizione di beta-bloccanti (ATC:C07%) negli ultimi 365 giorni (Numeratore) / totale pazienti di età \geq 18 anni con diagnosi di malattia coronarica nell'anno precedente l'anno di osservazione (Denominatore)	Ideale: 70% LAP: 50%
MC11	Terapia con ACE-inibitori/ Sartani	N. pazienti di età \geq 18 anni con diagnosi di malattia coronarica [ICD9: 410%-414%, V45.81%, V45.82%] con almeno una prescrizione di ACE-inibitori/Sartani (ATC: C09%) negli ultimi 365 giorni (Numeratore) / totale pazienti di età \geq 18 anni con diagnosi di malattia coronarica (Denominatore)	Ideale: 90% LAP: 70%
MC12	Vaccinazione antinfluenzale	N. pazienti di età \geq 18 anni con diagnosi di malattia coronarica [ICD9: 410%-414%, V45.81%, V45.82%] con almeno una registrazione di vaccino per l'influenza negli ultimi 365 giorni (Numeratore) / totale pazienti di età \geq 18 anni con diagnosi di malattia coronarica (Denominatore)	Ideale: 90% LAP: 70%
SCOMPENSO3	Terapia con Ace- Inibitori/ Sartani	N. pazienti di età $>$ 40 anni con diagnosi di scompenso cardiaco [ICD9: 428%] con almeno una prescrizione di ACE-Inibitori/ Sartani (codice ATC: C09) negli ultimi 365 giorni (Numeratore) / totale pazienti di età $>$ 40 anni con diagnosi di scompenso cardiaco (Denominatore)	Ideale: 90% LAP: 70%
SCOMPENSO4	Terapia con beta-bloccanti	N. pazienti di età $>$ 40 anni con diagnosi di scompenso cardiaco [ICD9: 428%] con almeno una prescrizione di beta-bloccanti (codice ATC: C07) negli ultimi 365 giorni (Numeratore) / totale pazienti di età $>$ 40 anni con diagnosi di scompenso cardiaco (Denominatore)	Ideale: 70% LAP: 50%
SCOMPENSO5	Terapia con anticoagulante in pazienti con fibrillazione atriale	N. pazienti di età $>$ 40 anni con diagnosi di scompenso cardiaco e fibrillazione atriale [ICD9: 427.3% e 428%] con almeno una prescrizione di TAO negli ultimi 365 giorni (Numeratore) / totale pazienti di età $>$ 40 anni con diagnosi di scompenso cardiaco e fibrillazione atriale (Denominatore)	Ideale: 90% LAP: 70%
ICTUS-TIA8	Terapia antiaggreganti piastrinici	N. pazienti di età \geq 18 anni con diagnosi di ictus/TIA [ICD9: 342%, 433.01, 433.11, 433.21, 433.81, 433.91, 434.01, 434.91, 435.9%, 436%, 438%] con almeno una prescrizione di antiaggreganti piastrinici/TAO (ATC: B01AA%, B01AC%) negli ultimi 365 giorni (Numeratore) / totale pazienti di età \geq 18 anni con diagnosi di ictus/TIA (Denominatore)	Ideale: 90% LAP: 70%

Figura 3.7c Area cardiovascolare: indicatori di appropriatezza prescrittiva (anni 2005 - 2009)

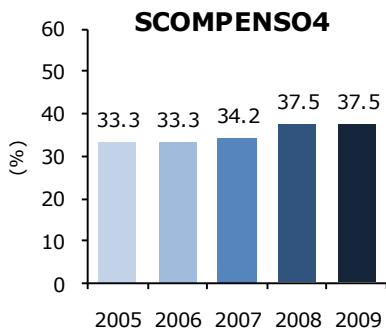
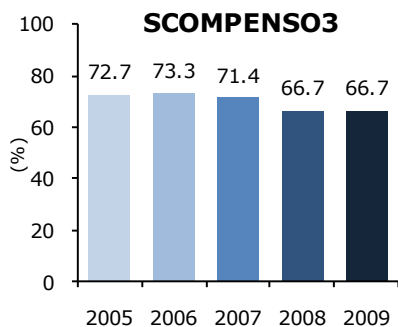
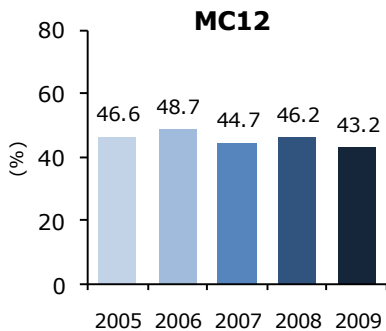
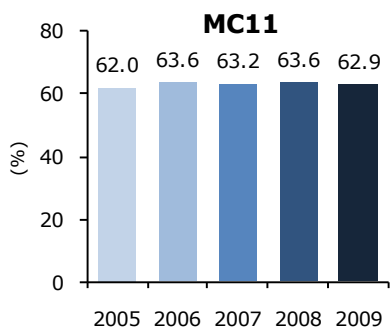
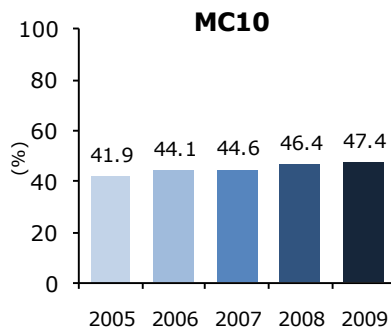
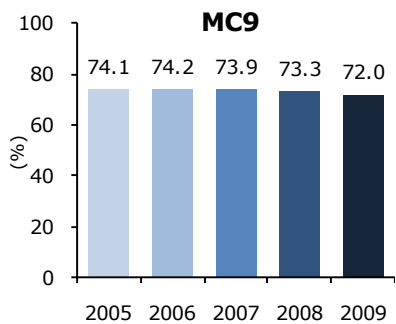
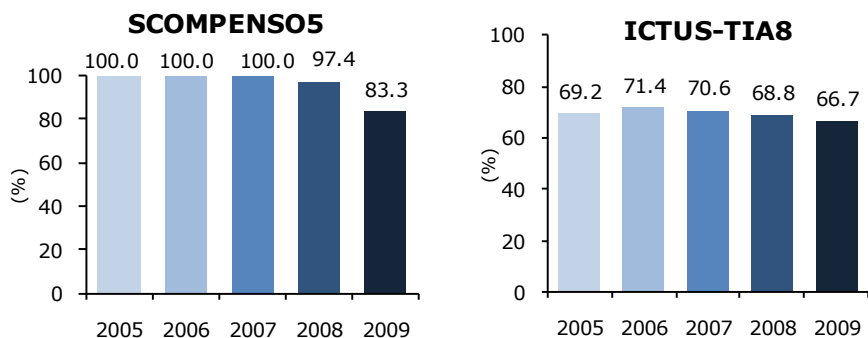


Figura 3.7c (continua)



3.8 AREA ONCOLOGICA

3.8.1 TUMORI

Il tumore rappresenta uno dei problemi di salute più rilevanti nei Paesi occidentali, sia in termini strettamente epidemiologici di incidenza e prevalenza, di morbilità e mortalità, sia dal punto di vista dei costi sanitari, sia dal punto di vista sociale quale impatto sulle persone e sulle famiglie e sul mondo del lavoro. Il percorso di assistenza ai pazienti inizia prima ancora della diagnosi, con attività di prevenzione primaria (ad esempio, verso il fumo di sigaretta e/o l'esposizione ai raggi UV) e secondaria (programmi di screening, attività di prevenzione individuale mirata su soggetti ad alto rischio). In soggetti affetti da patologia tumorale si rende necessaria una valutazione della stadiazione, la terapia ed il monitoraggio (follow-up). L'attività assistenziale continua con la cura della fase avanzata, quando non sono disponibili o non risultano efficaci le terapie, nonché con i programmi di cure palliative quando il paziente attraversa una fase di terminalità.

La stessa diagnosi (ad esempio: carcinoma del colon) prevede pertanto diverse fasi di assistenza in ognuna delle quali sono coinvolte le cure primarie, per ognuna delle quali si possono prevedere indicatori e standard di riferimento.

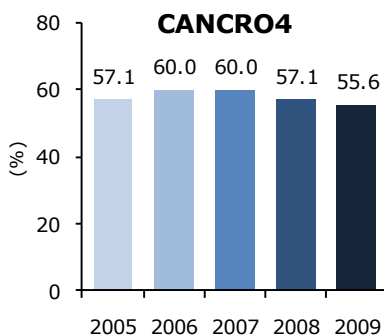
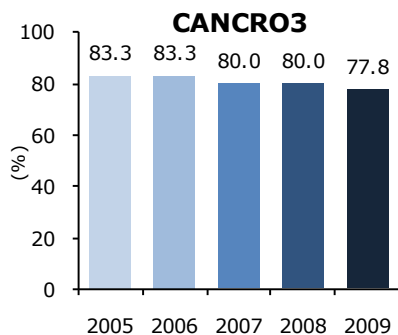
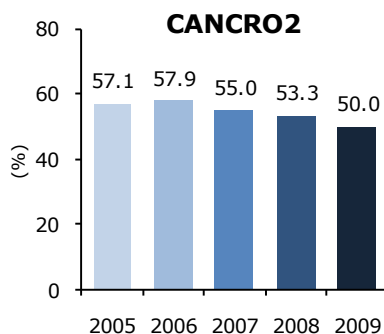
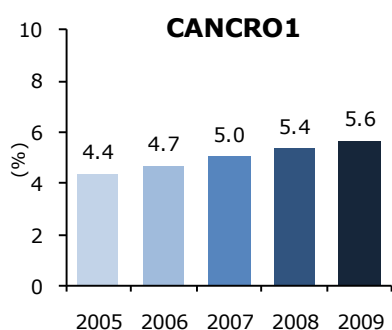
Come illustrato nella parte generale, l'avvio di esperienze di Clinical Governance ha come condizione prioritaria una puntuale, rigorosa e sistematica registrazione dei dati. Nel caso del cancro l'attuale registrazione della diagnosi, per quanto precisa e puntuale, non consente da sola di individuare la fase di malattia e, quindi, di assistenza nella quale si trova il paziente (diagnosi, terapia, monitoraggio, fase avanzata, cure palliative). Ognuna di queste fasi richiede una diversa attività da parte del MMG, in quanto diversi sono gli obiettivi e le strategie di diagnosi e cura.

In questa fase di avvio, pertanto, sono stati individuati e adottati indicatori utilizzabili con una registrazione del problema ancora generica e non definita per fasi di assistenza.

Tabella 3.8a Area oncologica: indicatori di processo

Codice	Descrizione	Note metodologiche	Standard
CANCRO1	Prevalenza tumori	N. pazienti di età \geq 18 anni con diagnosi di neoplasia [ICD9: 140%-200%] (Numeratore) / totale dei pazienti di età \geq 18 anni (Denominatore)	Ideale Nord: 7% Ideale Sud: 3% LAP: 5%
CANCRO2	Prescrizione mammografia	N. pazienti di età \geq 18 anni con diagnosi di cancro alla mammella [ICD9: 174%] con almeno una mammografia negli ultimi 15 mesi (Numeratore)/ totale pazienti di età \geq 18 anni con diagnosi di cancro alla mammella (Denominatore)	Ideale: 90% LAP: 70%
CANCRO3	Prescrizione dosaggio PSA	N. pazienti di età \geq 18 anni con diagnosi di cancro alla prostata [ICD9: 185%] con almeno un dosaggio di PSA effettuato negli ultimi 365 giorni (Numeratore)/ totale pazienti di età \geq 18 anni con diagnosi di cancro alla prostata (Denominatore)	Ideale: 100% LAP: 80%
CANCRO4	Prescrizione colonscopia	N. pazienti di età \geq 18 anni con diagnosi di cancro al colon [ICD9: 153%] con almeno una colonscopia negli ultimi 36 mesi (Numeratore)/ totale pazienti di età \geq 18 anni con diagnosi di cancro al colon (Denominatore)	Ideale: 100% LAP: 80%

Figura 3.8a Area oncologica: indicatori di processo (anni 2005 - 2009)



3.9 AREA GASTROENTEROLOGICA

3.9.1 MALATTIA DA REFLUSSO GASTROESOFAGEO & ULCERA PEPTICA

I disturbi del tratto digestivo superiore rappresentano uno dei problemi clinici più frequenti (~20-30%) della popolazione adulta, sebbene solo in una limitata parte dei casi possono associarsi a lesioni d'organo, come l'ulcera peptica gastro-duodenale o la Malattia da Reflusso Gastroesofageo (MRGE).

La MRGE ha una prevalenza del 10-20% nella popolazione generale dei paesi occidentali e si rivolgono al medico i pazienti con disturbi che compromettono la loro qualità di vita, non autogestibili. La diagnosi di MRGE può essere fatta sulla base della presenza dei sintomi piroso e rigurito acido, molto specifici della malattia, anche se di sensibilità ridotta. Tra le indagini strumentali, quella più utilizzata è l'esofagogastroduodenoscopia (EGDS) che però evidenzia lesioni solo nella metà dei soggetti con MRGE. In genere, essa viene richiesta quando il paziente non risponde al trattamento farmacologico oppure quando presenta sintomi di allarme o che fanno sospettare complicanze. Secondo un recente studio condotto nella primary care italiana,²⁷ è molto bassa la probabilità di diagnosticare una neoplasia del tratto digestivo superiore in pazienti che non presentano sintomi di allarme e la gran parte dei pazienti può essere gestita in modo empirico, in accordo con i consensus internazionali.²⁸ L'incidenza dell'ulcera peptica (gastrica e duodenale) è associata al tasso di infezione da *Helicobacter pylori* (*Hp*), all'invecchiamento della popolazione ed all'uso di farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS). Si è osservata una progressiva riduzione nell'incidenza dell'ulcera peptica imputabile alla terapia eradicante l'infezione da *Hp*, che riduce le recidive dell'ulcera non complicata, ed al diffuso impiego degli inibitori della pompa protonica (IPP). Nell'ambito della malattia peptica si è quindi osservato un aumento relativo dell'incidenza delle lesioni provocate dai FANS, soprattutto nei soggetti a rischio. Sono disponibili linee guida italiane per la gestione dell'infezione da *Hp*²⁹ ed è prossima la IV Consensus Conference di Maastricht che stabilisce le linee guida europee nella diagnosi e nel trattamento dell'infezione da *Hp*.

27 Tosetti C, et al. The management of patients with new onset of upper gastro-intestinal symptoms in primary care. *Dig Liver Dis* (2010), doi:10.1016/j.dld.2010.05.004

28 Vakil N, et al. The Montreal Definition and Classification of Gastroesophageal Reflux Disease: A Global Evidence-Based Consensus. *Am J Gastroenterol* 2006;101:1900-1920

29 Caselli M, et al.; Working Group of the Cervia II Meeting. "Cervia II Working Group Report 2006": guidelines on diagnosis and treatment of *Helicobacter pylori* infection in Italy. *Dig Liver Dis* 2007;39:782-9.

Tabella 3.9a Area gastroenterologica: indicatori di processo

Codice	Descrizione	Note metodologiche	Standard
MRGE1	Registro del MRGE con dato BMI	N. pazienti di età >= 18 con diagnosi di MRGE [ICD9: 530.1% o 530.2% o 530.82%] con almeno una registrazione di BMI negli ultimi 24 mesi (Numeratore) / totale pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di MRGE (Denominatore)	Ideale: 90% LAP: 40%
MRGE2	Registrazione dato fumo	N. pazienti di età >= 18 con diagnosi di MRGE [ICD9: 530.1% o 530.2% o 530.82%] con almeno una registrazione di fumo (Numeratore) / totale pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di MRGE (Denominatore)	Ideale: 100% LAP: 80%
MRGE3	Esecuzione EGDS	N. pazienti di età compresa tra 50 e 80 anni con diagnosi di MRGE [ICD9: 530.1% o 530.2% o 530.82%] senza diagnosi di insufficienza cardiaca e respiratoria che hanno eseguito almeno una EGDS (Numeratore) / totale dei pazienti di età tra 50 e 80 anni con diagnosi di MRGE senza scompenso cardiaco e insufficienza respiratoria (Denominatore)	Ideale: 80% LAP: 40%
ULCERA1	Ricerca Hp in pazienti con ulcera	N. pazienti di età >= 18 con diagnosi di ulcera gastrica e/o duodenale [ICD9: 531%-534%] in cui è stata ricercata almeno una volta l'infezione da Hp (almeno una registrazione tra i seguenti accertamenti: Anticorpi, Urea, Breath Test, Test feci, Biopsia) (Numeratore) / totale dei pazienti di età >= 18 con diagnosi di ulcera gastrica e/o duodenale (Denominatore)	Ideale: 90% LAP: 40%

Figura 3.9a Area gastroenterologica: indicatori di processo (anni 2005 - 2009)

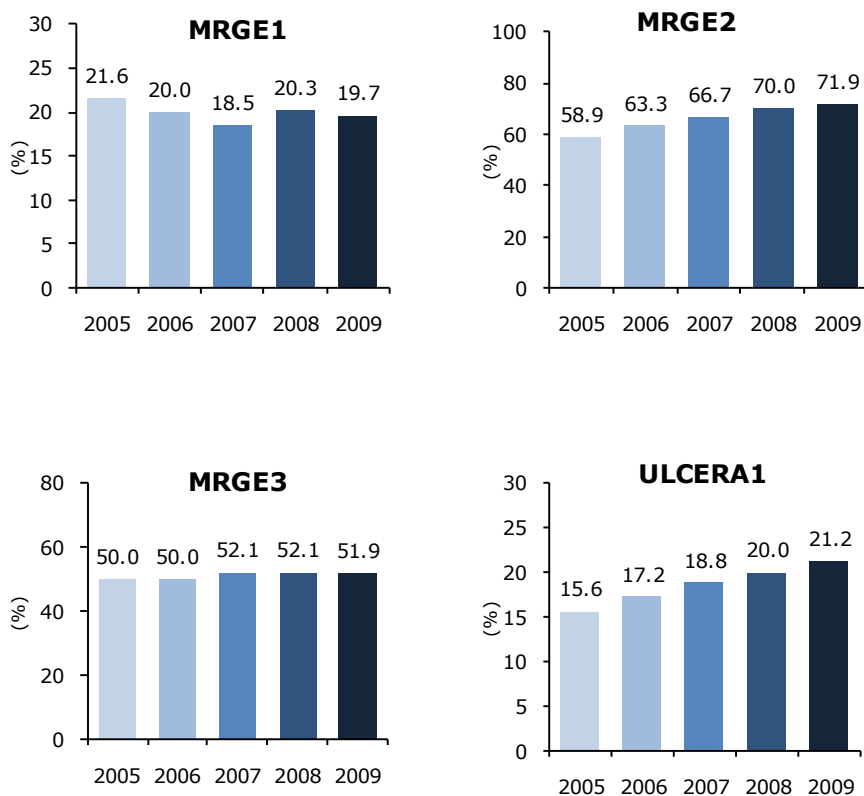
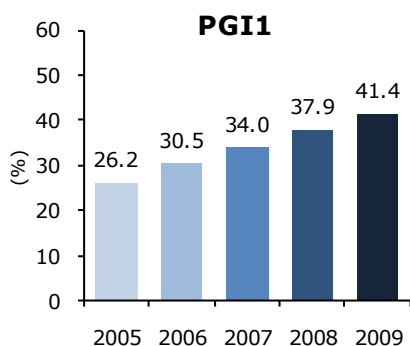


Tabella 3.9b Area gastroenterologica: indicatori di appropriatezza prescrittiva

Codice	Descrizione	Note metodologiche	Standard
PGI1	Prevenzione danno GI in pazienti in terapia con FANS	N. pazienti di età ≥ 18 con almeno un fattore di rischio (età > 60 anni, pregresso sanguinamento GI o ulcera gastrica o duodenale, co-terapia con ASA-Warfarin-cortisone) [ICD9: 531%-534%] che hanno almeno una prescrizione di IPP (inibitore di pompa protonica) e una prescrizione di FANS negli ultimi 365 giorni (Numeratore) / totale dei pazienti di età ≥ 18 con almeno un fattore di rischio che hanno almeno una prescrizione di FANS negli ultimi 365 giorni(Denominatore)	Ideale: 100% LAP: 80%

Figura 3.9b Area gastroenterologica: indicatori di appropriatezza prescrittiva (anni 2005 - 2009)

3.10 AREA DEL DOLORE

3.10.1 LOMBALGIA

Il dolore è un importante problema di salute pubblica, causa nel mondo di enormi sofferenze e di perdita di produttività. La differenza tra dolore acuto e dolore cronico non è puramente semantica: nel primo caso è necessario rimuovere la causa e favorire la riparazione del danno, mentre nel secondo i trattamenti sono focalizzati al controllo del sintomo, al miglioramento della performance, alla gestione della depressione e della disabilità. La causa di dolore acuto maggiormente prevalente nel setting della Medicina Generale è rappresentata dal mal di schiena. Si stima che circa l'80% della popolazione soffre almeno una volta nel corso della vita di lombalgia.³⁰ In assenza di "red flags" il paziente va rassicurato, evitando il ricorso alla diagnostica strumentale e privilegiando come antalgico il paracetamolo, che risulta il farmaco di prima scelta in molte Linee Guida.³¹ Se il dolore è di forte intensità sono appropriate le associazioni tra paracetamolo e oppioidi a pronto effetto oppure tramadolo. Nel dolore cronico si differenzia il dolore di natura oncologica da quello non oncologico. Non vi sono differenze dal punto di vista neurofisiologico, ma molto diversi appaiono obiettivi e ap-

30 S. Negrini, S. Giovannoni, S. Minozzi, G. Barneschi, D. Bonaiuti, A. Bussotti, M. D'Arienzo et Al. Diagnostic therapeutic flow-chart for back pain patients: the Italian clinical guidelines. EURA MEDICOPHYS 2006;42:151-70

31 Italian consensus on EULAR recommendations 2005 for the management of hip osteoarthritis; Reumatismo, 2006; 58(4):301-309

proccio terapeutico. Nel dolore oncologico l'obiettivo prioritario del controllo del dolore è la migliore qualità di vita residua per consentire una morte dignitosa. La prevalenza media in qualunque stadio è del 48% (range 38-100%) mentre nelle fasi avanzate è del 74% (range 53-100%).³² Le linee guida OMS per la terapia del dolore da cancro prevedono l'applicazione dei seguenti principi: somministrare i farmaci ad orari fissi ed al bisogno, scegliere la via di somministrazione meno invasiva, scegliere il farmaco in ragione della intensità del dolore e della sua persistenza. La stessa OMS ha poi individuato nel consumo di morfina un indicatore primario forte e attendibile della qualità della terapia del dolore cronico da cancro. Secondo i dati apparsi più volte nei Report annuali dell'INCB (International Narcotic Control Board) e confermati nella pubblicazione del lavoro dell'Expert Committee³³ in Italia il consumo di morfina è largamente inferiore a quello degli altri Paesi occidentali e ciò comporta, per migliaia di persone ammalate, un grado di sofferenza elevato ed una grave riduzione della qualità della vita. Per quanto riguarda il dolore non oncologico, i pochi studi pubblicati riportano stime di prevalenza molto variabili: dal 2% al 40% con una mediana del 15%.^{34,35} Il dolore persistente nell'ambito delle cure primarie, secondo una indagine condotta dall'OMS nel 1998, risulta avere una prevalenza del 20%, nel 48% dei casi attribuibile a lombalgia.³⁶ Una recente ricerca osservazionale (IPSe)³⁷ sul dolore persistente e cronico, realizzata in Italia in medicina generale, ha permesso di individuare alcune criticità della pratica clinica: la scarsa abitudine a valutare il dolore, lo scarso ed inappropriato utilizzo del paracetamolo, dei farmaci adiuvanti e degli oppioidi. La SIMG in un documento di indirizzo sul dolore cronico non oncologico propone una ipotesi di approccio alla terapia farmacologica attraverso un algoritmo; esso tuttavia è da considerare come una possibile strategia che deve essere testata in formali studi clinici³⁸ alcuni dei quali in corso nel 2010. L'algoritmo di SIMG è stato la base di discussione per un gruppo di esperti che il Ministero ha convocato per studiare un PDTA-Dolore (Percorso Diagnostico Terapeutico per i pazienti con Dolore). Il gruppo di lavoro ha prodotto un volume in distribuzione a tutti i MMG italiani ed un Corso residenziale per MMG Tutor e referenti. In tale Corso, in modo del tutto innovativo, si insegna ai MMG un metodo in 5 tappe per arrivare a diagnosticare il Dolore Cronico identificandone la sua "origine". Questo processo permette la scelta razionale e appropriata dei farmaci. Sulla base di questo PDTA-Dolore SIMG sta attualmente testando alcuni indicatori di processo e di esito intermedio.

Tabella 3.10a Area del dolore: indicatori di processo

Codice	Descrizione	Note metodologiche	Standard
LOMBALGIA1	Registrazione esami diagnostici	N. pazienti di età >= 18 con diagnosi di lombalgia acuta o lombosciatalgia [ICD9: 720.1% o 720.2% o 721.2% o 724.2% o 724.3% o 724.8% o 846.0%] che non hanno avuto un accertamento (tra RX rachide-lombosacrale-dorsale-anche, RMN rachide, TAC rachide, visite fisiatriche\ neurochirurgiche\ortopediche) nel mese successivo alla diagnosi (Numeratore) / totale pazienti di età >=18 con diagnosi lombalgia o lombosciatalgia (Denominatore)	Ideale: 80% LAP: 60%

32 Hearn J, Higginson IJ. Cancer pain epidemiology: a systematic review. In: Bruera ED, Portenoy RK (Eds). Cancer Pain: Assessment and Management. USA, London: Cambridge University Press 2003, pp19-37

33 Achieving Balance in National Opioids Control Policy. Guidelines for Assessment WHO. Genere 2000

34 Verhaak PF, et Al. Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: A review of the literature. Pain 1998; 77:23 1-239

35 Blyth FM, et AL. Chronic pain in Australia: A prevalence study. Pain 2001; 89:127-134

36 Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R. Persistent pain and well-being: A World Health Organization study in primary care. JAMA1998; 280:147-15 1.

37 G. Piccoliori, S. Pecchioli. E. Sessa, M.Cancian, P.Lora Aprile. Italian Pain Research: una ricerca osservazionale nella Medicina Generale Italiana. In press

38 P.Lora Aprile, M. Cancian, G. Apolone, C. Bonezzi. Documento di indirizzo SIMG sulla gestione del dolore non oncologico in Medicina Generale. Pacini Editore, Pisa, Luglio, 2008

Figura 3.10a Area del dolore: indicatori di processo (anni 2005 - 2009)

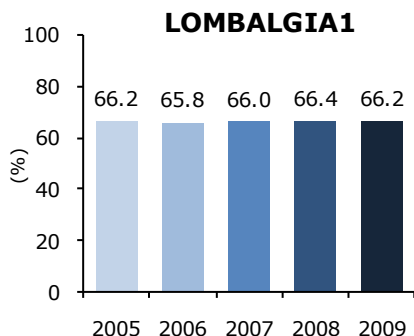


Tabella 3.10b Area del dolore: indicatori di appropriatezza prescrittiva

Codice	Descrizione	Note metodologiche	Standard
LOMBALGIA2	Terapia con paracetamolo	N. pazienti di età ≥ 18 con diagnosi di lombalgia acuta o lombosciatalgia [ICD9: 720.1% o 720.2% o 721.2% o 724.2% o 724.3% o 724.8% o 846.0%] che hanno avuto per tale patologia almeno una prescrizione di paracetamolo (ATC: N02BE01%) nei 30 giorni successivi alla diagnosi (Numeratore) / totale pazienti di età ≥ 18 con diagnosi lombalgia acuta o lombosciatalgia (Denominatore)	Ideale: 60% LAP: 30%

Figura 3.10b Area del dolore: indicatori di appropriatezza prescrittiva (anni 2005 - 2009)

