

Indicatori e standard di qualità per le patologie cardiovascolari in Medicina Generale

*Proposta elaborata dall'area CV SIMG
per la Medicina Generale Italiana*

Premessa

Metodo: ricerca bibliografica

Metodo: sviluppo di indicatori e standard

Come utilizzare indicatori e standard

La proposta

- prevenzione CV nella popolazione generale
- gestione della patologia aterosclerotica nota
- gestione dello scompenso cardiaco
- gestione dell'ipertensione arteriosa
- gestione della fibrillazione atriale

Contatti

Premessa

Negli ultimi anni il panorama della sanità in Italia e 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 e la disponibilità di terapie preventive sempre più numerose ha creato una situazione nuova ed in rapida evoluzione. Si è inoltre affacciata prepotentemente alla ribalta la necessità di utilizzo razionale di risorse, sempre più limitate in rapporto all'accrescimento delle richieste e delle aspettative. 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 e l'applicazione e la verifica di standard qualitativi. L'esempio più eclatante di questo processo è rappresentato dall'ultimo, recentissimo, contratto collettivo dei General Practitioners inglesi,

dove l'applicazione di standard qualitativi e la loro verifica è alla base non solo dell'organizzazione del lavoro, ma anche della sua retribuzione.

In Italia la S.I.M.G. è da molti anni impegnata a sviluppare e promuovere la "qualità certificata" in medicina generale, nonostante gli ostacoli e, spesso, lo scetticismo irridente incontrati in questo percorso.

Parlare di standard e di verifica di qualità in medicina generala è impossibile se non si definiscono in termini operativi i compiti ad essa affidati. Se leggiamo l'attuale convenzione nazionale e ascoltiamo i discorsi che, da più parti, ribadiscono la centralità del MMG in ogni processo di cura dovremmo dedurre che, a fronte di compiti così ampi ed importanti, sia per tutti ben chiaro ciò che il MMG deve fare nell'ambito delle differenti patologie.

Sfortunatamente ciò non è vero e questo comporta una grande variabilità nell'attività professionale: a seconda delle patologie vi sono colleghi che arrivano ad attività quasi di tipo specialistico, mentre altri demandano completamente il paziente ;

paradossalmente i ruoli si possono addirittura invertire se la patologia in questione cambia e, conseguentemente, cambia il livello di competenza del singolo medico. E' perfettamente chiaro che questo tipo di situazione non consente una corretta organizzazione e programmazione sanitaria, ma, soprattutto, non garantisce un'assistenza uniforme e verificabile alla popolazione.

Il primo aspetto da affrontare è quindi la descrizione dei compiti del MMG. La "job description" fa parte ormai della storia della S.I.M.G, che da anni indica nella descrizione concreta ed operativa delle attività fondamentali del MMG la base per garantire ai cittadini, agli amministratori ed agli stessi medici un sistema sanitario efficiente e moderno. La descrizione del lavoro elaborata dall'area CV SIMG (disponibile altrove) deriva direttamente e contemporaneamente dall'analisi delle evidenze scientifiche alla base degli atti medici e dalla valutazione di ciò che è poi possibile realizzare nella pratica, in relazione alla realtà del sistema sanitario e dell'attuale modalità di lavoro dei MMG italiani.

Il secondo aspetto, strettamente legato al primo, è la definizione di standard e indicatori di qualità. Anche in questo caso è l'insieme delle evidenze scientifiche e dell'analisi della realtà attuale che ne

consentono l'identificazione. Viene qui riportata l'elaborazione di indicatori e standard qualitativi realizzata dall'area CV SIMG in base ai principi sopra esposti e alla metodica di seguito riportata.

Il lavoro svolto non è inteso come verità assoluta o, peggio, come regola da imporre ai colleghi MMG, ma semplicemente come un servizio offerto ai singoli medici che intendono verificare e migliorare la qualità del loro lavoro e come supporto e riferimento alle iniziative sulla qualità in medicina generale che, sempre più spesso, vengono proposte in Italia.

Inoltre, dato che le evidenze scientifiche e la pratica quotidiana mutano nel tempo, quanto proposto dovrà essere periodicamente modificato e aggiornato.

Metodo: ricerca bibliografica

Si sono valutate le più recenti linee guida europee e nordamericane pubblicate. Si sono individuate le raccomandazioni più rilevanti per la medicina generale italiana in base ai seguenti criteri

- 1) forza dell'evidenza scientifica e concordanza tra loro delle differenti LG
- 2) pertinenza e rilevanza delle raccomandazioni in base all'attività del MMG italiano
- 3) possibilità di ricavare indicatori utilizzabili in medicina generale (vedi dopo)

In riferimento alle raccomandazioni così individuate si sono a) effettuate estrazioni dati utilizzando il Database Health Search per valutare la pratica attuale tra i MMG italiani b) individuati gli articoli presenti su Pub. Med. negli ultimi 5 anni (1999-2003) pertinenti alle raccomandazioni sopra citate e alla loro possibile applicazione alla medicina generale.

Questo materiale è stato utilizzato per valutare lo stato attuale di applicazione delle raccomandazioni e la possibilità di miglioramento.

Metodo: sviluppo di indicatori e standard

Le caratteristiche richieste agli indicatori e agli standard qualitativi sono le seguenti:

- a) essere rilevante e pertinente secondo i criteri della medicina basata sulle evidenze
- b) essere rilevanti nella gestione del paziente e congrui con la realtà lavorativa della MG italiana
- c) essere facilmente rilevabili in modo affidabile da tutti i MMG,
- d) poter essere interpretati e registrati in modo standardizzato
- e) riguardare aspetti della gestione del paziente suscettibili di miglioramento
- f) poter far riferimento a dati sull'attuale pratica della medicina generale (per i soli standard)

Da questo elenco si comprende come non sia stato possibile ottenere indicatori e standard per ogni tipo di attività clinica. Si è inoltre ritenuto opportuno limitare il numero di indicatori per evitare sia un eccessivo lavoro di verifica sia dispersione e confusione nella realizzazione e valutazione di questo processo. Una parziale eccezione è presente per l'ipertensione arteriosa, dove sono elencati a parte ulteriori parametri per la valutazione della terapia. Ciò è dovuto alla rilevanza che questo aspetto ha per il MMG e alle continue pressioni/attenzioni nei confronti della terapia antipertensiva da parte di Regioni ed ASL.

Nonostante ci si sia sforzati di attenersi a criteri oggettivi, la scelta effettuata è almeno in parte soggettiva ed arbitraria; nulla naturalmente vieta di modificarla o ritrovare alternative, sempre però rispettando le caratteristiche di base sopra riportate.

Gli indicatori proposti hanno basi estremamente solide nelle linee guida, sono ricavabili con uno sforzo relativamente modesto e, spesso, sono correlati a più elementi del processo di diagnosi/cura/follow-up, fornendo così garanzie di qualità che vanno oltre il semplice parametro monitorato.

Gli standard sono, inevitabilmente, anch'essi in parte arbitrari, ma si basano sulla valutazione di:

- a) rilevanza dell'indicatore per la salute del paziente secondo la "medicina basata sulle evidenze",

- b) % teorica massima raggiungibile per quell'intervento; ad es. 100% meno la % di pazienti con controindicazioni assolute ad un determinato farmaco (quando l'informazione è disponibile)
- c) possibilità che ulteriori motivi possono impedire l'implementazione della misura raccomandata: rifiuto del paziente, differenti priorità terapeutiche in presenza di politerapia, difficoltà locali nel richiedere un esame, ecc.
- d) % media raggiunta attualmente in medicina generale in Italia e/o all'estero (quando l'informazione è disponibile)
- e) possibilità di dati mancanti dovuti a difficoltà oggettive di registrazione/ottenimento dell'informazione (es. difficoltà di registrazione delle prescrizioni effettuate a domicilio; impossibilità di pesare i pazienti allettati, ecc.)

Due esempi possono essere utili.

La cessazione del fumo in un soggetto infartuato è molto importante. Per mettere in atto gli interventi, anche minimi, per indurre e sostenere l'astinenza è necessario sapere se il paziente fuma (non vi è nessun ostacolo nel 100% dei casi) e registrare il dato in cartella (la registrazione non comporta alcuna difficoltà ed è utile per un'azione sistematica; non vi è nessun ostacolo nel 100% dei casi). La diagnosi d'infarto è nota nel 100% dei casi e il numero di soggetti con questa patologia è esiguo; non vi sono quindi ostacoli (eccesso di lavoro, ecc.) alla registrazione in tutti questi soggetti. Per questi motivi, per i pazienti con infarto miocardio (noto) lo standard minimo per la registrazione dell'abitudine al fumo di sigaretta è 100%

L'utilizzo di beta bloccanti nei pazienti con infarto miocardio è fortemente raccomandato; si stima che circa il 72% di questi pazienti non abbia validi motivi per non assumere il farmaco; l'attuale pratica tra i MMG in Italia comporta l'utilizzo dei beta-bloccanti in circa un terzo dei pazienti. In base a tutto ciò si è stabilito valore minimo accettabile di prescrizione $\geq 50\%$ nei soggetti infartuati. Come sempre si considera la prescrizione e non l'assunzione, perché questa non solo non dipende (sostanzialmente) dal medico, ma non è neppure rilevabile con sufficiente affidabilità dal solo MMG.

Come utilizzare indicatori e standard

Quanto proposto è inteso come a) strumento utilizzabile direttamente per verifiche volontarie individuali o di gruppo b) base di discussione per progetti formali di verifica di qualità in medicina generale.

Come già detto, la scelta degli indicatori di qualità non può e non vuole essere né esaustiva né esente da critiche. Sicuramente, in un futuro anche non molto lontano, saranno necessarie modifiche in base all'esperienza diretta di utilizzo, all'evoluzione dei sistemi informatici di raccolta ed estrazione dati, all'evoluzione della medicina e, soprattutto, al miglioramento della pratica clinica in MG. In ogni caso ci preme sottolineare che gli indicatori di qualità **non debbono mai essere utilizzati** in modo impositivo e/o burocratico e/o acritico, ma debbano far parte sempre di un percorso concordato e condiviso di miglioramento, professionale.

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE NELLA POPOLAZIONE GENERALE

Obiettivi: individuare i fumatori ed i soggetti con sovrappeso/obesità nella popolazione generale; stimare il rischio CV per la fascia d'età 40-69 anni

Indicatore	Modalità di calcolo	Validità e limiti	Benchmark e/o standard
Registrazione dato fumo e BMI nel pazienti ≥ 15 anni	N° pazienti ≥ 15 anni con dato fumo registrato/totale pazienti ≥ 15 anni	Indicatore di attenzione al problema	$\geq 70\%$
Registrazione calcolo del rischio cardiovascolare nella popolazione di età 40-69 anni	N° pazienti di età fra 40 e 70 anni con almeno una registrazione del rischio cardiovascolare nel data base/totale pazienti fra 40 e 70 anni	Attenzione al problema del rischio cardiovascolare globale; premessa ad ogni intervento preventivo. Limiti: non indica necessariamente la variazione nel tempo	$\geq 70\%$

		del rischio, non dà informazioni sugli interventi preventivi e sulla loro efficacia, non affronta i fattori di rischio non inclusi nel calcolo	
--	--	--	--

PATOLOGIA ATEROSCLEROTICA NOTA (CORONAROPATIA, ICTUS/TIA, VASCULOPATIE PERIFERICHE)

Obiettivo: corretto disease management dei pazienti con patologia aterosclerotica nota.

Indicatore	Modalità di calcolo	Validità e limiti	Benchmark e/o standard
Registrazione patologie aterosclerotiche	N° pazienti con coronaropatia e/o ictus e/o vasculopatia periferica >40 anni	Dato di prevalenza correlabile al casemix del Medico e alla qualità dei dati registrati. Indicatore di attenzione al problema e premessa agli interventi preventivi. Limiti: possibile disomogeneità nei criteri diagnostici.	Da definire
Registrazione dato fumo e BMI	N° pazienti con malattia aterosclerotica nota con dato fumo e BMI registrato/totale pazienti con malattia aterosclerotica nota	Premessa al trattamento non farmacologico di sovrappeso/obesità e sedentarietà, oltre che per la cessazione del fumo. Limiti: non fornisce necessariamente informazioni sull'andamento temporale, sugli interventi effettuati e sul loro risultato	≥ 90%
MISURAZIONE del colesterolo tot, HDL , LDL e trigliceridi, creatinina, glicemia, ECG	N° pazienti con almeno una registrazione di tutti i predetti	Premessa per la valutazione del rischio e per il trattamento di	≥ 90 %

	parametri ogni tre anni/totale pazienti con malattia aterosclerotica nota	fattori di rischio modificabili Limiti: non si valuta la ripetizione durante il follow-up	
Misurazione PA	N° pazienti con almeno una registrazione di PA negli ultimi 9 mesi/totale pazienti con malattia aterosclerotica nota	Premessa al trattamento dell'ipertensione arteriosa; valutazione dei risultati degli interventi antipertensivi. Limiti: valutazione "puntiforme", influenzabile dalle modalità di misurazione	≥ 90%
PA ≤140 e ≤90 (ultima misurazione negli ultimi 9 mesi)	N° pazienti con PA ≤ 140 e ≤ 90/ totale pazienti con patologia aterosclerotica nota x 100	Indicatore di adeguato controllo pressorio Limiti: valutazione "puntiforme", influenzabile dalle modalità di misurazione	≥ 70%
Prescrizione di antiaggreganti/anticoagulanti	N° pazienti con patologia aterosclerotica nota in terapia antiaggregante o anticoagulante (almeno due prescrizioni registrate negli ultimi 6 mesi)/N° pazienti con patologia aterosclerotica nota x 100	Indicatore di adeguata prescrizione terapia profilattica. Limiti: non viene valutata effettiva compliance e/o presenza di controindicazioni (e l'adeguatezza del dosaggio per quanto riguarda TAO)	≥ 90%
Livello LDL ≤ 100 mg/dl	Pazienti N° pazienti con patologia aterosclerotica nota con ultimo valore registrato di colesterolo LDL ≤ 100mg/dl negli ultimi 3 anni/pazienti con	Adeguatezza del controllo dei valori lipidici Limiti: scarsa valutazione del controllo nel tempo	≥ 70%

	patologia aterosclerotica nota x100		
Prescrizione di ACE inibitore (o Sartanici)	N° pazienti con patologia aterosclerotica nota in terapia (almeno due prescrizione registrate negli ultimi 6 mesi))/N° pazienti con patologia aterosclerotica notax100	Indicatore di adeguata prescrizione terapia profilattica. Limiti: non viene valutata effettiva compliance e/o presenza di controindicazioni, oltre che il dosaggio	≥ 70%
Prescrizione di Beta bloccante (solo per pazienti con IM e angina pectoris)	N° pazienti con IM/angina pectoris in terapia con Beta-bloccanti(almeno due prescrizione registrate negli ultimi 6 mesi))/N° pazienti con IM/angina pectorisx100	Indicatore di adeguata prescrizione terapia profilattica. Limiti: non viene valutata effettiva compliance e/o presenza di controindicazioni, oltre che il dosaggio	≥ 50%

GESTIONE DELLO SCOMPENSO CARDIACO

Obiettivo: corretto disease management dei pazienti con scompenso cardiaco

Indicatore	Modalità di calcolo	Validità e limiti	Benchmark e/o standard
Pazienti > 40 anni con diagnosi registrata di scompenso cardiaco	N° pazienti ≥40 anni con diagnosi registrata di scompenso in cartella clinica/ totale pazienti in carico >40 anni x 100	Indicatore di attenzione al problema; dato il numero limitato di assistiti, la % può presentare variazioni anche importanti per i singoli MMG	1,4% (riferimento)
Registrazione dato fumo e BMI	N° pazienti con malattia scompenso con dato fumo e BMI registrato/totale	Premessa al trattamento non farmacologico di sovrappeso/obesità e sedentarietà, oltre che per la cessazione del fumo.	≥ 90%

	pazienti con scompenso	Limiti: non fornisce necessariamente informazioni sull'andamento temporale, sugli interventi effettuati e sul loro risultato Osservazione: il dato BMI può non essere rilevabile per pazienti allettati ed assistiti a domicilio	
Pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco e almeno una registrazione di ecocardiogramma/ecodoppler cardiaco e ECG	almeno una registrazione dei predetti esami/totale pazienti con scompenso	Dati indispensabili per diagnosi e prognosi. Limiti: non vi sono informazioni circa la ripetizione (effettuata, necessaria, non necessaria) degli esami. Osservazione: li esami possono non essere eseguibili in alcuni pazienti allettati; in alcuni casi è nota l'esecuzione dell'esame-ricovero- ma non sono reperibili agevolmente i referti	≥ 80%
Pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco e almeno una registrazione di PA, creatininemia	almeno una registrazione di tutti i predetti parametri ogni anno/totale pazienti con scompenso	Dati indispensabili per la gestione della terapia. Limiti: valutazione "puntiforme", influenzabile dalle modalità di misurazione Osservazione: gli esami possono non essere eseguibili/registrabili in alcuni pazienti allettati; in alcuni casi è nota l'esecuzione dell'esame-ricovero- ma non sono reperibili agevolmente i referti	≥ 90%
PA ≤140 e ≤90 (ultima misurazione negli ultimi 9 mesi)	N° pazienti con PA ≤ 140 e ≤ 90/ totale pazienti con scompenso x 100	Indicatore di adeguato controllo pressorio nella popolazione considerata Limiti: estrapolazione del controllo da un'unica misurazione; qualità della misurazione stessa	≥ 70%
Pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco e prescrizione di ACE-inibitori (o sartanici)	N° pazienti con scompenso in terapia con ACE-inibitori o sartanici (almeno due prescrizione registrate negli	Indicatore di adeguata terapia Limiti: non informa su compliance e dosaggi. Non informa su controindicazioni/intolleranza	≥ 75%

	ultimi 6 mesi)) / N° pazienti con scompenso X 100		
Pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco e prescrizione di beta-bloccanti	N° pazienti con scompenso in terapia con Beta-bloccanti (almeno due prescrizione registrate negli ultimi 6 mesi) / N° pazienti con scompenso x100	Indicatore di adeguata terapia Limiti: non informa su compliance, dosaggi, controindicazioni/intolleranza	≥ 50%
Pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco cui è stato consegnato materiale informativo scritto	N° pazienti con scompenso con consegna di materiale scritto registrata/ totale pazienti scompensati x 100	Indicatore di attenzione al problema informazione/educazione del paziente. Non tutti i pazienti sono in grado di utilizzare questo materiale. Limiti: la consegna di materiale non esaurisce i compiti d'informazione/educazione; non vi sono informazioni su utilizzo/comprendimento da parte del paziente	≥ 90%

GESTIONE DELL'IPERTENSIONE ARTERIOSA

Obiettivo: corretto disease management dei pazienti con ipertensione arteriosa

Indicatore	Modalità di calcolo	Validità e limiti	Benchmark e/o standard
Pazienti con diagnosi codificata di ipertensione nella propria popolazione di assistiti	N° pazienti con diagnosi codificata ≥40 anni di ipertensione arteriosa/ totale pazienti in carico x100	L'indicatore evidenzia la corrispondenza della percentuale dei propri assistiti con diagnosi di ipertensione arteriosa rispetto ai dati epidemiologici. Limite: diversa composizione anagrafica degli assistiti.	Per fascia di età fra 35 a 74 anni, in Italia, prevalenza di 52 % nei maschi e del 45% nelle femmine
Registrazione dell'abitudine al fumo, registrazione	N° pazienti con diagnosi di ipertensione	Premessa al trattamento non farmacologico di sovrappeso/obesità e	≥ 90% dei pazienti con diagnosi di ipertensione

di peso e altezza nei pazienti ipertesi almeno una volta	arteriosa con registrazione dell'abitudine al fumo, peso e altezza/totale pazienti ipertesi x100	sedentarietà, oltre che per la cessazione del fumo. Limiti: non fornisce necessariamente informazioni sull'andamento temporale, sugli interventi effettuati e sul loro risultato Osservazione: il dato BMI può non essere rilevabile per pazienti allettati ed assistiti a domicilio	arteriosa
Almeno una richiesta registrata di tutti i seguenti accertamenti nei cinque anni precedenti: colesterolo tot., hdl, trigliceridi, creatinina, es. urine, potassio, glicemia, ECG.	N° pazienti con diagnosi di ipertensione arteriosa, con almeno una registrazione dei predetti esami nei cinque anni precedenti/ totale pazienti ipertesi x 100	Dati indispensabili per inquadramento diagnostico, stratificazione del rischio, terapia. Limiti: non vi sono informazioni circa la ripetizione degli esami durante follow-up. Osservazione: gli esami possono non essere eseguibili in alcuni pazienti allettati; in alcuni casi è nota l'esecuzione dell'esame, ma non sono reperibili agevolmente i referti	≥80%
Pazienti ipertesi con rischio cv stratificato	N° pazienti ipertesi con rcv stratificato almeno una volta/ totale pazienti ipertesi x 100	Indicatore composto (necessita di misurazioni pressorie, colesterolemia, anamnesi familiare e personale, glicemia e dati relativi ai danni d'organo per essere calcolato) premessa alla modulazione degli interventi in relazione al rischio. Limiti esistono proposte diverse per calcolarlo e questo può ostacolare la registrazione e l'estrazione del dato	≥ 50%
PA ≤150 e ≤90 (ultima misurazione negli ultimi 9 mesi)	N° ipertesi con PA ≤ 150 e ≤ 90/ totale ipertesi x 100	Indicatore di adeguato controllo pressorio nella popolazione considerata Limite: valori soglia maggiori di quelli indicati dalle LG, valutazione puntiforme del dato; influenza delle modalità di misurazione e di registrazioendel dato	≥ 70%

<p>Registrare la distribuzione di materiale educativo scritto per il paziente iperteso</p>	<p>N° pazienti ipertesi con prescrizione di materiale scritto registrata/ totale pazienti ipertesi x 100</p>	<p>Indicatore di attenzione al problema informazione/educazione del paziente. Non tutti i pazienti sono in grado di utilizzare questo materiale. Limiti: la consegna di materiale non esaurisce i compiti d'informazione/educazione; non vi sono informazioni su utilizzo/comprendimento da parte del paziente</p>	<p>≥ 80%</p>
---	---	---	---------------------

Ulteriori indicatori di qualità della terapia antipertensiva

<p>% di pazienti ipertesi con PA ≥ 150/90 (ultimo valore negli ultimi nove mesi) senza terapia farmacologica</p>	<p>N° pazienti ipertesi con PA ≥ 150/90 senza terapia farmacologica/ totale pazienti ipertesi x 100</p>	<p>Indice di appropriatezza terapeutica secondo le LG prevenzione cardiovascolare Europee 2003 Limite: valutazione puntiforme del dato; influenza delle modalità di misurazione e di registrazione del dato</p>	<p>≤ 20%</p>
<p>pazienti ipertesi diabetici con PA < 130/80</p>	<p>N° ipertesi con diagnosi di diabete con PA <130/80 / totale pazienti ipertesi con diabete x 100</p>	<p>Indicatore di adeguato controllo pressorio in categorie a rischio elevato per cui l'evidenza based medicine consiglia goal pressori <130/80 Limite: valutazione puntiforme del dato; influenza delle modalità di misurazione e di registrazione del dato</p>	<p>≥ 20%</p>
<p>% di soggetti che non raggiungono valori pressori accettabili (PA ≥ 160/100 e che sono/non sono in politerapia farmacologica</p>	<p>N° pazienti ipertesi con PA ≥ 160/100 in terapia con 3° + farmaci/ totale pazienti ipertesi con PA ≥ 160/99 x 100</p>	<p>Indicatore di adeguata aggressività terapeutica Limite: valori valutazione puntiforme del dato; influenza delle</p>	<p>> 80%</p>

		modalità di misurazione e di registrazione del dato Nessuna informazione su dosaggi e compliance	
--	--	--	--

GESTIONE DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE

Obiettivo: corretto disease management dei pazienti con fibrillazione atriale

Pazienti \geq 40 anni con diagnosi registrata di fa	N° pazienti \geq40 anni con diagnosi registrata di FA in cartella clinica/ totale pazienti in carico $>$40 anni x 100	Indicatore di attenzione al problema Limiti: dato il numero limitato di assistiti, la % può presentare variazioni anche importanti per i singoli MMG	2%
Registrazione dato fumo e BMI	N° pazienti con FA con dato fumo e BMI registrato/ totale pazienti con FA	Premessa al trattamento non farmacologico di sovrappeso/obesità e sedentarietà, oltre che per la cessazione del fumo. Limiti: non fornisce necessariamente informazioni sull'andamento temporale, sugli interventi effettuati e sul loro risultato	\geq 90%
Pazienti con diagnosi di FA e almeno una registrazione di ecocardiogramma/ecodoppler cardiaco e ECG	almeno una registrazione dei predetti esami/ totale pazienti con FA	Dati indispensabili per inquadramento eziologico, prognostico e terapeutico. Limiti: non vi sono informazioni circa i risultati e la ripetizione (effettuata, necessaria, non necessaria) degli esami. Osservazione: gli esami possono non essere eseguibili in alcuni pazienti allettati; in alcuni casi è nota l'esecuzione dell'esame-ricovero- ma non sono reperibili agevolmente i referti	\geq 80%
Pazienti con diagnosi di FA e	almeno una	Indicatore di attenzione al	\geq 90%

<p>almeno una registrazione di PA, creatininemia, colesterolo totale, HDL, trigliceridi, glicemia</p>	<p>registrazione di tutti i predetti parametri /totale pazienti con FA</p>	<p>rischio CV in soggetti solitamente anziani e a rischio elevato Limiti: valutazione puntiforme, non offre informazione sull'andamento temporale dei parametri considerati e su eventuali interventi terapeutici</p>	
<p>Pazienti con diagnosi di FA permanente e prescrizione di anticoagulanti orali o antiplastrinici</p>	<p>N° pazienti con FA permanente in terapia con questi farmaci (almeno due prescrizione registrate negli ultimi 6 mesi) /N° pazienti con FA permanente X 100</p>	<p>Indicatore di adeguata prescrizione terapia profilattica. Limiti: non viene valutata effettiva compliance e/o presenza di controindicazioni (e l'adeguatezza del dosaggio per quanto riguarda TAO); non viene valutata l'appropriatezza della scelta terapeutica in relazione al rischio tromboembolico</p>	<p>≥ 80%</p>
<p>Pazienti con diagnosi di FA cui è stato consegnato materiale informativo scritto</p>	<p>N° pazienti con FA con consegna di materiale scritto registrata/ totale pazienti con FA x 100</p>	<p>Indicatore di attenzione al problema informazione/educazione del paziente. Non tutti i pazienti sono in grado di utilizzare questo materiale. Limiti: la consegna di materiale non esaurisce i compiti d'informazione/educazione; non vi sono informazioni su utilizzo/comprendione da parte del paziente</p>	<p>≥ 90%</p>

Contatti

Per informazioni, suggerimenti, critiche è possibile contattare il Dott. Alessandro Filippi, responsabile Area CV SIMG

filippi.alessandro@simg.it