

# Definizioni

---

- 1. Linee Guida**
- 2. Contesto**
- 3. Percorso**
- 4. Processo**
- 5. Procedura**
- 6. Protocollo**

# Definizioni

---

## 1. Linee Guida (LG)

- Raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico, allo scopo di assistere medici e pazienti [e manager] nel decidere le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche.

# Definizioni

---

## 1. Linee Guida (LG)

- Raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico, allo scopo di assistere medici e pazienti [e manager] nel decidere le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche.

# Definizioni

---

## 2. Contesto Locale (CL)

- Insieme delle variabili (strutturali, tecnologiche, organizzative, professionali) in grado di condizionare l'applicazione locale di singole raccomandazioni delle LG.

# Definizioni

---

## 3. Percorso Assistenziale\* (PA)

- Strumento finalizzato all'implementazione delle LG
- In relazione al contesto locale il PA:
  - prevede un adattamento della LG
  - definisce:
    - procedure (*how*)
    - professionisti (*who*)
    - setting (*where*)
    - tempistiche (*when*)
- In altri termini:  $PA = LG + CL$
- Sinonimi: percorso (profilo) di cura, percorso diagnostico-terapeutico, percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale

# Definizioni

---

## 4. Processo (assistenziale)

- Rappresenta l'unità elementare del PA (costituito da N processi)
- In funzione del numero di strutture e di professionisti coinvolti nella sua erogazione il processo può essere:
  - molto semplice, talora sino ad identificarsi con la procedura (vedi)
  - estremamente complesso
- L'appropriatezza dei processi è correlata al grado di aderenza alle raccomandazioni cliniche.

# Definizioni

---

## 5. Procedura (operativa)

- Sequenza di azioni tecnico-operative attraverso cui il professionista eroga gli interventi assistenziali.
- Rappresenta l'unità elementare del processo (costituito da N procedure)
- Può essere molto semplice (cateterismo vescicale) o estremamente complessa (chirurgia dell'aorta addominale).
- La conformità della procedura dovrebbe essere definita da standard di competence professionale (accreditamento?)
- Sinonimi: istruzione operativa (generale/specifica)

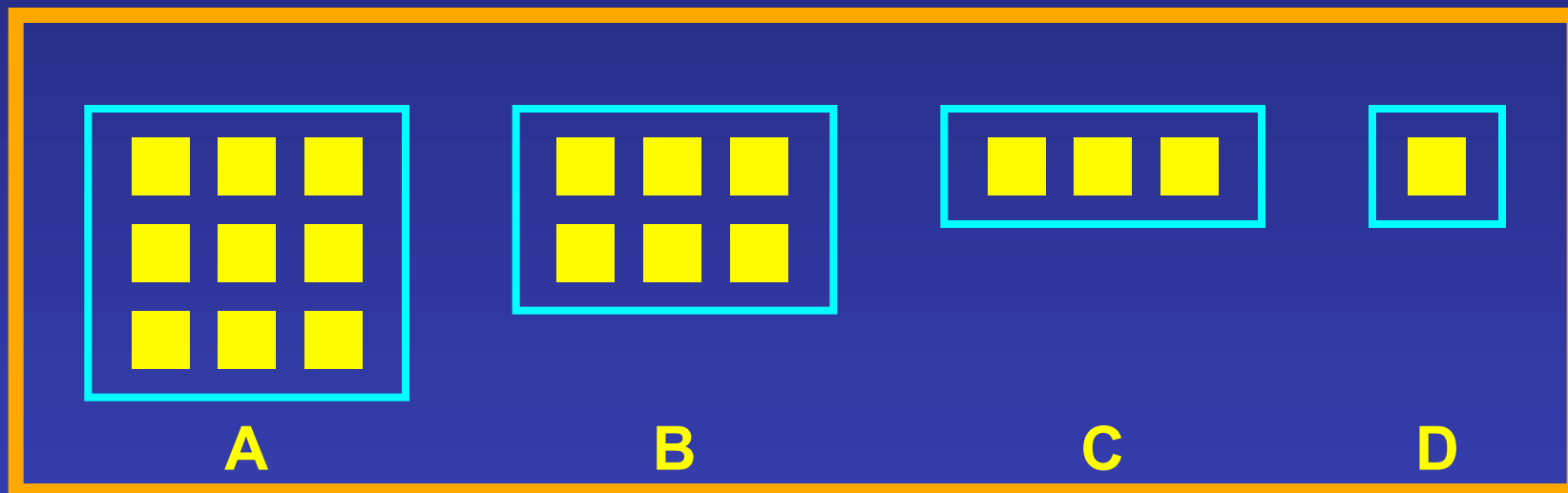
# Definizioni

---

## 6. Protocollo

- Può indicare, indifferentemente, ad un processo o d una procedura.
- Nella letteratura giuridica il termine protocollo viene interpretato come “vincolante” (mandatory) per i professionisti (target 100%).
- Nel framework **GIMBE**<sup>®</sup> questo termine - in disuso nella letteratura internazionale - non viene utilizzato, anche per i potenziali rischi medico-legali.





Percorso assistenziale ————  
Processo ————  
Procedura operativa ■

# Framework GIMBE® PER LA COSTRUZIONE DEI PDTA

*Fase 1*

Definizione Priorità

*Fase 2*

Costituzione G.L.A.M.

*Fase 3*

F.A.I.A.U.

*Fase 4*

D.I.E

# Fase 1: Definizione Priorità

---

- *High frequency*
- *High risk*
- *High variability*
- *High cost*
- *High anxiety*

*Department of Health, 1994*

- *High quality evidence available*
- *Multiprofessional*
- *Social impact*

# Fase 2: Costituzione G.L.A.M.

---

## PERCHE'?

- Maggiore equilibrio nelle raccomandazioni cliniche
- Valutazione multidimensionale degli ostacoli
- Condivisione di tutti i nodi decisionali del PA
- Migliore integrazione ospedale-territorio

# FASE 3: F.A.I.A.U.

---

- 1. Finding** Ricerca delle LG
- 2. Appraising** Valutazione critica delle LG (e scelta della LG di riferimento)
- 3. Integrating** Integrazione della LG
- 4. Adapting** Adattamento locale e costruzione dei PA
- 5. Updating** Aggiornamento

# FASE 3: F.A.I.A.U.

---

## OBIETTIVO

Costruire un percorso assistenziale caratterizzato da tre elementi indispensabili per la sua implementazione:

- Evidence-based
- Condiviso tra tutti i professionisti coinvolti nella sua erogazione
- Adattato al contesto locale

# FASE 3: F.A.I.A.U.

---

## 1. Finding: Ricerca delle LG

- Utilizzando un protocollo di ricerca standardizzato, le LG vengono ricercate in diverse banche dati (BD):
  - BD primarie: MEDLINE, EMBASE
  - BD specialistiche: Cancerlit, Psycinfo, CINAHL, altre
  - BD di LG: NGC, CMA, NLH GF, PNLG, altre
  - Siti di società professionali ed agenzie nazionali
  - BD di HTA
- Vengono escluse le LG:
  - Datate oltre 3-4 anni
  - Pubblicate in lingua diverse da inglese ed italiano

# FASE 3: F.A.I.A.U.

---

## 2. Appraising

### Valutazione critica e scelta della LG di riferimento

- Viene utilizzando lo strumento AGREE
- Utile verificare preventivamente i criteri di Grilli e coll.
- L'obiettivo è selezionare una sola LG di riferimento





[www.agreecollaboration.org](http://www.agreecollaboration.org)

# AGREE

## *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation*

---

- **23 item in 6 dimensioni**
  - obiettivi della LG
  - coinvolgimento delle parti in causa
  - rigore metodologico
  - chiarezza espositiva
  - applicabilità
  - indipendenza editoriale

# FASE 3: F.A.I.A.U.

---

## 3. Integrating: Integrazione della LG (*opzionale*)

- Ricerche bibliografiche aggiuntive in relazione a:
  - “Gap di contenuti”: proposte del GLAM relative ad aspetti clinici non presi in considerazione dalle LG selezionate
  - “Gap temporali”: integrazione della LG con evidenze rilevanti emerse dopo la loro pubblicazione (utile il TRIP database)

# FASE 3: F.A.I.A.U.

---

## 4. Adapting

### Adattamento locale della LG e costruzione dei PA

- Ad evitare che tale fase coincida con la legittimazione di pratiche locali, l'adattamento delle LG deve prevedere una metodologia rigorosa ed esplicita

# FASE 3: F.A.I.A.U.

---

## 4. Adapting

### Adattamento locale della LG e costruzione dei PA

- Previa analisi del contesto locale il GLAM su apposita scheda:
  - Riporta le raccomandazioni originali della LG
  - Identifica gli ostacoli alla loro applicazione
  - Valuta, previo feedback con la direzione sanitaria, l'eventuale rimozione degli ostacoli
  - Adatta/modifica le raccomandazioni originali, se gli ostacoli non possono essere rimossi

# Ostacoli all'applicazione locale della LG

---

- **S**truttura
- **T**ecnologie
  - Sì/no
  - Disponibilità parziale (24 ore, 7 gg)
- **O**rganizzazione
- **P**rofessionisti
  - Numero
  - Competenze
- Altro: fattori socio-culturali, geografico-ambientali
- Normative sanitarie: nazionali, regionali, locali
- Mancata copertura/rimborso delle prestazioni

# FASE 3: F.A.I.A.U.

---

## 4. Adapting

### Adattamento locale della LG e costruzione dei percorsi assistenziali

- La LG definisce “*what to do*”
- Il percorso assistenziale definisce, in relazione al contesto locale:
  - *who*
  - *how*
  - *when*
  - *where*

# FASE 3: F.A.I.A.U.

---

## 5. Updating: Pianificare l'aggiornamento

- Tre strategie:
  - Riferimento alla LG originale (se esplicitamente dichiarato)
  - Ricerche bibliografiche a scadenze definite (1-2 anni)
  - Sorveglianza continua della letteratura



# FASE 3: F.A.I.A.U.

---

## Quali caratteristiche del prodotto finale?

- Evidence-based
- Condiviso tra tutte le professioni/specialità
- Adattato al contesto locale

# FASE 4: D.I.E.

---

**1. Disseminating**

Disseminazione del PA

**2. Implementing**

Implementazione del PA

**3. Evaluating**

Valutazione dell'impatto del PA

# FASE 4: D.I.E.

---

## 1. Disseminating: Disseminazione del PA

- Presentazione “ufficiale” del PA
- Distribuzione del PA in formato cartaceo/elettronico
  - Versione integrale
  - Quick reference
  - Versione per i pazienti
  - Comunicazione nel sito e nel “bollettino” aziendale
  - Comunicati stampa

# FASE 4: D.I.E.

---

## 2. Implementing: Implementazione dei PA

- La semplice diffusione dei PA è insufficiente per garantirne l'applicazione
- Le strategie d'implementazione hanno l'obiettivo di modificare i comportamenti professionali.
- Il GLAM deve definire il piano di implementazione tenendo conto di:
  - Ostacoli locali
  - Efficacia delle strategie
  - Priorità
  - Tipologia dei professionisti locali

# FASE 4: D.I.E.

---

## 3. Evaluating: Valutazione dell'impatto dei PA

- L'impatto dei PA viene misurato sugli indicatori di processo e di esito, attraverso lo strumento del clinical audit.
- Compito del GLAM è:
  - Selezionare, per ciascun PA, indicatori misurabili e robusti per misurarne l'impatto
  - Pianificare e condurre gli audit clinici

# Indicatori di processo o di esito?

---

## Indicatori di processo

- Informano che il processo assistenziale è stato erogato, o meno, in maniera appropriata secondo quanto definito dagli standard di riferimento (LG, PA)

## Indicatori di esito

- Documentano una modifica degli esiti

# Indicatori di esito

---

## Clinical

- Mortality
- Clinical events

## Economic

- Direct medical
- Indirect medical
- Untangible

## Humanistic

- Quality of life
- Patient satisfaction

*Modificata  
da Epstein RS, et al.  
Ann Intern Med 1996*

# Indicatori di processo o di esito ?

---

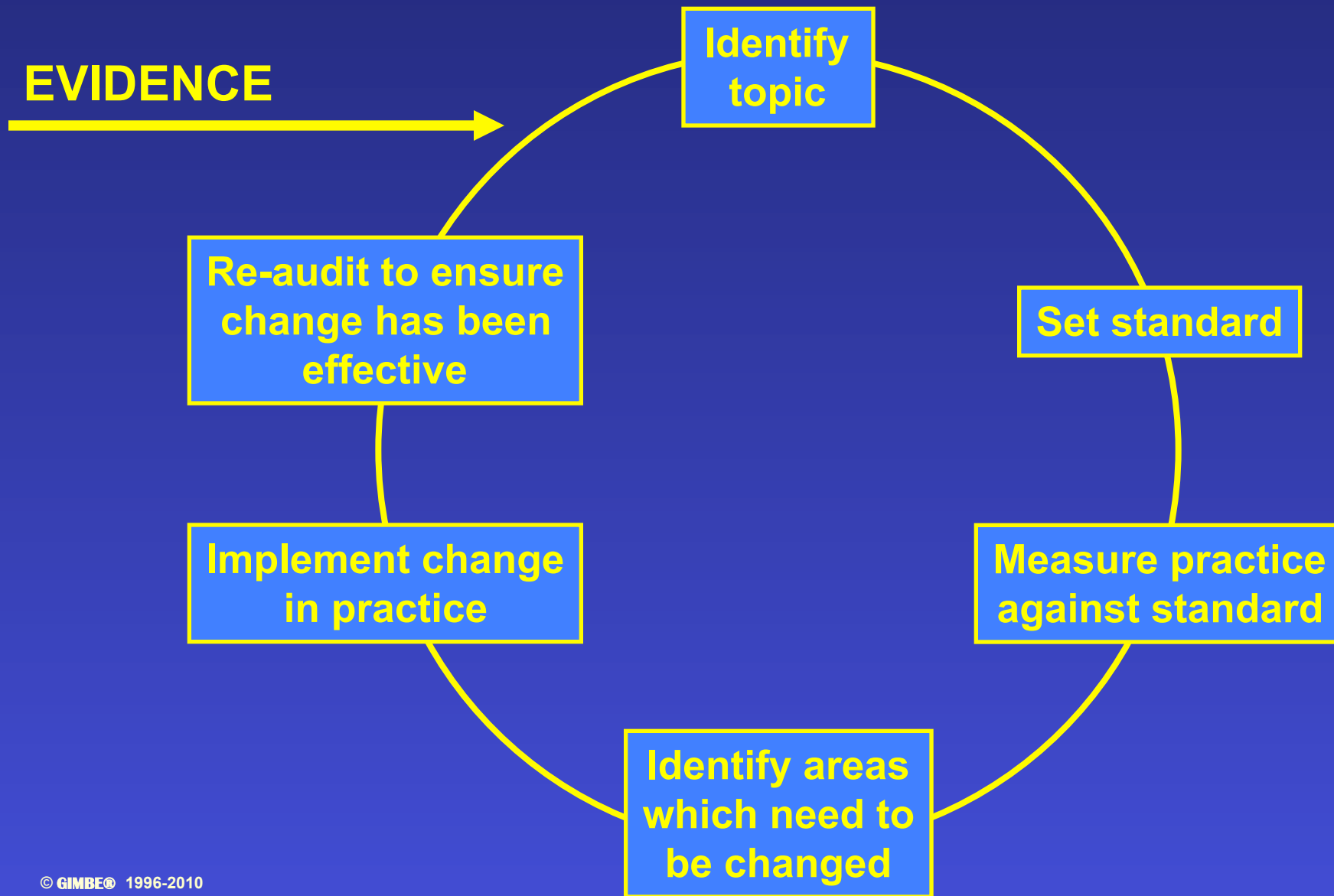
- I sistemi informativi aziendali consentono di rilevare:
  - indicatori di esiti economici: numero di ricoveri, numero di accessi ambulatoriali, consumo di farmaci, utilizzo di test diagnostici, etc
  - "grossolani" indicatori di esito clinico rilevabili attraverso l'analisi delle SDO

**PROBLEMA: “incomunicabilità” dei sistemi informativi aziendali**

*Cartabellotta A, Potena A.  
Il Sole 24 Ore Sanità e Management, 2001*



# The evidence-driven audit cycle



# PDTA CARCINOMA TIROIDEO

## Centro Malattie Tiroidee Reggio Emilia



Documento  
Microsoft Word 97-10

### LISTA DI DISTRIBUZIONE

S.C.Endocrinologia

S.C. Medicina Nucleare

S.C. Anatomia Patologica

S.C.ORL

S.C. Chirurgia Toracica

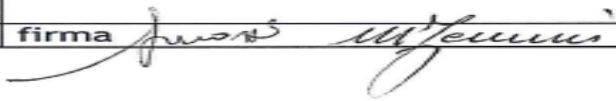
S.C. Radiologia

Direzione Medica Ospedaliera

Direzione delle Professioni Sanitarie

### Sommario

1. analisi del contesto e motivazioni che sostengono la scelta della problematica clinica (compresi i confini del PDTA ospedale o territorio\ospedale)
2. scopo
3. tipologia pazienti oggetto del PDTA e criteri di inclusione\esclusione
4. strutture coinvolte nel PDTA, gruppo di lavoro che ha elaborato il PDTA e responsabili
5. gruppo multidisciplinare (GDM) per la discussione dei casi e tipologia dei pazienti discussi
6. descrizione dei processi clinici ed organizzativi (fasi, attività, responsabilità, interfacce e criteri clinici per diagnosi, terapia e follow up)
7. modalità di comunicazione con il paziente, famigliari e associazioni
8. monitoraggio del PDTA: indicatori, standard
9. documenti allegati (protocolli clinici, procedure, istruzioni operative, ecc....)
10. bibliografia di riferimento

| Redatto da<br>componenti gruppo<br>di lavoro | Verificato   | Approvato  | Data di emissione |
|--|--|--|-------------------|
|  | Zini Michele<br>Barbieri Verter<br>Valcavi Roberto<br>Versari Annibale<br>Borgognoni Patrizia<br>Gardini Giorgio | Mazzi Giorgio<br>Iemmi Marina  | 10/01/2012        |
|  |  | firma  |                   |

- 1. Protocollo provinciale sulla appropriatezza in patologia tiroidea**
- 2. TSH reflex**
- 3. Audit interno sulla ecografia tiroidea**
- 4. Trattamento medico della osteoporosi**

# 1. Protocollo provinciale sulla appropriatezza in patologia tiroidea

# BACKGROUND

- I tempi di attesa per la consulenze endocrinologiche in Provincia di Reggio Emilia sono storicamente stati eccessivamente protratti, oscillando tra i 3 e i 4 mesi.
- I provvedimenti finora messi in atto per risolvere il problema (aumento della offerta di prestazioni, suddivisione delle liste di prenotazione in prima visita-controlli) non hanno mai consentito un significativo accorciamento dei tempi di attesa

# BACKGROUND

- Una percentuale rilevante di consulenze endocrinologiche veniva richiesta per patologie tiroidee di scarsa rilevanza clinica

# OBBIETTIVI

- Identificare i criteri di appropriatezza per la richiesta delle consulenze endocrinologiche per patologia tiroidea
- Riduzione dei i tempi di attesa

# METODI

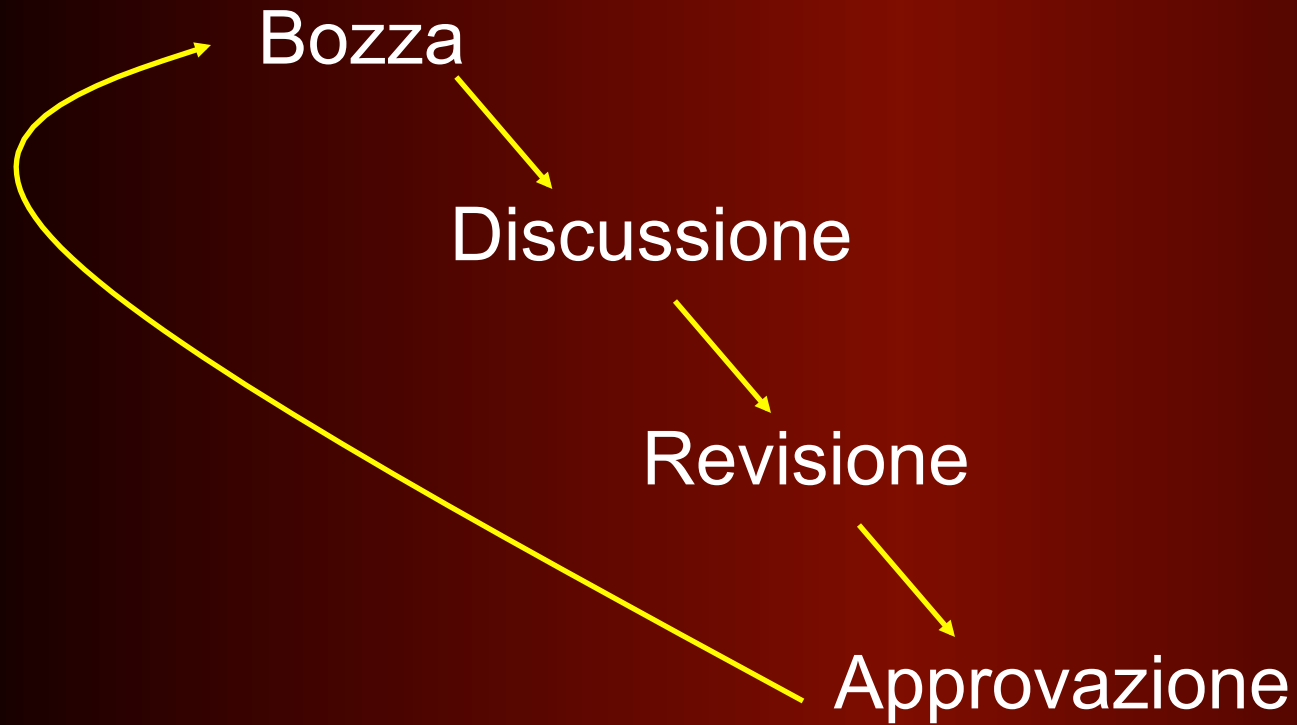
- Costituzione di un gruppo di lavoro composto da:
  - Specialisti Endocrinologi ospedalieri
  - Specialisti Endocrinologi territoriali
  - MMG
  - Rappresentanti delle Direzioni Sanitarie di Azienda Ospedaliera e AUSL.



# METODI

- Redazione di un protocollo contenente i criteri di appropriatezza per la richiesta di consulenza endocrinologia per patologia tiroidea (che assorbe il 90% circa delle consulenze endocrinologiche)
- Il documento era completato da allegati riguardanti la ecografia e gli esami di laboratorio

# METODI



## **APPROPRIATEZZA IN PATOLOGIA TIROIDEA**

CRITERI PRESCRITTIVI E DI GESTIONE CONDIVISI TRA MEDICI DI MEDICINA GENERALE, SPECIALISTI ENDOCRINOLOGI OSPEDALIERI DELL'ARCISPEDALE S.MARIA NUOVA-IRCCS, E SPECIALISTI ENDOCRINOLOGI AMBULATORIALI AUSL  
- REGGIO EMILIA -

# METODI

- Disseminazione del Protocollo
  - copia cartacea a tutti i MMG e agli Specialisti Endocrinologi della Provincia di Reggio Emilia
  - incontri inclusi nel Piano Aziendale della Formazione

Contestualmente, è stato aumentato il numero delle visite endocrinologiche erogate.

# RISULTATI

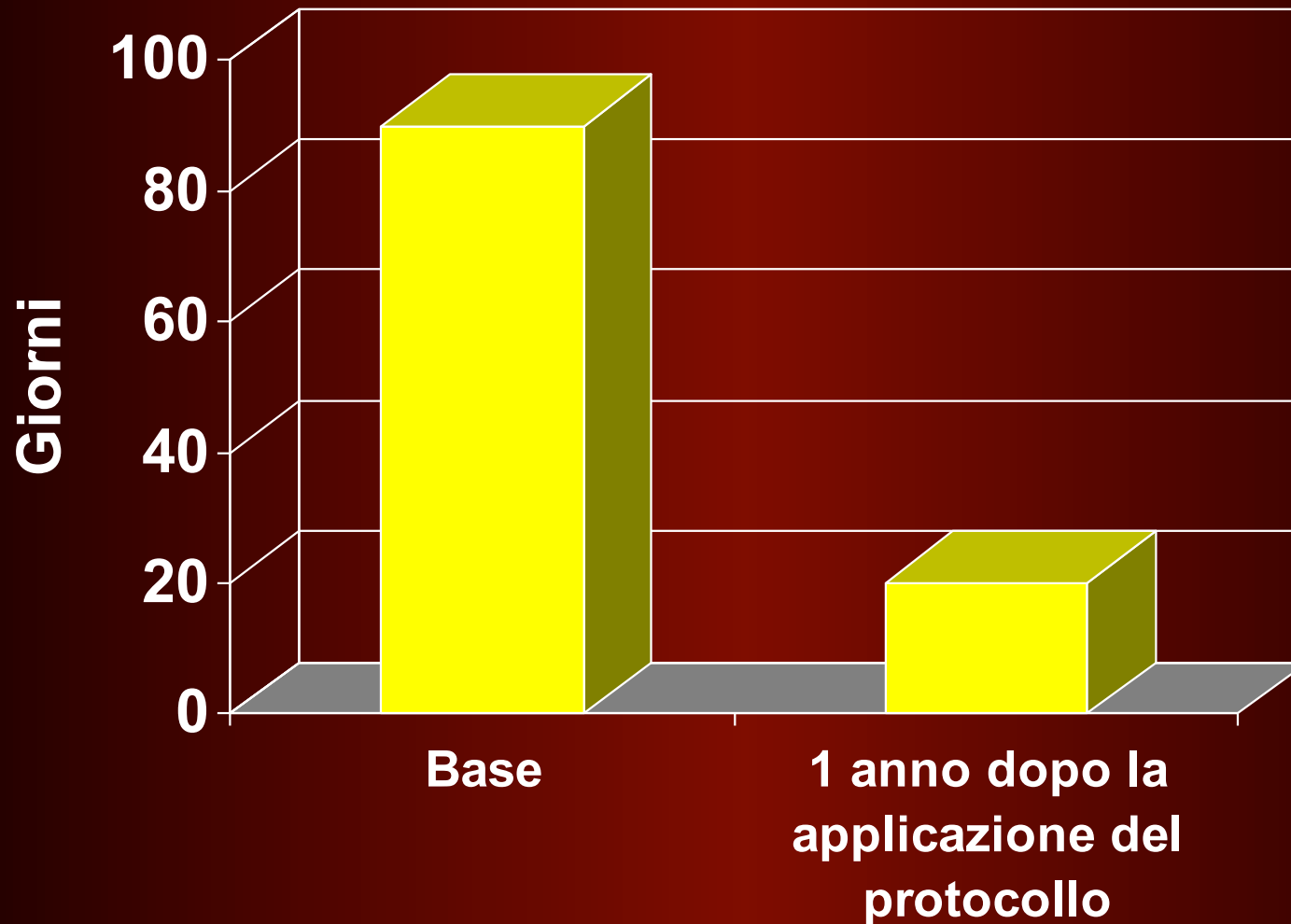
- *Indicatore di processo:*  
per la difficoltà di organizzare un rilevamento sistematico non sono stati rilevati indicatori di processo (aderenza dei medici ai criteri di appropriatezza)

# RISULTATI

- *Indicatore di esito:*  
dopo 1 anno dalla diffusione del Protocollo sulla Appropriatezza in Patologia Tiroidea, i tempi di attesa si sono ridotti da circa 3 mesi agli attuali 20 giorni

# RISULTATI

## Tempo di attesa per visita endocrinologica



# CONCLUSIONI

- L'abbattimento dei tempi di attesa non è possibile con il solo aumento della offerta di prestazioni
- La chiave per il controllo dei tempi di attesa risiede nella definizione dei criteri di appropriatezza
- I criteri di appropriatezza devono essere stabiliti con la partecipazione attiva di rappresentanti di tutti coloro che sono poi chiamati a metterli in pratica



# CONCLUSIONI

- Il risultato ottimale si ottiene attivando contemporaneamente aumento della offerta e miglioramento della appropriatezza
- Sarà necessario mantenere attiva la attenzione sulla Appropriatezza in Patologia Tiroidea, perché in caso contrario gli ottimi risultati ottenuti rischiano di essere persi (subentro di personale nuovo, definizione di altre priorità, perdita di interesse)

## 2. TSH reflex

# BACKGROUND

- Il dosaggio del solo TSH è sufficiente per la valutazione funzionale tiroidea di gran parte delle situazioni cliniche
- Quasi sempre il TSH viene prescritto assieme a fT3 e fT4
- Molti dosaggi di fT3 e fT4 non hanno utilità clinica
- Una rilevante parte della spesa è inappropriata

# OBBIETTIVO

- Proporre un algoritmo per la diagnostica funzionale tiroidea a partenza dal solo TSH
- Non perdere informazioni utili
- Migliorare la appropriatezza prescrittiva
- Realizzare risparmio economico

# DEFINIZIONI

## *Risparmio =*

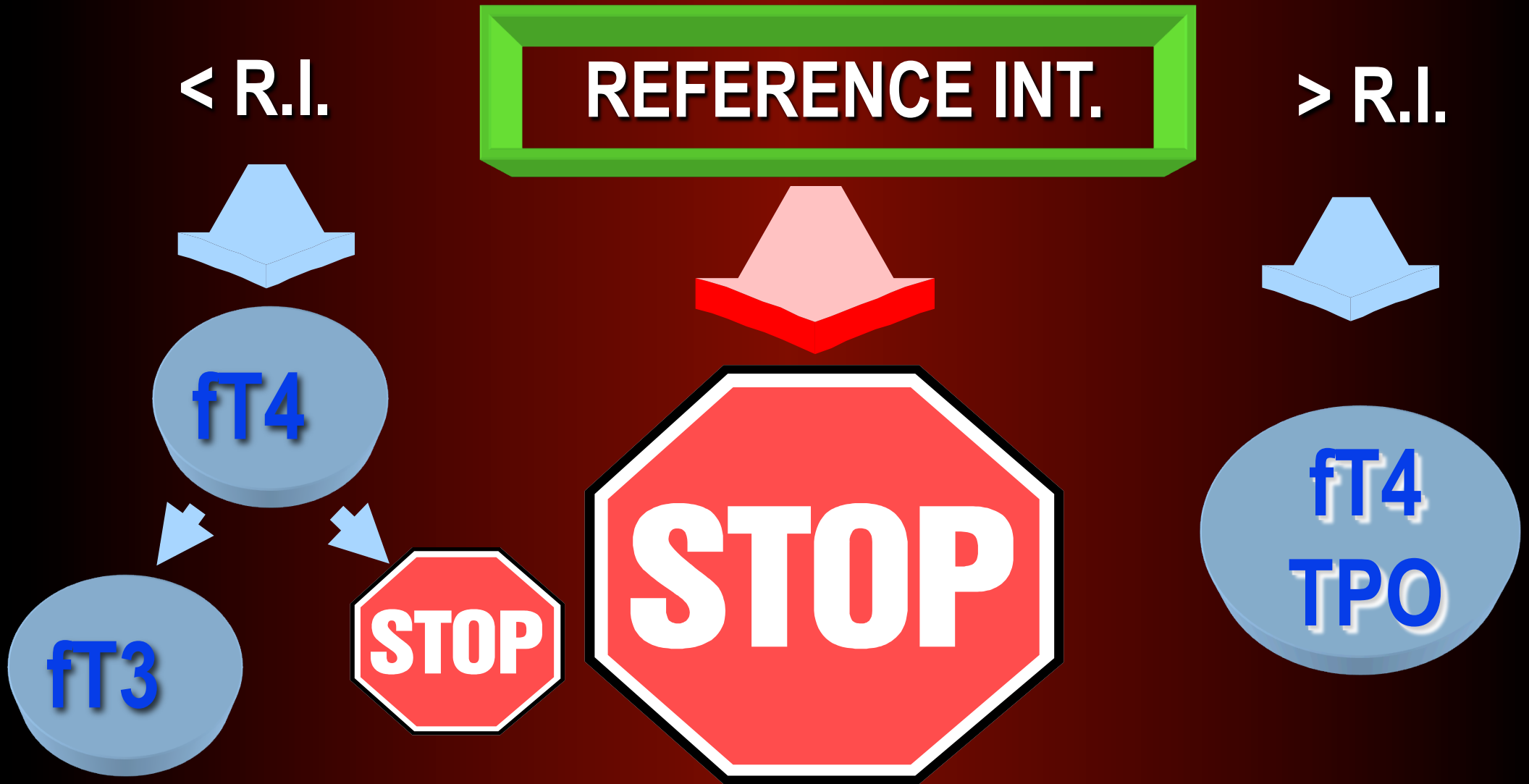
- Ridurre i costi riducendo le prestazioni (e quindi le informazioni cliniche)

## *Appropriatezza =*

- Riorientare le risorse senza perdere informazioni cliniche o aumentandole

# "Cascade"/Reflex TSH

## TSH



# METODI e PROBLEMI

- Definizione del Protocollo
- Validazione Direzione di Distretto
- Disseminazione del Protocollo

## Problemi:

- Come gestire le richieste difformi dal protocollo
- Superamento blocchi informatici
- Superamento blocchi burocratici
- Pagamento ticket corretto

**Il Protocollo è attivo dall'1 aprile 2009**

# RISULTATI - Richieste

Distretto di Castelnovo ne' Monti (RE)

| N. Richieste  | 2° trimestre |             | Δ            |
|---------------|--------------|-------------|--------------|
|               | 2008         | 2009        |              |
| ft3 + ft4     | 2796         | 1501        | - 46%        |
| TSH           | 3020         | 3051        | + 1%         |
| Ab anti-TPO   | 207          | 318         | + 54%        |
| <b>TOTALE</b> | <b>6023</b>  | <b>4870</b> | <b>- 19%</b> |



# RISULTATI – Costi

Distretto di Castelnovo ne' Monti (RE)

| € (ticket)         | 2° trimestre    |                 | Δ                |
|--------------------|-----------------|-----------------|------------------|
|                    | 2008            | 2009            |                  |
| <b>FT3 + FT4</b>   | 25.583 €        | 13.734 €        | -11.849 €        |
| <b>TSH</b>         | 23.556 €        | 23.797 €        | +241 €           |
| <b>Ab anti-TPO</b> | 2.359 €         | 3.625 €         | +1.266 €         |
| <b>TOTALE</b>      | <b>51.498 €</b> | <b>41.156 €</b> | <b>-10.342 €</b> |

Risparmio annuo stimato per la Provincia di Reggio Emilia (~500.000 ab.):

**~ € 400.000**

# LIMITI

Alcune situazioni non vengono adeguatamente riconosciute dal TSH reflex:

- ipotiroidismo centrale
- patologie del trasporto degli ormoni tiroidei

Alcune situazioni vengono adeguatamente riconosciute dal TSH reflex ma si è ritenuto di classificarle come eccezioni:

- gravidanza
- trattamento con amiodarone

## 2. Audit interno sulla ecografia tiroidea

# BACKGROUND

- La ecografia è metodica diagnostica di base in patologia tiroidea
- Viene comunemente utilizzata per stratificare i noduli tiroidei su una “scala di rischio” rispetto alla loro malignità
- Non è nota la performance diagnostica esatta di questa metodica

# OBBIETTIVI

- **Valutare il grado di correttezza del giudizio ecografico sui noduli tiroidei**
- La valutazione ecografica viene confrontata con l'esame citologico su agoaspirato
- Non è possibile un confronto sistematico con l'esame istologico (non tutti i noduli vengono operati)
- Indagine retrospettiva (tipo *audit*)

# METODI

## Classificazione ecografica

Sulla base delle caratteristiche ecografiche

- ecogenicità
- ecostruttura
- margini
- microcalcificazioni
- disposizione all'interno del lobo

Il nodulo viene classificato come

- “non sospetto” (U2)
- “dubbio” (U3)
- “sospetto” (U4)

# METODI

## Classificazione citologica

In accordo con la maggior parte delle linee-guida i noduli vengono classificati in base a 5 categorie citologiche:

- Non diagnosticato (Thy1)
- Benigno (Thy2)
- Indeterminato / dubbio (Thy3)
- Sospetto (Thy4)
- Maligno (Thy5)

# METODI

## Confronti

|                                  | <b>Malattia<br/>presente<br/>(C3-C4-C5)</b> | <b>Malattia<br/>assente<br/>(C2)</b> |
|----------------------------------|---|--------------------------------------|
| <b>Test positivo<br/>(U3-U4)</b> | Veri<br>positivi                            | Falsi<br>positivi                    |
| <b>Test negativo<br/>(U2)</b>    | Falsi<br>negativi                           | Veri<br>negativi                     |



# RISULTATI

|                                  | <b>Malattia<br/>presente<br/>(C3-C4-C5)</b> | <b>Malattia<br/>assente<br/>(C2)</b> |            |
|----------------------------------|---|--------------------------------------|------------|
| <b>Test positivo<br/>(U3-U4)</b> | 15  | 22                                   | <b>37</b>  |
| <b>Test negativo<br/>(U2)</b>    | 16  | 174                                  | <b>190</b> |
|                                  | <b>31</b>                                   | <b>196</b>                           | <b>227</b> |

# RISULTATI

$$\text{Prevalenza di malattia: } \frac{31}{227} = 14\% \quad (= VP + FN)$$

## Misure di performance

Sensibilità = 48%

Specificità = 89%

Valore predittivo positivo = 41%

Valore predittivo negativo = 92%

Accuratezza = 83%

Rapporto di probabilità per il test positivo = 4,3

Rapporto di probabilità per il test negativo = 0,6

# CONCLUSIONI

- La performance diagnostica della ecografia è buona ma non ottima
- La ecografia fornisce risultati migliori nell'escludere che non nel confermare la malignità di un nodulo
- Peraltro, ogni nodulo tiroideo deve essere sottoposto ad ecografia
- Il giudizio ecografico può servire come “probabilità pre-test” per l'esame citologico

# LIMITI

- Il confronto non è stato effettuato con il vero gold-standard (rappresentato dall'esame istologico)
- Le classi ecografiche U sono in parte arbitrarie e soggettive
- Le aggregazioni U3-U4 e C3-C4-C5 sono eterogenee
- Analisi per sottogruppi su un campione più numeroso consentiranno di superare questi limiti

# 4. Appropriatelyzza dei farmaci per la terapia dell'osteoporosi post-menopausale

# BACKGROUND

- Per il trattamento della osteoporosi sono disponibili numerosi farmaci
- In media, una terapia ben condotta riduce il rischio relativo di frattura del 50%
- Tuttavia:
  - il trattamento non viene prescritto a tutti i pazienti che presentano le indicazioni
  - a molti pazienti vengono prescritti farmaci non validati

# OBIETTIVI

- Valutare il grado di appropriatezza delle prescrizioni dei farmaci per osteoporosi, utilizzando come standard di riferimento la linea guida del National Osteoporosis Foundation (2008)

# National Osteoporosis Foundation 2008

## ☐ Trattamento appropriato

- In prevenzione secondaria:
  - pregressa frattura femorale o vertebrale da fragilità
  - altre fratture da fragilità + osteopenia
- In prevenzione primaria:
  - pazienti con T-score  $< -2.5$  DS
  - T-score compreso tra  $-1$  e  $-2.5$  DS con rischio di frattura a 10 anni (calcolato con algoritmo FRAX)  $\geq 3\%$  per le fratture femorali o  $\geq 20\%$  per tutte le fratture
  - T-score vertebrale  $< -2.0$  DS, o  $< -1.5$  DS + fattori di rischio

## ☐ Farmaci appropriati: alendronato, risedronato, ranelato di stronzio, ibandronato, clodronato orale, raloxifene, teriparatide



# METODI (1)

- I pazienti sono stati inclusi nello studio in occasione della seconda valutazione clinica.
- La prima valutazione (trattare o meno, quale farmaco scegliere) era stata già effettuata da uno specialista (endocrinologo, reumatologo, fisiatra), medico di medicina generale o altro medico
- La decisione se trattare o meno e la scelta del farmaco sono state valutate retrospettivamente.

# METODI (2)

## Misure di appropriatezza

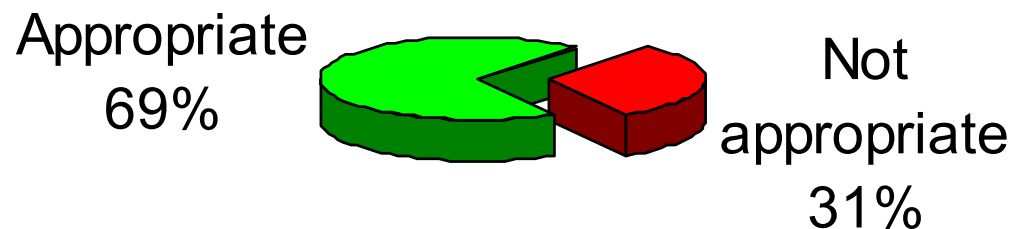
- Pazienti non in trattamento
  - % scelta appropriata (*trattamento non indicato*)
  - % scelta non appropriata (*trattamento indicato*)
- Pazienti in trattamento
  - % scelta appropriata (*trattamento indicato*)
    - farmaco appropriato
    - farmaco non appropriato
  - % scelta non appropriata (*trattamento non indicato*)

# RISULTATI (1)

432 pazienti consecutive (età 49-82 anni) con osteoporosi post-menopausale

- 31% delle pazienti non trattate aveva indicazione alla terapia farmacologica (inappropriatezza in difetto)

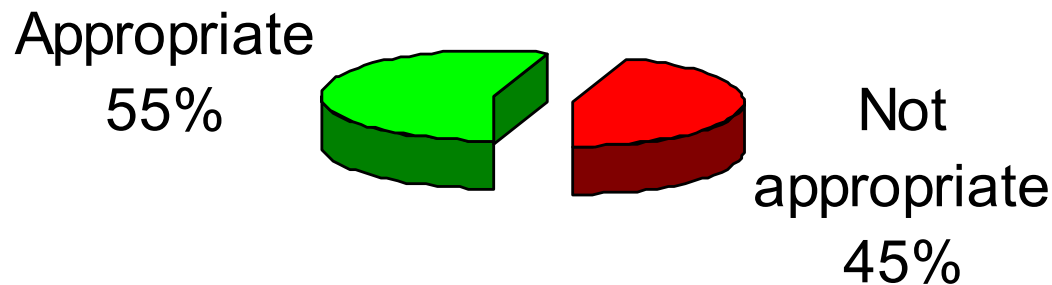
## PATIENTS OFF TREATMENT (n = 236)



## RISULTATI (2)

- 55% delle pazienti trattate rispettava lo standard di riferimento, sia per la indicazione, sia per il farmaco scelto

### PATIENTS ON TREATMENT (n = 196)

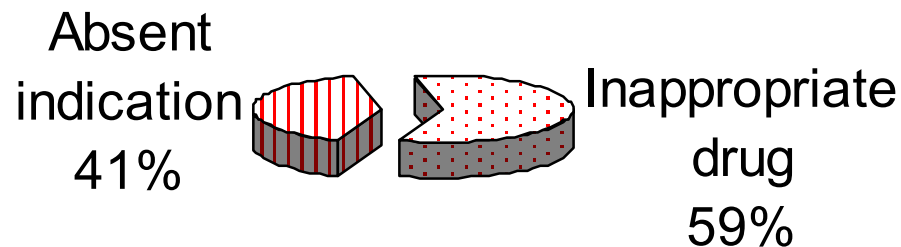


# RISULTATI (3)

- Del 45% delle pazienti trattate in modo inappropriato
  - 41% non aveva indicazioni (inappropriatezza in eccesso)
  - 59% assumeva farmaci inappropriati (clodronato i.m., calcio o vitamina D in monoterapia, neridronato)

## PATIENTS ON TREATMENT

Not appropriate (n = 88)



# LIMITI e INTERPRETAZIONE dei DATI

- Rimborsabilità SSN
- Tollerabilità
- Compliance  
(lunga durata dei trattamenti)

# CONCLUSIONI (1)

Il nostro audit clinico dimostra che un numero elevato di donne con osteoporosi post-menopausale:

- non aveva ricevuto prescrizione farmacologica nonostante fosse appropriata  
*oppure*
- ha ricevuto un farmaco inappropriato

# CONCLUSIONI (2)

- Considerato l'impatto sociale ed economico dell'osteoporosi, le organizzazioni sanitarie, nell'ambito dei progetti di governo clinico, devono misurare l'appropriatezza dei trattamenti e migliorarla quando inadeguata



# RIFLESSIONI FINALI

- I progetti presentati configurano quello che si potrebbe definire “governo clinico”
- Progetti di questo genere sono utili e dovrebbero esistere per tutti i settori ove questo è possibile
- E' opportuno che, laddove gli obiettivi siano in prevalenza clinici, questi progetti siano coordinati dai clinici
- La presenza delle Direzioni Sanitarie è obbligatoria
- E' necessario coinvolgere sin dall'inizio del progetto rappresentanti di TUTTI coloro che sono interessati dal progetto
- In questo modo i risultati positivi non sono garantiti ma diventano più probabili