

INDICATORI PER LE CURE SANITARIE:

basi concettuali, revisione collezioni
e sintesi indicatori per le cure primarie
delle condizioni croniche

Documenti dell'Agenzia Regionale
di Sanità della Toscana

Sede Legale

Villa Fabbricotti
Via Vittorio Emanuele II, 64
50134 Firenze

Osservatori

Viale G. Milton, 7
50129 Firenze

Epidemiologia

osservatorio.epidemiologia@arsanita.toscana.it

Qualità

osservatorio.qualita@arsanita.toscana.it

Centro Documentazione

centrodocumentazione@arsanita.toscana.it

Centralino: 055 462431

Fax Sede Legale: 055 4624330

Fax Osservatori: 055 4624345

www.arsanita.toscana.it

INDICATORI PER LE CURE SANITARIE

Dai dati agli indicatori



Revisione
di alcune importanti collezioni
ed esperienze



Indicatori di qualità
per le cure primarie
delle condizioni croniche





Indicatori per le cure sanitarie:

basi concettuali, revisione collezioni
e sintesi indicatori per le cure primarie
delle condizioni croniche

Collana dei *Documenti ARS*

Direttore responsabile: Eva Buiatti

Registrazione REA Camera di Commercio di Firenze N. 562138

Iscrizione Registro stampa periodica Cancelleria Tribunale di Firenze

N. 5498 del 19/06/2006

ISSN 1970-3244

Indicatori per le cure sanitarie:

basi concettuali, revisione collezioni
e sintesi indicatori per le cure primarie
delle condizioni croniche

Coordinamento

Paolo Francesconi Responsabile
Area Epidemiologia geriatrica
e dei servizi sanitari territoriali
ARS – Toscana

Autori

Rosalba Calderoni Area Epidemiologia geriatrica
e dei servizi sanitari territoriali
ARS – Toscana

Paolo Francesconi Responsabile
Area Epidemiologia geriatrica
e dei servizi sanitari territoriali
ARS - Toscana

Supporto statistico

Rosa Gini Area Epidemiologia geriatrica
e dei servizi sanitari territoriali
ARS - Toscana

Si ringrazia Elena Marchini (ARS – Toscana) per aver collaborato all'elaborazione dei file
e all'impaginazione ai fini della stampa tipografica.



Indice

Prefazione	1
Capitolo 1. Dai dati agli indicatori	3
	3
1.1. Classificazione	4
1.2. Pro e contra indicatori di processo professionale e di esito	5
1.3. Gli attributi desiderabili degli indicatori	7
1.4. Le fonti dei dati	11
1.5. Potenziali usi delle misure di qualità	11
1.6. Selezionare le misure	14
1.7. Interpretare le misure	15
1.8. I metodi di sviluppo e applicazione degli indicatori di qualità	15
1.9. Conclusioni	19
Capitolo 2. Indicatori di qualità per i servizi sanitari: revisione di alcune importanti collezioni e esperienze	21
2.1. Indicatori del <i>National Quality Measures Clearinghouse</i>	21
2.2. Gli indicatori ACOVE-3	26
2.3. Indicatori del Quality and Outcome Framework.	28
2.4. Il P.I.C.E.N.U.M. Study	32
2.5. Indicatori ARS	34
Capitolo 3. Indicatori di qualità per le cure primarie delle condizioni croniche: sintesi delle principali esperienze	37
3.1. Introduzione	37
3.2. Scopenso	40
3.3. Diabete	82
3.4. BPCO	119
3.5. Ipertensione	133





Prefazione

Il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria è oggi una questione fondamentale dei sistemi sanitari nazionali e regionali. La ricerca della qualità implica, tra l'altro, il coinvolgimento dei professionisti in processi di miglioramento finalizzati ad aumentare la coerenza, in regime di economia, dei servizi sanitari con le attuali conoscenze scientifiche e, di conseguenza, la probabilità di raggiungere i risultati di salute desiderati. L'attenzione sulla qualità dell'assistenza sanitaria si è fino a poco tempo fa concentrata sulle cure ospedaliere, sia per la disponibilità di dati correnti, sia per gli elevati costi, sia per l'interesse pubblico verso le prestazioni sanitarie a più alto contenuto tecnologico. D'altra parte, la nuova centralità che, a trenta anni dalla dichiarazione di Alma Ata, il crescente carico di malattie croniche ha ridato alle Cure Primarie, insieme alla percezione che la gestione delle condizioni croniche non sia del tutto coerente con le attuali evidenze scientifiche, sta da poco facendo estendere l'attenzione sulla qualità delle cure a questo fondamentale settore dell'assistenza sanitaria.

Lo sviluppo di strumenti e metodi per misurare la qualità dell'assistenza è intuitivamente un elemento fondamentale di tutti i processi di miglioramento. Nel corso delle ultime decadi, si sono pertanto verificate numerose iniziative finalizzate allo sviluppo, alla raccolta e all'applicazione d'indicatori per la misurazione della qualità dell'assistenza sanitaria, in termini di struttura, di processo e di esito, inizialmente focalizzate sulle cure ospedaliere e in seguito anche sulle Cure Primarie. Basti pensare che il *National Quality Measures Clearinghouse*, un database "navigabile" per la raccolta e la diffusione d'indicatori *evidence-based* sviluppati primariamente ma non esclusivamente negli Stati Uniti e nel Regno Unito, sostenuto dall'*Agency for Healthcare Research and Quality* degli Stati Uniti, mette attualmente a disposizione oltre 1.400 indicatori accuratamente selezionati in base a criteri di inclusione predefiniti.



Scopo di questa pubblicazione è fornire alcune informazioni a nostro avviso utili per chi intenda utilizzare indicatori sull'assistenza sanitaria come elemento fondamentale per processi di miglioramento della qualità.

Nel primo capitolo di questa pubblicazione intendiamo fornire alcuni elementi concettuali di base cercando di rispondere alle seguenti domande: cosa è un indicatore, quali categorie di indicatori esistono, quali ne sono i principali attributi, quali sono le fonti dei dati utilizzabili per il loro calcolo, per cosa possono essere utilizzati, come possono essere sviluppati, selezionati e interpretati.

Nel secondo capitolo, descriviamo innanzitutto due fondamentali raccolte d'indicatori di qualità dei servizi sanitari: il citato *National Quality Measures Clearinghouse*, il più vasto archivio d'indicatori selezionati, e il progetto *Assessing Care of Vulnerable Elders*, una vasta raccolta d'indicatori con focus specifico sugli anziani. In seguito e presentiamo due rilevanti esperienze: gli indicatori del *Quality and Outcome Framework*, ricompresi nel *New General Medical Service Contract* del Regno Unito, e gli indicatori selezionati dal P.I.C.E.N.U.M. Study, un'esperienza di un gruppo italiano di medici di medicina generale. Infine, descriviamo il portale d'indicatori sulla qualità dell'assistenza agli anziani "ISA65+" sviluppato e gestito dall'Agenzia Regionale Sanitaria della Toscana.

Infine, nel terzo capitolo, a titolo esemplificativo, presentiamo in forma sintetica gli indicatori presenti nel NQMC per la valutazione della gestione di quattro importanti condizioni croniche – diabete, ipertensione, scompenso cardiaco, malattia polmonare cronica ostruttiva – ed una selezione di questi valutandone la sovrapposizione con i set di indicatori sviluppati QOF, PICENUM, ARS-ISA65+, ed indicandone la calcolabilità sulla base dei flussi sanitari correnti attualmente disponibili in alcune Regioni dell'Italia.

Paolo Francesconi



1. Dai dati agli indicatori

Un dato diviene un'informazione quando modifica la probabilità delle decisioni. Gli indicatori sono informazioni sintetiche che consentono una valutazione di fenomeni anche complessi e forniscono gli elementi necessari a orientare le decisioni. La definizione d'indicatore, infatti, sottende diversi elementi concettuali che superano la semplice nozione di dato inteso come rilevazione di una variabile (Rapporto ISTISAN, 2004). In primo luogo, un indicatore si caratterizza per l'alto contenuto informativo della variabile che è rilevata tanto che può permettere di descrivere un fenomeno e le sue modificazioni nel tempo (in momenti diversi) e nello spazio (tra realtà diverse) in modo riproducibile e accurato. Ciò in altri termini significa misurare. Altra importante prerogativa di un indicatore è il suo ruolo nel processo decisionale. Infatti, la definizione di una misura implica un chiarimento degli obiettivi perseguiti e l'espressione più o meno esplicita della volontà di cambiamento di quanto misurato. D'altra parte ogni cambiamento dovrebbe essere preceduto da una misura del fenomeno che si intende modificare.

Una definizione degli indicatori di qualità non può peraltro prescindere dalla definizione di qualità delle cure. Se per qualità intendiamo il grado in cui i servizi sanitari sono coerenti con le attuali evidenze scientifiche e, conseguentemente, aumentano la probabilità di raggiungere i risultati di salute desiderati, allora gli indicatori di qualità misurano appunto il livello di adesione alle evidenze scientifiche (indicatori di processo) e di raggiungimento degli obiettivi di salute (indicatori di esito). Gli indicatori di qualità sono dunque strumenti che consentono di quantificare la qualità di un particolare aspetto della cura attraverso un confronto con un criterio. Tali caratteristiche contribuiscono a distinguere un indicatore, particolarmente un indicatore di processo, da una linea guida, un criterio di revisione o uno standard. In sintesi, le linee guida indicano "la cosa corretta da fare", gli indicatori misurano in quale proporzione di casi "è fatta la cosa corretta", i criteri di revisione e gli standard operazionalizzano gli indicatori indicando

rispettivamente i criteri per decidere se la “cosa corretta è stata fatta oppure no” e la proporzione raccomandabile di casi in cui “dovrebbe essere fatta la cosa corretta”. Gli indicatori non forniscono risposte definitive, ma evidenziano i potenziali problemi da affrontare, usualmente evidenziati da outliers statistici o dalla percezione di un’inaccettabile variazione nella cura. La gran parte degli indicatori è stata sviluppata per valutare/migliorare la cure ospedaliere, anche se vanno sviluppandosi in modo crescente misure di qualità per le cure primarie.

1.1. Classificazione

Si deve a Donabedian (1990) la classificazione degli assi della qualità in struttura, processo ed esito che costituiscono conseguentemente i principali “domini” degli indicatori di qualità.

Indicatori di Struttura: sono caratteristiche organizzative di una struttura sanitaria o di un singolo operatore, rilevanti per la capacità di fornire assistenza sanitaria. A titolo esemplificativo, gli indicatori di struttura misurano le risorse disponibili in termini di personale, attrezzature, edifici e finanziamenti. Tale dominio include più in generale anche le strategie di governo quali, ad esempio, la redazione e l’aggiornamento di linee guida, la presenza di un sistema premiante e di un sistema informativo orientato alla qualità, la disponibilità di registri di patologia per la gestione delle condizioni croniche.

Indicatori di Processo: valutano un servizio di assistenza sanitaria prestata a un paziente. Possiamo distinguere indicatori di processo organizzativo e di processo professionale. I primi (processo organizzativo) misurano i volumi di prestazioni (e.g. ricoveri, giornate di degenza, visite ambulatoriali); i tempi di attesa per le prestazioni; il coordinamento e l’integrazione delle prestazioni; la continuità dell’assistenza; l’appropriatezza generica (livello di effettuazione della prestazione, appropriato uso delle risorse); le attività di supporto (e.g. attività rivolte alla valutazione ed al miglioramento della qualità, rilevazione di indicatori). I secondi

(processo professionale) misurano l'appropriatezza specifica delle decisioni d'intervento, la correttezza di esecuzione, la tempestività e precocità delle prestazioni, i comportamenti dei professionisti. Notiamo che l'appropriatezza specifica, poiché applicazione di prestazioni efficaci per le persone o nelle situazioni e nei tempi per cui sono indicate alla luce delle evidenze scientifiche e/o, in subordine, del consenso professionale, è un requisito che deve precedere quello di appropriatezza generica poiché altrimenti si rischierebbe di attuare, anche se in modo efficiente, prestazioni inutili o dannose. Gli indicatori di processo professionale sono spesso utilizzati per valutare l'aderenza alle raccomandazioni concernenti la pratica clinica basata sulle prove di evidenza o sul consenso.

Indicatori di Esito: misurano lo stato di salute di un paziente derivante dall'assistenza sanitaria. Le potenzialità di valutazione della qualità delle cure da parte di una misura di esito sono direttamente correlate all'influenza dei servizi di assistenza sanitaria sulle probabilità degli esiti di salute desiderati. Misure di qualità basate sugli esiti riflettono l'impatto complessivo di più processi di cura e possono suggerire specifiche aree di cura che richiedono un miglioramento della qualità, ma altre indagini sono in genere necessarie per determinare le specifiche strutture o processi che devono essere modificati. Sono esiti finali di salute la riduzione della sofferenza, della disabilità, degli anni di vita potenziali persi per mortalità prematura e, per gli interventi preventivi, la diminuzione dell'incidenza delle malattie. Sono esiti intermedi alcune modificazioni biologiche (e.g. riduzione dell'ipertensione arteriosa) o modificazioni comportamentali (e.g. riduzione dell'abitudine al fumo) sicuramente o probabilmente associati con gli esiti finali.

1.2. Pro e contra degli indicatori di processo professionale e di esito

Alcuni tra i principali vantaggi degli indicatori di esito rispetto a quelli di processo sono la loro maggiore importanza per i pazienti e per i cittadini e la conseguente necessità sotto il profilo deontologico del loro utilizzo, la loro potenzialità

applicativa anche in assenza di accordo sul soggetto dei processi o di dubbia relazione tra i processi e gli esiti. Tali indicatori sono, inoltre, di utilità nella formulazione di un giudizio sulla qualità dell'assistenza basato su di una modalità di valutazione implicita (assenza di criteri e indicatori di qualità precisamente formulati) e nella comprensione delle differenze tra l'efficacia pratica e quella sperimentale.

Tra i limiti degli indicatori di esito vi è, d'altra parte, la necessità di prolungati tempi di monitoraggio dato il tardivo verificarsi di molti esiti e di campioni più grandi data la rarità di alcuni eventi la cui frequenza risulta pertanto difficilmente stimabile. Il principale limite di una misura di esito è comunque rappresentato dal basso rapporto segnale/rumore: un esito è il risultato non soltanto della qualità delle cure ma di molteplici fattori né vi è piena corrispondenza tra la qualità delle cure e quella dell'esito sortito. E' inoltre necessario per una corretta interpretazione degli esiti procedere ad un aggiustamento per i fattori di confondimento (quali la gravità della condizione in esame, condizioni socioeconomiche e il grado di adesione al trattamento) che si presenta complesso data l'indisponibilità per la maggior parte delle condizioni di strumenti condivisi di aggiustamento. L'utilizzo degli esiti può indurre un senso di stigmatizzazione istituzionale, la sensazione di una condizione che viene ad essere marcata come cattiva, senza che venga espresso quale è il problema. Quando gli esiti sono utilizzati per valutare le prestazioni dei singoli medici sorgono ulteriori problemi. In primo luogo, i risultati sono meno precisi di quello che sono a livello istituzionale. Inoltre l'esito sintetizza tutti i processi ricevuti da parte del paziente e perciò riflette le attività di molti medici e servizi di supporto.

Gli indicatori di processo sono relativamente di più facile interpretazione e permettono una più agevole individuazione degli interventi migliorativi. Essi sono di solito più accettabili da parte dei professionisti sanitari. Chiaramente i processi selezionati devono comprendere principi di cura validi e scientificamente accettati, ma ciò non è sufficiente: devono altresì essere importanti. Ciò perché il rapporto

costo/opportunità nel migliorare alcuni processi può superare i contingenti guadagni o peggio ancora, i providers possono impegnarsi nel monitoraggio dei processi a scapito di coloro che non sono monitorati. Inoltre l'assenza di stigmatizzazione che si traduce in una esortazione al miglioramento anziché in un giudizio rende più facile e più naturale il miglioramento del processo di cura del tentativo di screditare la misura. Le misure di processo sono di maggiore utilità rispetto agli esiti quando l'evento avverso contingente è marcatamente ritardato (come ad esempio il mancato monitoraggio dei pazienti con diabete per la proteinuria). Infine uno degli elementi di maggior vantaggio che tali misure presentano consiste nell'instaurazione di una più ampia azione. Infatti le misure di processo incoraggiano l'azione di tutte le organizzazioni o di tutti gli individui con margini di miglioramento e non già di una piccola proporzione di isolati. Inoltre, le organizzazioni non faranno difetto contemporaneamente in tutte le dimensioni della qualità, ne vi è alcuna necessità di produrre, attraverso criteri, una misura di sintesi: infatti le iniziative di miglioramento devono essere mirate dove siano più necessarie.

Tra i principali svantaggi degli indicatori di processo vi è quello che può mancare una soddisfacente dimostrazione del loro collegamento con gli esiti e che l'esigenza di aggiornamento è maggiore che per gli indicatori di esito. Inoltre le misure di processo non sono immuni ai bias relativi al case mix che insorge quando un clinico o una istituzione si prende cura di pazienti più malati di altri. Ciò avviene perché per i pazienti più malati è più alta la probabilità di errori clinici di processo (sia di omissione che di commissione).

1.3. Gli attributi desiderabili degli indicatori

Gli attributi desiderabili di un indicatore possono essere raggruppati secondo tre ampie aree concettuali 1) l'importanza dell'indicatore; 2) la solidità scientifica; 3) la fattibilità di una misura.

Importanza dell'indicatore: l'indicatore, oltre che pertinente rispetto al fenomeno che intende misurare, deve essere rilevante per le parti interessate (ad esempio, le aziende, i medici ed i pazienti) e importante per la salute in termini di carico di malattia (effetto sulla mortalità e sulla morbilità) del fenomeno oggetto della misurazione. Tra le proprietà della misura che contribuiscono alla sua importanza vi è la possibilità del suo utilizzo per la valutazione dell'equa distribuzione delle cure sanitarie (stratificazione o analisi per sottogruppi), ed il suo potenziale di miglioramento (necessità della misura giustificata dalla qualità scadente o variazioni di qualità tra organizzazioni). Inoltre la misura deve essere suscettibile di essere influenzata dal sistema sanitario. Infine, l'indicatore deve poter essere inserito nell'ambito di un processo decisionale ovvero deve sussistere la possibilità che i diversi valori assunti dall'indicatore comportino scelte diverse. Da qui l'importanza che ogni indicatore sia accompagnato da una soglia ossia un valore di riferimento tale che se il valore osservato è più alto o più basso ci s'impegna ad approfondire l'analisi dei risultati e nel caso in cui il fenomeno sia reale ad assumere delle decisioni finalizzate a interventi correttivi.

Solidità scientifica: si articola nella chiarezza delle evidenze a sostegno della misura e nella loro forza. Nel caso degli indicatori di processo professionale, la fondatezza scientifica consiste nella prova del collegamento tra processo in esame ed esiti mentre, per gli indicatori di esito, consiste nella prova dell'influenza sugli esiti degli interventi in esame. Altra proprietà di pertinenza di quest'attributo è la validità. Alcune misure producono risultati meno validi di altre. La validità dei risultati si basa su come è costruita la misura e se risponde allo scopo prescelto dall'utilizzatore. In particolare, nel caso dell'adozione di una misura già disponibile, si dovrebbe considerare quanta corrispondenza vi sia tra l'uso che si

I 5 QUESITI SULLA VALIDITÀ

1. QUANTO È FORTE L'EVIDENZA SCIENTIFICA A SUPPORTO DELLA VALIDITÀ DELLA MISURA?
2. IL RISULTATO DELLA MISURA È SOTTO IL CONTROLLO DI COLORO CHE SONO VALUTATI?
3. TUTTI GLI INDIVIDUI DEL DENOMINATORE SONO EGUALMENTE ELEGGIBILI PER L'INCLUSIONE NEL NUMERATORE?
4. IN CHE MISURA LE SPECIFICAZIONI DELLA MISURA "CATTURANO" L'EVENTO OGGETTO DI MISURA?
5. LA MISURA PREVEDE UN EQUO CONFRONTO DELLA PERFORMANCE DEI PROVIDERS, DELLE STRUTTURE, DEI PIANI DI SALUTE, O DELLE AREE GEOGRAFICHE?

Dal National Quality Measures Clearinghouse

intende fare della misura e l'uso che era inteso da chi la ha sviluppata. Nel processo di sviluppo degli indicatori in letteratura sono definite la *face validity* (validità apparente) ossia l'impressione, separatamente per gli esperti e per gli utilizzatori,

che l'indicatore fornisca dati rilevanti capaci di descrivere il fenomeno in questione (consenso raccolto sull'indicatore) e la *content validity* (evidenza a sostegno dell'indicatore). Tale definizione presuppone un giudizio esterno sulla capacità di un indicatore di rispecchiare il fenomeno che intende descrivere. Dal punto di vista della rilevazione della misura, la validità (associazione della misura con ciò che essa intende misurare) è invece da intendersi come proprietà intrinseca che si articola nella riproducibilità e nell'accuratezza. La riproducibilità è il grado di accordo tra valori dello stesso fenomeno rilevati da osservatori/rilevatori diversi (riproducibilità tra osservatori) o dallo stesso osservatore in tempi diversi (riproducibilità entro osservatori). Per accuratezza si intende il grado di accordo del valore osservato con il valore vero. Senza riproducibilità vi è poca accuratezza anche se la riproducibilità è condizione necessaria ma non sufficiente. Infatti i giudizi possono essere omogenei e condivisi, ma tutti poco accurati.

Tra le proprietà intrinseche di un indicatore possiamo poi citare la possibilità di aggiustamento per i fattori relativi al paziente (stratificazione o aggiustamento per il case-mix), la comprensibilità per l'utente che agirà sulla base dei dati, la sensibilità al cambiamento (capacità di evidenziare i cambiamenti del fenomeno in studio nel tempo e nello spazio tra centri e soggetti diversi), la specificità per il fenomeno indagato (intesa nel contesto della valutazione della qualità professionale come la scarsa influenzabilità dell'indicatore da fattori estranei alla qualità stessa).

Fattibilità: una misura per rispondere a quest'attributo dovrebbe avere esplicite e dettagliate specifiche per il numeratore e denominatore; i requisiti per la raccolta dei dati dovrebbero essere comprensibili e attuabili. Inoltre i dati dovrebbero essere disponibili, la loro fonte accessibile, la loro rilevazione tempestiva ai fini di permettere decisioni nei tempi opportuni e completa. Anche i costi di estrazione e di raccolta dei dati dovrebbero essere tenuti in considerazione e giustificati dal potenziale di miglioramento nella cura.



1.4. Le fonti dei dati

Le principali fonti di dati disponibili ai fini della costruzione di indicatori sono le fonti demografiche (e.g. Istituto Nazionale di Statistica, Registri di Mortalità); i flussi sanitari correnti anche se a scopo prevalentemente amministrativo (e.g. le Schede di Dimissione Ospedaliera, le Schede di Prestazione Farmaceutica); le cartelle cliniche; rilevazioni ad hoc mediante moduli, questionari od osservazioni apposite. I dati amministrativi sono di solito facilmente disponibili in formato elettronico e relativamente poco costosi, mentre i dati derivanti dalle cartelle cliniche, anche se più ricchi di dettagli, sono costosi e richiedono personale e metodi di estrazione di dati time-intensive. Quali e quanti dati saranno ricavabili dal sistema informativo, dipende, oltre che dal problema in esame, anche dallo sviluppo del sistema informativo e dalla qualità dei dati da esso rilevati.



1.5. Potenziali usi delle misure di qualità



Misure di qualità sono utilizzate per tre scopi generali: il miglioramento di qualità, l'*accountability* e la ricerca.

Miglioramento della qualità.

Le misure di qualità possono essere utilizzate sia per il miglioramento all'interno di un'organizzazione sanitaria (miglioramento interno della qualità) o tra istituzioni o sistemi di cura (miglioramento esterno della qualità). L'uso delle misure per il miglioramento della qualità prevede di base tre fasi:

1. Identificazione dei problemi e delle opportunità di miglioramento.
2. Selezione delle misure appropriate e loro utilizzo per ottenere una valutazione al *baseline* delle pratiche attuali.
3. Riutilizzo delle misure prescelte per rivalutare, monitorare e sostenere l'effetto dei tentativi di miglioramento sulle misure di performance.





I risultati al baseline della misura possono essere utilizzati per una migliore comprensione di un problema di qualità, fornire motivazioni per il cambiamento e fornire una base per il raffronto tra unità istituzionali e nel corso del tempo e per attribuire priorità ad alcune aree di miglioramento. I risultati di ripetute misurazioni di performance clinica possono essere utilizzati in programmi di miglioramento interno della qualità (per valutare se la performance è cambiata dopo che sono state attuate iniziative di miglioramento) e per il miglioramento esterno della qualità, in programmi gestiti da entità statali, regionali o sub-regionali (confronto o *benchmarking* tra organizzazioni simili). Questi enti possono coordinare i cicli di misurazione della performance clinica e la segnalazione della performance comparativa al fine di stimolare le istituzioni sanitarie ad intraprendere iniziative di miglioramento della qualità interna. L'audience usuale dei risultati di iniziative di miglioramento esterno della qualità sono le istituzioni partecipanti o i providers di cura all'interno delle istituzioni. Le agenzie esterne frequentemente raccolgono i dati delle misure di performance, verificano la loro accuratezza e riportano i risultati della qualità della performance in un formato che permette un confronto diretto dei providers. Le agenzie esterne possono anche fornire i risultati di benchmark al fine di incoraggiare i providers nello sforzo di attuazione del miglior livello di performance realizzabile.

Tra le iniziative per il miglioramento della qualità rientrano anche i percorsi assistenziali. In questa situazione gli indicatori possono essere utilizzati nella valutazione dell'applicazione delle singole raccomandazioni (indicatori di processo) e dell'impatto complessivo delle medesime (indicatori di esito). Il rilevamento dei dati sia prima sia dopo l'applicazione del percorso così come il loro confronto con quelli provenienti da realtà simili dove il percorso non sia stato introdotto permetterà di documentare l'impatto dell'iniziativa.



Accountability

Impieghi delle misure di qualità al fine di responsabilità (accountability) includono il processo decisionale del committente e/o del consumatore, l'accreditamento e la supervisione esterna della qualità.

Sebbene tale uso delle misure possa essere considerato del tutto simile a quello diretto al miglioramento esterno della qualità, cosa che rende possibile il loro utilizzo da parte delle organizzazioni per entrambi gli scopi, i requisiti di validità e affidabilità richiesti nell'uso delle misure ai fini di responsabilità sono più elevati. Ciò richiede che ogni providers raccolga i dati nello stesso modo mediante standard e specifiche dettagliate, così garantendo confronti chiari e il reale raggiungimento di una predefinita misura di performance.

L'audience usuale per i dati di responsabilità è costituita da soggetti diversi da quelli che forniscono le cure come committenti di assistenza sanitaria, i contribuenti o pazienti: essi utilizzeranno i risultati per confrontare i gruppi di providers, selezionare i providers sulla base dei livelli di performance in aree prioritarie della pratica clinica e dei servizi destinati ai consumatori o stabilire ricompense finanziarie. Oltre a questo principale uso, misure di responsabilità possono essere utilizzate dai providers per l'attuazione di programmi di miglioramento interno della qualità.

Ricerca

Il principale utilizzo delle misure di qualità nel campo della ricerca è inteso a sviluppare e produrre nuove conoscenze sul sistema sanitario generalizzabili a numerosi settings e utili nell'impostazione della politica sanitaria. La ricerca sulla qualità della cura è spesso finalizzata alla valutazione dei programmi e dell'impatto dei cambiamenti della politica sulla qualità dell'assistenza sanitaria. Rispetto al loro utilizzo per altri scopi, l'uso di misure di qualità per scopi di ricerca può richiedere un campione di dimensioni più grandi, orizzonti temporali più ampi, una raccolta di dati più dettagliata, la fusione di più fonti di dati ed analisi più

complesse. Tuttavia le misure di qualità applicate per altri scopi stanno diventando sempre più utili in un contesto di ricerca.

1.6. Selezionare le misure

Il primo elemento da identificare nella selezione di una misura di qualità è lo scopo della misura e l'uso che si intende farne (miglioramento della qualità, determinazione di responsabilità, ricerca o più probabilmente per un insieme di queste ragioni). Nel processo di selezione di una misura è fondamentale l'individuazione di priorità ed il bilanciamento delle differenti prospettive ed aspettative degli stakeholders (le parti interessate). I professionisti tendono a focalizzarsi sugli standards professionali, gli esiti di salute e sull'efficienza. I pazienti spesso riferiscono la qualità ad un atteggiamento di comprensione, capacità di comunicazione ed alle prestazioni cliniche. Il punto di vista dei dirigenti è influenzato dai dati sull'efficienza, la soddisfazione dei pazienti, l'accessibilità delle cure e sempre più agli esiti. A parità di aspetti della cura valutati, l'indicatore potrà essere valorizzato diversamente; per esempio i professionisti ed i dirigenti valuteranno probabilmente l'efficienza in modo diverso. Secondariamente alla definizione dell'obiettivo occorre valutare se la misura possiede gli attributi auspicabili, come indicato dalle aree concettuali di importanza, solidità scientifica, fattibilità, quali sono le fonti di dati disponibili, quale il setting di cura ed i soggetti valutati, appropriatezza del dominio selezionato ai fini della produzione di dati appropriati all'uso.

Infine per rendere affidabili le valutazioni di qualità si rende necessario stabilire una adeguata modalità di confronto. Per esempio una organizzazione che intenda valutare le proprie prestazioni in relazione ad un uno standard prescrittivo dovrà selezionare le misure per le quali sono disponibili gli standards prescrittivi.



1.7. Interpretare le misure di qualità.

Le misure di qualità spesso comportano il riepilogo sulle cure sanitarie fornite a molti pazienti e l'espressione dei risultati sotto forma di tasso, rapporto, distribuzione di frequenza o score per una performance media. E' difficile interpretare il risultato delle misure di qualità senza uno standard di confronto che consenta il paragone. I differenti tipi di confronto sono: esterno rispetto a simili providers in un singolo momento temporale; esterno rispetto a simili providers nel corso del tempo, comparazione interna nel tempo (il confronto dei punteggi prima e dopo i tentativi di miglioramento) e verso standard prescrittivi.

1.8. Metodi di sviluppo e applicazione degli indicatori di qualità.

Il processo di sviluppo di indicatori di qualità può talvolta seguire un approccio piuttosto empirico che non sistematico, basandosi sui dati e sulle vicende critiche della vita reale invece che sulle evidenze. Nonostante la potenziale utilità di indicatori così originati numerosi sono i consensi ricevuti da quelli invece basati direttamente sull'evidenza scientifica.

Vi sono, tuttavia, molti aspetti dell'assistenza sanitaria per i quali l'evidenza scientifica si presenta limitata. In tali casi, può risultare di utilità una integrazione delle conoscenze esistenti con l'esperienza clinica che risulta in un approccio di sviluppo sistematico di combinazione dell'evidenza con il consenso. Tale metodologia introduce un fattore soggettivo relativo all'interpretazione dell'evidenza che rende difficile il raggiungimento del consenso e che necessita per essere gestito di metodi rigorosi e riproducibili per la valutazione del livello di accordo.

Le tecniche finalizzate al raggiungimento del consenso sono tecniche di facilitazione che esplorano il livello di consenso tra gruppi di esperti sintetizzando e chiarificando la loro opinione al fine di derivare una opinione condivisa. Le



opinioni professionali condivise sono preferibili ai giudizi individuali che sono meno coerenti e più soggetti a bias personali ed alla mancanza di riproducibilità.

Vi sono numerose tecniche, che utilizzano una procedura ripetuta di valutazione del consenso, inclusa la tecnica Delphi e il metodo RAND e gli indicatori orientati secondo le linee guida.

La tecnica Delphi

La tecnica Delphi è un metodo interattivo strutturato che consiste nella ripetuta somministrazione di questionari anonimi (di solito su 2 o 3 turni postali) con un feed-back individuale dei risultati. L'approccio rende possibile la consultazione di un largo gruppo di popolazione geograficamente dispersa consentendo la valutazione di un ampio numero di scenari in un breve periodo di tempo. Il fatto di evitare l'incontro tra i membri del gruppo può impedire che le opinioni degli individui si influenzino reciprocamente. Tuttavia, il processo di organizzazione del gruppo e particolarmente il feedback individuale può essere resource intensive. Inoltre la mancanza di discussione impedisce il dibattito sulle opinioni potenzialmente differenti. La procedura Delphi è stata utilizzata per sviluppare indicatori prescrittivi, gestionali, relativi alle prospettive del paziente e del medico di medicina generale sulle malattie croniche e su quelle cardiovascolari.

Il metodo RAND dell'appropriatezza

Questo è l'unico metodo basato sul giudizio di gruppo che sistematicamente e quantitativamente combina l'opinione degli esperti e l'evidenza scientifica. Esso si articola in una revisione sistematica di letteratura, nel voto di una panellist cui segue la discussione ed infine il nuovo voto sugli indicatori. Esso inoltre si caratterizza per un giudizio sulla fattibilità della raccolta dei dati.

I punti di forza di questo metodo consistono nella possibilità di discussione all'interno della panellist e nella conservazione della potenziale informazione data l'impossibilità dello scarto degli indicatori tra i turni di voto; inoltre l'invio ai membri della panellist di una copia della revisione di letteratura sistematica in aggiunta al catalogo degli indicatori aumenta per gli esperti le opportunità di

fondare le proprie opinioni sull'evidenza scientifica. Infine l'utilizzo di un più elevato punto di cut-off per la determinazione del consenso all'interno del panel aumenta la riproducibilità del giudizio.

Tuttavia, per ragioni pratiche, i panels dovranno essere inevitabilmente più piccoli di quelli Delphi, gli utenti/pazienti sono raramente coinvolti, le implicazioni dei costi non sono prese in considerazione nei giudizi e gli indicatori sono limitati alla cura clinica. Un altro limite insito nella discussione può essere ravvisato nella potenziale influenza da parte di personalità dominanti sugli altri componenti della panellist, sebbene ogni giudizio espresso abbia lo stesso peso indipendentemente dal contributo alla discussione.

Indicatori orientati secondo le linee guida

Gli indicatori basati su linee guida cliniche sono stati sviluppati e ampiamente diffusi dal NHS nel Regno Unito per quattro importanti condizioni cliniche: diabete, malattia cardiaca coronarica, asma e depressione.

I criteri di review sono derivati da almeno una linea guida clinica, utilizzando domande strutturate ed il feedback per testare la validità apparente e la validità di contenuto come anche la fattibilità dei criteri con un panel di medici di medicina generale. Sono utilizzati due principi di selezione: l'importanza nella qualità delle cure e la fattibilità del monitoraggio. I criteri di revisione derivati dalla linea guida per la pratica clinica sono ora parte della politica del NHS in Inghilterra e Galles attraverso il lavoro del National Institute of Clinical Excellence (NICE).

Ogni sommario relativo alle linee guide pubblicato è accompagnato da un set di criteri di revisione che sono da utilizzarsi da parte dei teams clinici, ed i risultati sono valutati esternamente da Commission for Health Improvement.

I criteri NICE sono sviluppati utilizzando una procedura reiterata di determinazione del consenso per lo sviluppo di indicatori sulla base dell'impatto delle raccomandazioni delle linee guida sugli esiti di cura (tabella 1)

Table 1 Guideline driven indicators developed using an iterated consensus rating procedure

	Aim	Undertaken by	Criteria used
Round 1: Pre-selection	Selecting key recommendations	Small group of quality indicators developers (1–3 persons)	Outcome of care: <ul style="list-style-type: none">• Patients' health (morbidity, mortality, health status)• Cost
Round 2: Rating and adding	Rating and adding key recommendations	Expert panel (8–10 persons)	<ul style="list-style-type: none">• Patients' health• Cost• Sensitivity to change• Availability of data• Kappa, rho
Round 3: Reliability	Determining inter- and intra-rater reliability	Expert panel for the rating Research team for the analyses	
Round 4: Potential indicators	Getting set of potential indicators	Research team	<ul style="list-style-type: none">• Cut off score: mean above mid of rating scale• Agreement among 80% of the panel members• Face validity
Round 5: Reflection	Acceptability of indicators	Research team Laymen professionals	

Alcuni studi si sono limitati alla prima fase della procedura. Altri studi utilizzano panels più ampi per valutare le raccomandazioni chiave. I progetti più recenti hanno completato tutte e cinque le fasi. Le misure derivate dall'utilizzo di panel di esperti e delle linee guida presentano un'alta validità apparente e quelli basati su rigorose evidenze possiedono una elevata validità di contenuto. Tuttavia questo dovrebbe essere per ogni misura di qualità il prerequisito su cui instaurare un successivo lavoro di sviluppo ai fini di assicurare, per quanto possibile, l'evidenza empirica di accettabilità, fattibilità, riproducibilità, sensibilità al cambiamento e validità predittiva.

Nella scelta e applicazione degli indicatori è necessario tenere in debita considerazione la loro origine. Gli indicatori derivati da un consenso informale che sottendono procedure con poca evidenza potrebbero essere utili come le linee guida educative. Tuttavia i migliori indicatori per la comunicazione con il pubblico, per l'uso nelle tavole di classifica o per ricollegarsi ad incentivi finanziari sono quelli basati soltanto sull'evidenza scientifica, per i quali le implicazioni derivanti dall'applicazione dell'indicatore ed ogni relativo giudizio deducibile circa i risultati possono essere predetti con confidenza. Gli indicatori messi a punto da esperti ben rispettati utilizzando un metodo sistematico potrebbero anche avere elevata credibilità quando utilizzati per lo sviluppo professionale.

1.9. Conclusioni

Se gli esiti sono specifiche misure di qualità, la gestione della performance imposta esternamente attraverso l'esito può non essere efficace. In tal caso le misure di processo possono rappresentare una valida alternativa. In un contesto ospedaliero, la determinazione di misure di processo necessita di risorse dal momento che attualmente richiede l'accesso alle note della cartella clinica, con notevole dispendio di tempo ed il coinvolgimento di uno staff comprensivo di esperti clinici. La registrazione elettronica dei dati dei pazienti e un aumento dell'informazione codificata in questi record potrebbero rendere il monitoraggio più facile. Peraltro i costi riguardanti la determinazione delle misure di processo dovranno essere comparati (in termini di benefici di salute) al miglioramento in qualità che risulta dalle iniziative conseguentemente poste in essere dai providers. In un setting ambulatoriale si prospetta una duplice possibilità di determinazione delle misure di processo, ossia attraverso i flussi sanitari correnti e i database ambulatoriali. I primi (dati amministrativi) sono caratterizzati dall'immediata disponibilità ed economicità, ma con potenzialità sicuramente inferiori rispetto ai secondi sia riguardo al numero dei processi per i quali è possibile l'analisi sia alla possibilità di quantificazione del livello delle variabili. Nell'ambito di un crescendo delle potenzialità organizzative del sistema di raccolta dei dati è inoltre possibile immaginare una raccolta ad hoc su specifici temi dell'assistenza a integrazione di quelli raccolti mediante i due precedenti modi. Tanto più questi sistemi di raccolta saranno strutturati, integrati e continui nel tempo, tanto maggiori saranno le potenzialità sviluppate dal sistema non solo nell'ambito della verifica della qualità dell'assistenza ma anche nel monitoraggio delle condizioni di salute della popolazione. Un sistema che integri l'informazione derivante dai flussi correnti con quelle dei database ambulatoriali permetterà inoltre, rispetto alla sola rilevazione dai flussi sanitari correnti, un controllo delle condizioni patologiche in un fase di minore gravità quando ancora le possibilità di intervento hanno un più ampio

marginale applicativo nonché la possibilità di insistere sugli aspetti preventivi piuttosto che su quelli terapeutici.

Nonostante che le misure di processo rappresentino il più adatto strumento per la gestione della performance, la misura degli esiti rimane importante ai fini di ricerca e particolarmente per generare ipotesi. Ad esempio, il semplice riscontro di un'associazione tra una variabile (come il rapporto tra personale e pazienti) e l'esito (come la mortalità) può essere sufficiente per una ulteriore inchiesta, anche quando la forza dell'associazione è bassa. I dati concernenti l'esito possono poi essere utilizzati come una forma di controllo del processo cosicché le istituzioni con bruschi cambiamenti di risultato o i cui esiti si discostano di grandi quantità (tre deviazioni standard o più rappresentano una soglia sensibile) possono essere ulteriormente indagate.

Da tutto ciò emerge l'importanza del continuo miglioramento dei metodi di sviluppo delle misure di qualità e della loro integrazione con i progressi dell'evidenza alla base delle cure sanitarie. Molte esperienze esistono già a livello nazionale ed internazionale ed è auspicabile che altrettanti progressi vengano compiuti nella ricerca sull'applicazione di indicatori e sulla loro affidabilità, validità, e sull'efficacia delle strategie per il miglioramento della qualità, ovvero sulla modalità di utilizzo degli indicatori ai fini del miglioramento delle cure e sul coinvolgimento dei professionisti e degli utenti dei servizi nello sviluppo ed uso di indicatori.

Bibliografia

1. P Morosini. Indicatori in valutazione e miglioramento della qualità professionale. Rapporti ISTISAN 04/29

2. <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/>

3. S M Campbell, J Braspenning, A Hutchinson, M Marshall. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Qual Saf Health Care* 2002;11:358-364

4. R J Lilford, C A Brown, J Nicholl. Use of process measures to monitor the quality of clinical practice. *BMJ* 2007;335:648-650

2. Indicatori di qualità per i servizi sanitari: revisione di alcune importanti raccolte e esperienze

In questo capitolo, descriviamo innanzitutto due fondamentali raccolte d'indicatori di qualità dei servizi sanitari: il *National Quality Measures Clearinghouse* il più vasto archivio d'indicatori selezionati, e il progetto *Assessing Care of Vulnerable Elders*, una vasta raccolta d'indicatori con focus specifico sugli anziani fragili. In seguito e presentiamo due rilevanti esperienze di utilizzo degli indicatori: gli indicatori del *Quality and Outcome Framework*, utilizzati nel *New General Medical Service Contract* del Regno Unito, e gli indicatori selezionati dal **P.I.C.E.N.U.M. Study**, un'esperienza di un gruppo italiano di medici di medicina generale. Infine, descriviamo il portale d'indicatori sulla qualità dell'assistenza agli anziani "ISA65+" sviluppato e gestito dall'Agenzia Regionale Sanitaria della Toscana.

Le fonti analizzate differiscono sia da un punto di vista quantitativo, ossia per il numero d'indicatori selezionati, che qualitativo. Infatti, diverse sono le esperienze e contesti da cui sono originate sia per quanto riguarda la fonte dei dati, sia per la metodologia utilizzata per il loro sviluppo sia infine per la diversa natura delle evidenze scientifiche su cui si fondano.

Ai fini della nostra sintesi si è ritenuto di inquadrare ogni indicatore considerato secondo le fonti informative necessarie al suo calcolo distinguendo gli indicatori in due grandi sottogruppi: quelli potenzialmente calcolabili sulla base dei flussi sanitari correnti e quelli invece potenzialmente calcolabili mediante i database ambulatoriali. Segue una breve descrizione dei set di indicatori analizzati.

2.1. Indicatori del *National Quality Measures Clearinghouse* (www.qualitymeasures.ahrq.gov/)

Il *National Quality Measures Clearinghouse* (NQMC) è un database "navigabile" per la raccolta e la diffusione di indicatori *evidence-based* di qualità della cura

sostenuto dalla *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) del *Department of Health and Human Services* degli Stati Uniti.

- *Criteri d'inclusione delle misure.*

Per essere incluso nel NQMC, un indicatore deve rispondere ai seguenti requisiti:

1. Deve affrontare alcuni aspetti delle cure fornite o indicate per persone che 1) ricevono o potrebbero ricevere cure da un provider individuale, un gruppo di provider o una struttura sanitaria; 2) sono definite dalla residenza in una determinata area geografica;

2. L'indicatore deve essere in uso corrente o attualmente in sperimentazione e deve essere la versione più recente se è stato rivisto.

3. L'ente che sottopone l'indicatore deve fornire una documentazione che includa almeno i tre seguenti elementi:

- Il rationale della misura, in altre parole una breve dichiarazione che descrive l'aspetto specifico dell'assistenza sanitaria, e i destinatari cui la misura si applica. Il rationale può anche includere la base di evidenza per la misura ed una spiegazione di come interpretare i risultati;
- Una descrizione del denominatore e del numeratore della misura (incluse le specifiche variabili per l'inclusione o l'esclusione dei casi);
- Le fonti dei dati della misura.

4. La misura deve riguardare almeno uno dei seguenti domini: processo, esito, accesso, esperienza, struttura, uso dei servizi, salute della popolazione.

5. Almeno uno di seguenti criteri deve essere soddisfatto e documentato:

- La misura è stata citata in uno o più report in un *peer review journal*, indicizzato in una *National Library of Medicine*;
- L'ente che sottopone la misura fornisce evidenze *peer-reviewed* documentate che valutano l'affidabilità (cioè il grado in cui la misura è libera da errore random) e la validità della misura (ossia il grado in cui la misura è associata a quanto pretende di misurare);

- La misura è stata sviluppata, adottata, adattata o avallata da un'organizzazione che promuove lo sviluppo e l'uso di misure di performance clinica, a livello internazionale, nazionale, regionale, o locale.

6. Per tutti gli indicatori, deve esserci un chiaro criterio di qualità (se due risultati derivati utilizzando la stessa misura differiscono, allora la documentazione che supporta la misura deve definire se il più elevato di questi risultati rappresenta un risultato di migliore o peggiore qualità rispetto al risultato più basso). Inoltre, deve esserci l'evidenza:

- Per le misure di esito, che la misura è stata utilizzata per rilevare l'impatto di uno o più interventi clinici;
- Per le misure di accesso, che esiste un'associazione tra la misura di accesso e gli esiti di cura;
- Per le misure di esperienza del paziente, che esiste un'associazione tra la misura dell'esperienza del paziente concernente l'assistenza sanitaria e i valori e le preferenze dei pazienti/ consumatori;
- Per le misure di struttura, che esiste un'associazione tra la misura di struttura ed uno degli altri quattro domini di qualità sopra elencati (ad esempio, processo, outcome, accesso e esperienza del paziente).

La documentazione a supporto della misura deve includere i seguenti tipi di evidenza:

- Uno o più studi di ricerca pubblicati su di un giornale *peer-reviewed*, indicizzato sulla *National Library of Medicine*;
- Una revisione sistematica di letteratura clinica;
- Una linea guida pratica clinica o altre sintesi *peer-reviewed* dell'evidenza clinica;
- Una procedura di consenso formale che coinvolge esperti in scienze cliniche, metodologiche ed organizzative;
- Focus groups.

Inoltre, a proposito delle misure di esperienza del paziente, l'evidenza dovrebbe includere *focus group* che coinvolgano pazienti. Per le misure di struttura, il panel di consenso dovrebbe poi includere altri rilevanti stakeholders.

7. Per le misure di performance clinica, i processi designati, l'esito, l'accesso, l'esperienza o la struttura devono essere in parte o sostanzialmente sotto il controllo dei sanitari, delle organizzazioni e/o dei decisori politici cui la misura si applica.

8. Per le misure di accesso, processo, esito ed esperienza, il denominatore deve essere ristretto alla popolazione eleggibile per il designato accesso, processo, esito o esperienza.

- *Modalità di ricerca.*

Per quanto attiene le modalità di ricerca, l'interfaccia del sito permette una ricerca di base, per parola chiave, ed una ricerca più raffinata che consente di specificare: la parola chiave, la malattia/condizione, il trattamento/intervento, il range di età, il genere, alcune fasce di popolazione vulnerabili, il setting di cura, i professionisti responsabili delle cure sanitarie, il livello più basso per il rilascio delle cure raggiunto, l'uso corrente della misura, le fonti di dati necessarie al calcolo dell'indicatore, i bisogni di cura che l'indicatore sottende secondo la classificazione seguita dall'Institute of Medicine, il dominio dell'indicatore definito secondo l'Institute of Medicine, l'ente responsabile dell'avvallamento dell'indicatore, la data di pubblicazione. E' possibile infine ordinare i risultati per rilevanza ed anno di pubblicazione.

Infine nella sottosezione "*Browse*" è possibile strutturare la ricerca secondo la correlazione del soggetto ricercato ad un particolare termine tratto dalla classificazione MeSH derivata dalla NLM. I concetti sono organizzati gerarchicamente con concetti più specifici (sub-concetti) disposti sotto concetti più ampi. In tal modo è possibile svolgere una ricerca per malattia/condizione, trattamento/intervento, dominio, organizzazione.

- *Organizzazione degli indicatori, view e confronto.*

All'interno del sito gli indicatori (ben oltre 1.400, di cui circa 1.000 strutturati secondo la classificazione MesH), per la gran parte di origine americana e inglese, sono organizzati secondo un modello di attributi sotto forma di abstract riassuntivo strutturato e standardizzato. Una sintesi completa di questi attributi sono sottoposti al *submitter* per la revisione e la verifica prima della pubblicazione. Sulla base dell'informazione contenuta nel modello degli attributi sono preparati otto possibili formati riassuntivi standard della misura: Breve riassunto, Riassunto completo, Full-text, XML, Palm Dowload, Word, Adobe PDF.

Il riassunto breve degli attributi chiave della misura include il titolo della misura, i riferimenti bibliografici alla documentazione della fonte, i domini, la descrizione, i componenti clinici primari, descrizione del denominatore e del numeratore, fonti di dati necessari per il denominatore ed il numeratore, informazione sul posizionamento gerarchico della misura, il riferimento a coloro che hanno sviluppato e presentato la misura, date di rilascio e di revisione, stato e disponibilità.

Nel sommario completo oltre agli attributi chiave della misura inclusi nel riassunto breve troviamo il riferimento alle evidenze a supporto della misura ed alla necessità della misura, informazioni sullo stato dell'uso, l'applicazione e l'uso corrente, le caratteristiche dei componenti clinici primari, la classificazione dell'Institute of Medicine (IOM), la raccolta di dati ed il calcolo della misura e la valutazione delle sue proprietà.

Un'intera sezione del sito è dedicata alla comparazione tra misure. Vi è, infatti, la possibilità di generare collezioni di misure cui attingere per una comparazione a fianco a fianco per qualsiasi combinazione di due o più misure.

2.2. Gli indicatori ACOVE-3 (<http://rand.org/health/projects/acove/acove3/>)

Sviluppati in collaborazione tra RAND Health e Pfizer Inc, nascono come revisione ed ampliamento di un precedente set di indicatori ACOVE (Assessing Care of Vulnerable Elders) nato nel 1998. Si tratta d'indicatori di qualità del processo di cura degli anziani fragili, definiti come ultra65enni a maggior rischio di morte o di declino funzionale. Il processo di sviluppo degli indicatori, relativi a ventisei condizioni, si è sviluppato combinando esplicitamente evidenza scientifica e consenso professionale. Infatti, per ciascuna patologia in studio, un esperto ha creato un elenco di potenziali indicatori di qualità e, basandosi su revisioni sistematiche, ha sviluppato una monografia peer-reviewed dettagliando per ogni indicatore le evidenze a supporto. Sulla base di queste review, un panel multidisciplinare di esperti clinici ha partecipato a due turni di votazione anonima ed a una discussione di gruppo per la valutazione della validità degli indicatori. Il set completo prescelto dal panel di esperti è stato poi valutato per coerenza dal Comitato Clinico. Il risultato di tale processo è il set d'indicatori di qualità ACOVE-3, progettato per la completa misura della cura agli anziani fragili a livello di sistema sanitario, piano sanitario e gruppo medico, costituendo la base per l'identificazione di ambiti di cura che presentano necessità di miglioramento. Gli indicatori ACOVE anziché gli esiti misurano i processi di cura, poiché questi possono essere misurati più efficientemente. Inoltre le misure di esito non possono essere adeguatamente aggiustate per il case mix. Per essere una valida misura di qualità un processo deve essere fortemente legato a un esito che sia importante per i pazienti.

Spesso la letteratura sull'efficacia di determinati processi di cura non fornisce indicazioni specifiche per la popolazione anziana fragile: pertanto gli indicatori ACOVE integrano l'evidenza disponibile con l'opinione di esperti rispetto alla applicabilità sugli anziani.

Il lavoro si è sviluppato a partire dalla revisione del precedente set di indicatori ACOVE aggiornato al 1998 e ha previsto poi in una revisione degli aggiornamenti in materia pubblicati a partire da quell'anno, sia in merito ad altri set di indicatori che agli studi inerenti pubblicati. Riguardo gli indicatori, tra le altre, sono state consultate le seguenti fonti: il *National Quality Measures Clearinghouse*, i siti Web di specifiche società professionali e la *Clinical Process and Outcomes Measurement Directory*, i database di MEDLINE e di Cochrane. In letteratura è stata rivolta particolare attenzione ai trials clinici randomizzati che includono gli anziani, ma anche soggetti non anziani o altri con un disegno meno rigoroso. Infine sono state considerate le dichiarazioni di soggetti autorevoli come Società Scientifiche o il *National Institutes of Health consensus development conferences*. Dopo la revisione di tutti gli articoli rilevanti, l'esperto ha preparato una monografia descrivendo ogni indicatore di qualità e l'evidenza che lo supporta.

Gli indicatori sono stati realizzati secondo il formato "IF-THEN-BECAUSE" dove il parametro IF definisce le caratteristiche cliniche dei pazienti eleggibili per l'indicatore, il parametro THEN descrive il processo di cura che dovrebbe o non dovrebbe essere condotto e il parametro BECAUSE si riferisce all'effetto di salute atteso in conseguenza della cura.

Le condizioni comprese nel set sono state raggruppate in cinque aree: cardiovascolare (fibrillazione atriale, scompenso cardiaco, ipertensione, cardiopatia ischemica); oncologica (carcinoma della mammella, carcinoma colon-rettale, rilevanti parti delle cure di fine vita e del dolore); neuropsichiatrica (demenza, depressione, stroke, disordini del sonno); geriatrica (continuità, cure di fine vita, cadute, ipoacusia, incontinenza urinaria, uso dei medicinali, dolore, screening e prevenzione, sottanutrizione, riduzione della vista); area relativa alle condizioni ospedaliere e internistiche (ipertrofia prostatica benigna, BPCO, diabete mellito, cura ospedaliera e chirurgia, osteoartrite, osteoporosi, ulcere da pressione).

Il metodo utilizzato per la determinazione del consenso consiste in una versione modificata del Metodo per l'Appropriatezza RAND/UCLA comprendente due cicli

di voti anonimi sulla validità degli indicatori proposti secondo una scala rischi-benefici ed una discussione di gruppo tra i cicli. Dopo la discussione, ogni indicatore è stato riclassificato per la validità. L'analisi ha utilizzato la mediana del giudizio del panel e una misura della dispersione per categorizzare la validità degli indicatori. Tutti gli indicatori per i quali vi era un disaccordo del panel sono stati respinti. Un indicatore di qualità è considerato valido se un'adeguata evidenza scientifica o consenso professionale supporta il legame tra il processo di cura ed un beneficio di salute per il paziente, se un medico o un piano di salute con elevati tassi di aderenza all'indicatore deve essere considerato un provider di qualità più elevata rispetto al medico o il piano di salute che non fornisce la cure raccomandate e se il medico o il piano di salute influenzano la maggior parte dei fattori che determinano l'aderenza all'indicatore. I panel di esperti hanno considerato i 486 indicatori proposti e ne hanno accettati 392 (81%) relativi a 26 condizioni.

La grande maggioranza degli indicatori ACOVE presuppongono la disponibilità come fonte di dati dei medical records sia nel contesto ospedaliero che ambulatoriale in un periodo di tempo di un anno. Alcuni indicatori possono essere misurati utilizzando dati amministrativi o interviste del paziente (o un proxy). Il set complessivo è disegnato per misurare la cura a livello di sistema sanitario, piano sanitario, gruppo medico e per singoli indicatori o gruppi selezionati, previa valutazione dell'adeguata grandezza del campione ai fini della significatività, anche livello individuale permettendo la comparazione dei processi basati sulle evidenze con i pattern di cura dei singoli medici, l'aggiornamento delle loro conoscenze sulla cura dei pazienti anziani ed il miglioramento della loro pratica.

2.3. Indicatori del Quality and Outcome Framework (www.qof.ic.nhs.uk; www.ic.nhs.uk/services/qof)

Il Quality and Outcomes Framework (QOF) è l'annuale programma di incentivazione e ricompensa, basato sulle evidenze scientifiche, che

descrive in dettaglio il raggiungimento dei risultati relativi alla practice da parte dei GP. QOF è un processo volontario (il tasso di partecipazione è molto elevato) introdotto come parte del *New General Medical Service Contract* (NGMSC), il contratto dei GP dal 1 aprile 2004, che, attraverso un sistema di punteggi, offre agli ambulatori una indicazione generale sulla realizzazione di interventi relativi a:

- Gestione delle più comuni malattie croniche;
- Organizzazione della practice;
- Esperienza dei pazienti sull'ambulatorio;
- Servizi supplementari offerti, come quelli per la salute dei bambini e per la maternità,

premiando quelli che risultano aver raggiunto il punteggio prefissato. In termini di scala i dati del QOF sono raccolti da oltre 8.400 GP *practices* con poco più di 53 milioni di pazienti registrati in Inghilterra.

Le *practices* mirano a fornire assistenza di alta qualità in tutta una gamma di settori ai quali sono attribuiti i punti con una ricompensa finanziaria proporzionale al punteggio raggiunto previo aggiustamento per il carico di lavoro dell'ambulatorio e per il rapporto tra la prevalenza della condizione tra gli assistiti della *practice* e la prevalenza della stessa condizione attesa nella popolazione di riferimento.

Attraverso un sito dedicato è possibile per gli utenti ricercare informazioni sul livello dei risultati raggiunti nell'anno in corso o nel precedente e comparare gli *score* della propria *practice* con quelli delle altre a livello locale e con lo *score* nazionale. Il QOF permette, inoltre, ai medici la comparazione delle cure attualmente fornite con i risultati degli anni precedenti. L'obiettivo è quello di migliorare gli standard di cura mediante la valutazione comparativa delle cure.

Il sito web assicura un facile accesso ad informazioni complete sul pattern delle più comuni malattie croniche; pertanto attraverso la comprensione della diffusione delle malattie come diabete, malattie cardiache e tumori, i GPs ed altri professionisti sanitari possono compiere dei miglioramenti nella gestione di queste

condizioni croniche. Ciò dovrebbe portare nel tempo ad una riduzione dei ricoveri ospedalieri evitabili.

Un riassunto dei dati del Quality and Outcomes Framework è pubblicato, con cadenza annuale, su un bollettino. Quanto pubblicato è tratto dal Quality Prevalence and Indicator Database (QPID) detenuto dal NHS Health and Social Care Information Centre (HSCIC) a sua volta derivato dal Quality Management Analysis System (QMAS). QMAS è un *database live*; ciò significa che le *practice* possono sottoporre dati clinici e non clinici in qualsiasi momento. Al contrario, il database QPID, fonte del bollettino annuale, fornisce una istantanea dei dati del QMAS relativi alla posizione delle *practices* alla fine di ogni mese. I dati pubblicati nel bollettino annuale contengono, per L'Inghilterra, due tipologie di informazioni: gli *score* dell'indicatori o dei domini relativi al QOF e informazioni sulla prevalenza di quelle malattie comprese nei domini clinici del QOF (ciò presuppone la presenza di un registro di patologia ed un elenco della *practice* di dimensioni valide).

Il QOF misura il grado di raggiungimento di 146 indicatori e tre misure di ampiezza delle cure attraverso l'attribuzione alle *practice* di un punteggio sulla base dei risultati relativi ad ogni indicatore fino ad un massimo di 1050 punti. Il QOF contiene quattro "domini" ognuno dei quali comprende una serie di aree descritte da indicatori chiave. Per l'anno 2004-2005 gli indicatori sono stati ripartiti come segue:

1. Dominio clinico: 76 indicatori in 11 aree (malattia cardiaca coronarica, disfunzione ventricolare sinistra, stroke e attacco ischemico transitorio, ipertensione, diabete mellito, broncopneumopatia cronico ostruttiva, epilessia, ipotiroidismo, cancro, salute mentale e asma, fino ad un massimo di 550 punti, pari al 52.4 % del totale).
2. Dominio organizzativo: 56 indicatori in 5 aree (registrazione e informazione, comunicazione con il paziente, educazione e formazione, gestione delle medicine,

gestione clinica e della practice, fino ad un massimo di 184 punti, pari al 17.5 % del totale).

3. Dominio relativo all'esperienza del paziente: 4 indicatori in 2 aree (indagine sui pazienti e lunghezza della consultazione) fino ad un massimo di 100 punti (9,5% del totale).

4. Dominio sui servizi aggiuntivi: 10 indicatori in 4 aree (screening della cervice, sorveglianza sanitaria dei bambini, servizi per la maternità e la contraccezione) fino ad un massimo di 36 punti (3.4% del totale).

Il QOF premia anche la natura olistica della cura in tutti i domini clinici fino ad un massimo di 100 punti (9.5% del totale), la qualità della *practice* nei domini organizzativo, l'esperienze dei pazienti ed i servizi supplementari, fino ad un massimo di 30 punti (2.9% del totale) ed infine l'accesso dei pazienti alla cura fino ad un massimo di 50 punti (4.8% del totale).

Da aprile del 2006 è stato introdotto un QOF rivisitato inclusivo di nuove aree cliniche e che rivede alcuni indicatori clinici. Lo score massimo è ridotto a 1.000 punti essendo le risorse associate all'obiettivo sull'accesso ricomprese sotto la voce "accesso diretto a servizi avanzati"; gli indicatori sono ridotti a 135. Riguardo al dominio clinico, il numero complessivo degli indicatori aumenta fino ad 80 e le aree cliniche fino a 19 (le aree cliniche aggiunte risultano le seguenti: cure palliative, demenza, depressione, malattia renale cronica, fibrillazione atriale, obesità, disabilità di apprendimento, fumo) per un punteggio massimo raggiungibile di 655 punti (65.5% del totale). Il numero degli indicatori relativi al dominio organizzativo scende a 43 distribuiti secondo le medesime cinque aree del 2004-2005 per un punteggio massimo raggiungibile di 181 punti. Per quanto attiene al dominio relativo all'esperienza del paziente, i quattro indicatori distribuiti tra le medesime aree valgono complessivamente fino ad un massimo di 108 punti (10.8% del totale). Non si riscontrano differenze per quel che riguarda gli indicatori del dominio pertinente ai servizi aggiuntivi. Infine un massimo di 20 punti (2% del totale) viene attribuito al raggiungimento della cura olistica nell'ambito dei domini

clinici. Il livello di successo riportato dipende dal fatto che il MMG tratti i pazienti nel modo previsto dall'indicatore. Ma non tutti i pazienti possono essere trattati o vogliono essere trattati. Affinché il MMG non perda punti a causa di circostanze che sono fuori dal suo controllo, possono essere esclusi quei pazienti "riferendoli come eccezioni". E' permesso riferire come eccezioni questi casi: pazienti che rifiutano di presentarsi; pazienti riguardo ai quali è improprio riferirsi come "malati cronici" (es. malati terminali, estrema fragilità); pazienti nuovi o di recente diagnosi; pazienti che non mostrano miglioramento; pazienti per cui prescrivere un farmaco non è appropriato; pazienti che non tollerano il farmaco; pazienti che rifiutano l'esame o il trattamento (dissenso informato); pazienti con condizioni sopravvenute; casi in cui il trattamento diagnostico/secondario non è disponibile.

2.4. Il P.I.C.E.N.U.M. (www.picenumstudy.it/)

Lo studio *Performance Indicators Continuous Evaluation as Necessity for Upgrade in Medicine* (P.I.C.E.N.U.M.) nasce con l'obiettivo di promuovere nel contesto delle Cure Primarie la cultura della registrazione e misurazione del dato, e l'utilizzo di Indicatori di Performance (IP) relativi alle principali fasi dei processi assistenziali delle patologie croniche prevalenti, nell'ottica dello sviluppo di un sistema orientato al miglioramento continuo della qualità e basato sulle prove di efficacia.

L'iniziativa, nata nel 2003, ha coinvolto 50 MMG delle province di Fermo ed Ascoli Piceno in un processo di autovalutazione mediante indicatori di performance accreditati, periodicamente rilevati dai database ambulatoriali dei MMG aderenti all'iniziativa. Nel sito web dedicato i partecipanti possono direttamente consultare le misure delle proprie performance messe a confronto con

quelle dei colleghi (in anonimo) e le relative medie. L'analisi delle misure ottenute ha evidenziato una variazione positiva delle stesse nel tempo sia nei termini di un progressivo aumento nella registrazione delle diagnosi che in quelli di incremento nella adesione agli IP selezionati.

Le patologie prevalenti inizialmente individuate nello studio sulla base delle informazioni derivate dai database ambulatoriali dei MMG e dalle SDO della 45 UU.OO. di Medicina Interna della Regione Marche sono risultate: Asma, BPCO, Scompenso cardiaco, Cardiopatia ischemica cronica; nello studio, sono state inoltre comprese le malattie cerebrovascolari (elevata prevalenza nella medicina ospedaliera) e le patologie che concorrono al Rischio Cardiovascolare Globale Diabete di tipo 2, Ipercolesterolemia - (elevata prevalenza nella MG) per un totale di 52 indicatori, dei quali 41 specifici per le Cure Primarie, classificati in due gruppi:

- 36 IP di processo e di esito;
- 5 IP per ricoveri ospedalieri di patologie sensibili alle cure ambulatoriali

e 11 riguardanti le Cure Ospedaliere (nell'ottica di un'integrazione tra cure primarie ed ospedaliere anche nel metodo di lettura dei rispettivi indicatori di processo e di esito).

Tra le fonti degli indicatori utilizzato vi sono *l'Agency for Healthcare Research and Quality; National Quality Measures Clearinghouse, Royal College of General Practitioners, American Health Quality Association, American Academy of Family Physicians.*

Nel sito del P.I.C.E.N.U.M sono riportati i dettagli del progetto, il background, la letteratura di riferimento e gli strumenti per facilitare l'estrazione dei dati dai database ambulatoriali. Nel sito, articolato nelle aree demografica, attività, prevenzione, cardiovascolare, gastroenterologica, metabolica, neurologica, oncologica, pneumologica ed una relativa alla fragilità, sono definiti indicatori per le seguenti patologie: ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica, scompenso

cardiaco, diabete mellito, ipotiroidismo, ipercolesterolemia, BPCO, asma bronchiale, fumo, broncopolmonite, ictus cerebrale, epatite B e C, morbo di Chron, rettocolite ulcerosa, malattia da reflusso gastroesofageo, indicatori dell'area della prevenzione ed infine le principali patologie tumorali.

Un software dedicato disponibile online permette al medico di registrare i dati relativi alla propria attività professionale assemblando i dati immessi e costruendo automaticamente ed in tempo reale la misura della performance. Si rende in tal modo possibile un confronto con un valore medio e con uno standard denominato livello raggiungibile di performance (Lrp), calcolato sugli effettivi dati disponibili ed il monitoraggio della propria performance nel tempo.

Dall'ottobre del 2007 il P.I.C.E.N.U.M. study è inserito tra le iniziative del Centro Studi della Federazione italiana dei medici di medicina generale (FIMMG).

2.5. Indicatori ARS (www.arsanita.toscana.it)

Il portale ISA 65+ costituisce uno strumento per la valutazione comparativa della qualità dell'assistenza agli anziani tra i diversi territori aziendali della Toscana. Gli indicatori attualmente pubblicati sono stati selezionati per mezzo di un'ampia consultazione dei professionisti di tutte le aree coinvolte (geriatri, medici di medicina generale, gestori ed organizzatori dei servizi per anziani, specialisti in formazione dell'area di sanità pubblica e geriatrica) e vengono aggiornati con una cadenza annuale. I dati sono analizzati riferendosi alla popolazione residente e non alla struttura di erogazione della prestazione. Di ciascun indicatore il portale rende possibile il confronto tra la popolazione anziana (ultra65enni) ed una fascia di popolazione più giovane (45-64enni) permettendo così di evidenziare eventuali fenomeni di discriminazione per età. E' possibile inoltre il confronto tra aree diverse. Le fonti dei dati pubblicati nel portale sono rappresentate dai flussi sanitari correnti della Regione Toscana (SKNO o SDO, SPA, SPR, SPF) e del Registro della mortalità Regionale (RMR).

Bibliografia

1. <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/>
2. <http://www.qof.ic.nhs.uk/>
3. <http://www.ic.nhs.uk/services/qof>
4. N S. Wenger, C P. Roth, P Shekelle, and the ACOVE Investigators. Introduction to the Assessing Care of Vulnerable Elders-3 Quality Indicator Measurement Set. JAGS 2007. 55:S247–S252.
5. www.picenumstudy.it
6. P Misericordia, V Landro, G Olimpi, P Simoni. Utilizzare gli indicatori di performance per il miglioramento continuo della qualità: Il Picenum Study (Performance Indicators Continuous Evaluation As Necessity For Upgrade In Medicine). (www.simg.it/servizi/servizi_riviste2005/04_2005/2.pdf)
7. P Misericordia, N Blasi, V Landro, G Olimpi, P Simoni. Il P.I.C.E.N.U.M. study (Performance Indicators Continuous Evaluation as Necessity for Upgrade in Medicine). Gli Indicatori di Performance nella pratica clinica: uno strumento per la rilevazione epidemiologica, per il miglioramento continuo della qualità e per l'integrazione tra Medicina Generale e Medicina Ospedaliera. (www.epicentro.iss.it/territorio/Picenum.pdf).
8. M Magi, P Misericordia, I Paolini. Lo sviluppo delle Cure Primarie nella Regione Marche. Monitor. Elementi di analisi e osservazione del sistema salute.20; 68-75. 2008. http://www.assr.it/monitor/monitor_2008/Monitor_20.pdf
9. www.arsanita.toscana.it



3. Indicatori di qualità per le cure primarie delle condizioni croniche: sintesi delle principali esperienze.

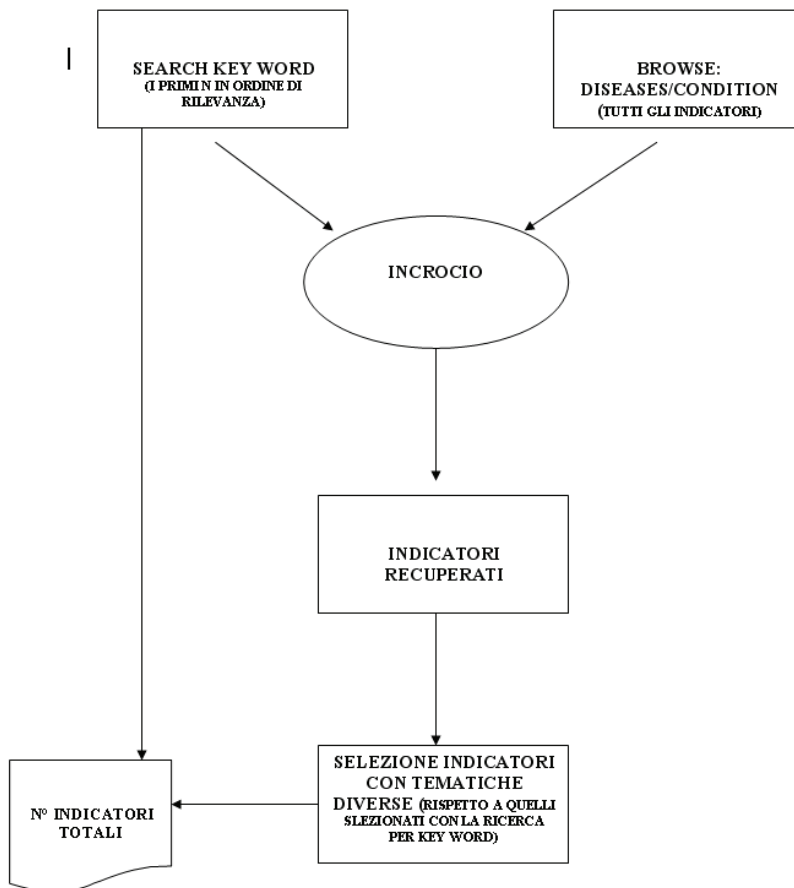
3.1 Introduzione

In questo capitolo, analizziamo e sintetizziamo gli indicatori collezionati o sperimentati nell'ambito dei progetti esaminati nel precedente capitolo, relativi alle principali patologie croniche e, in particolare, alle “*ambulatory care sensitive conditions*”, ossia quelle patologie di cui l'ospedalizzazione potrebbe essere evitata, almeno in parte, attraverso il migliore accesso a cure ambulatoriali di elevata qualità.

Prima di passare alla descrizione della sintesi degli indicatori selezionati si rende necessario precisare che

1. Tutte le fonti oggetto della sintesi, ad eccezione degli indicatori tratti dal Quality and Outcome Framework, fanno riferimento, tra le varie fonti consultate, al database del National Quality Measures Clearinghouse e sono in tal senso fonti secondarie rispetto a quest'ultimo: ciò avvalorata l'importanza di questa fonte e ci rende particolarmente confidenti sulla necessità della sua approfondita analisi e sintesi.
2. Gli indicatori tratti dal Quality and Outcome Framework, invece, alimentano, insieme con una molteplicità di altre fonti, il *clearinghouse* e costituiscono in tal senso rispetto ad esso fonte primaria.

Per quanto riguarda gli indicatori tratti dal NQMC, la ricerca nel database è stata effettuata seguendo sia una ricerca di base per parola chiave (*diabetes, hearth failure, COPD, stroke, ipertension*) sia una ricerca strutturata del database secondo la classificazione MeSH (*Browse Disease/Condition*). L'incrocio dei risultati della duplice ricerca ha permesso di recuperare alcuni indicatori in modo tale che il numero totale degli indicatori analizzati fosse comprensivo di tutti quelli ottenuti con la ricerca strutturata. (figura 1.)



Ad oggi sono stati analizzati 210 indicatori di cui 58 relativi al diabete mellito, 61 allo scompenso cardiaco, 36 all'ictus, 22 alla BPCO, 33 all'ipertensione.

Le tabelle che seguono illustrano per scompenso, diabete, BPCO ed ipertensione un duplice schema riepilogativo.

Il primo (Schema di Sintesi) rappresenta lo schema di sintesi delle numerose schede riassuntive contenenti gli attributi dei singoli indicatori tratte dal National Quality Measures Clearinghouse, che tra le fonti analizzate rappresenta senz'altro quella più ampia e completa. Gli indicatori risultano numerati in ordine crescente. La prima colonna a sinistra contiene il titolo originale dell'indicatore. In ogni cella che compone la colonna, in basso a sinistra sono riportate, tra parentesi, le iniziali che si riferiscono al dominio



dell'indicatore (S per struttura; P per processo; E per esito, A per accesso), l'abbreviazione della fonte dell'indicatore (ad es. BMA per *British Medical Association*) e la categoria principale (O per ospedaliero; NO non ospedaliero). Nella colonna IF sono state estrapolate le informazioni relative ad una descrizione concettuale del denominatore (criteri di eleggibilità e riferimenti ai criteri di inclusione e di esclusione). La colonna THEN descrive il processo di cura che dovrebbe o non dovrebbe essere condotto fornendo insieme al riferimento dei criteri di inclusione e di esclusione la base per la definizione dei soggetti che compongono il numeratore. Infine la colonna BECAUSE è una sintesi del razionale dell'indicatore.

Nel secondo schema (Schema Integrato) si vuole tentare una sintesi qualitativa tra gli indicatori originati dalle varie fonti. Nella prima colonna a sinistra, oltre al nome sintetico dell'indicatore, si riporta un numero che rimanda alla prima tabella di sintesi descritta, in modo tale che risulti agevole risalire dallo schema integrato al razionale dell'indicatore, l'abbreviazioni del dominio, della fonte e del setting di cura. La seconda colonna da sinistra riporta il titolo originale dell'indicatore o degli indicatori simili raggruppati nella solita riga. A titolo esemplificativo, consideriamo la cella 30 nella seconda colonna del secondo schema sullo scompenso cardiaco. In essa sono riportati ben cinque indicatori. Ciò perché il primo contiene soltanto il riferimento alla terapia con ACE inibitore, il secondo fa riferimento anche ai sartanici (Picenum), il terzo fa riferimento alla popolazione anziana ed ad una precisa frazione di eiezione (JAGS), il quarto si riferisce da una popolazione adulta ($eta > 18$ anni), nel quinto si fa riferimento ad eventuali controindicazioni all'assunzione del farmaco. Nelle cinque colonne intestate con le fonti considerate (AHRQ per Agency for Healthcare Research and Quality; JAGS per Journal American Geriatric Society; QOF per Quality and Outcomes Framework, etc.), risultano contrassegnate da una croce quelle fonti che comprendono una versione dell'indicatore definito nella prima colonna a sinistra. Nella ultima colonna a destra sono contrassegnati gli indicatori calcolabili mediante i flussi sanitari correnti (FSC) esistenti in Toscana. Gli indicatori sono aggregati per argomenti relativi all'assistenza delle singole patologie e delle loro complicanze.



3.2. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE - SCOMPENSO CARDIACO			
TITOLO	IF:	THEN:	BECAUSE:
1 Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco riammessi per un episodio acuto di scompenso cardiaco	Paziente con diagnosi di scompenso cardiaco (anziani, di età ≥ 65 anni)	Riammissione per un episodio acuto di scompenso cardiaco	Lo scompenso cardiaco è una comune causa di ospedalizzazione tra le persone di età >65 anni. Attraverso l'implementazione dei processi e delle pratiche delineati nella Heart Failure Clinical Practice Guideline (CPG) della American Medical Directors Association (AMDA), il team di cura interdisciplinare può migliorare la qualità della vita dei pazienti con scompenso cardiaco. Questa è una delle 33 misure di outcome suggerite dell'AMDA per l'implementazione della CPG dello scompenso cardiaco nelle strutture di cura a lungo termine. Queste misure sono basate su quattro componenti dell'algoritmo AMDA sullo scompenso cardiaco: Riconoscimento, Valutazione, Trattamento e Monitoraggio.
(E; AMDA; NO)			
2 Scompenso cardiaco: percentuale di pazienti con valutazione documentata di cause reversibili di scompenso cardiaco	Paziente con diagnosi di scompenso cardiaco (anziani, di età ≥ 65 anni)	Documentazione della valutazione per le cause reversibili di scompenso cardiaco (vedi American Medical Directors Association (AMDA) Heart Failure clinical practice guideline (CPG) per i dettagli)	Vedi razionale dell'indicatore N° 1
(P; AMDA;NO)			

3	<p>Scompensato cardiaco: percentuale di pazienti con scompenso cardiaco che ricevono un trattamento non farmacologico, come un intervento dietetico o la restrizione di fluidi. (P; AMDA; NO)</p>	<p>Paziente con diagnosi di scompenso cardiaco (anziani di età \geq 65 anni)</p>	<p>Trattamento non farmacologico, come un intervento dietetico e la restrizione di fluidi</p>	<p>Vedi razionale dell'indicatore N° 1</p>
4	<p>Scompensato cardiaco: Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco con prescrizione di agenti farmacologici coerenti con la severità dello scompenso (P; AMDA; NO)</p>	<p>Paziente con diagnosi di scompenso cardiaco (anziani, di età \geq65 anni)</p>	<p>Prescrizione di agenti farmacologici coerenti con la severità dello scompenso (vedi American Medical Directors Association (AMDA) Heart Failure clinical practice guideline (CPG) per i dettagli)</p>	<p>Vedi razionale dell'indicatore N° 1</p>
5	<p>Scompensato cardiaco: Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco cui sono prescritti agenti farmacologici coerenti con il tipo di disfunzione ventricolare (P; AMDA; NO)</p>	<p>Paziente con diagnosi di scompenso cardiaco (anziani, di età \geq65 anni)</p>	<p>Prescrizione di agenti farmacologici coerenti con il tipo di disfunzione ventricolare</p>	<p>Vedi razionale dell'indicatore N° 1</p>

3.2. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE - SCOMPENSO CARDIACO				
TITOLO	IF:	THEN:	BECAUSE:	
6 Scompenso cardiaco: Percentuale di pazienti con documentazione che è stato disposto un appropriato monitoraggio laboratoristico. (P; AMDA; NO)	Paziente con diagnosi di scompenso cardiaco (anziani, di età ≥ 65 anni)	Documentazione di un appropriato monitoraggio	Vedi razionale dell'indicatore N° 1	
7 Scompenso cardiaco: Percentuale di pazienti con documentazione della valutazione attraverso uno studio di imaging. (P; AMDA; NO)	Paziente con diagnosi o a rischio di scompenso cardiaco (anziani, di età pari ≥ 65 anni)	Documentazione della valutazione attraverso uno studio di imaging	Vedi razionale dell'indicatore N° 1	
8 Scompenso cardiaco: Percentuale di pazienti con documentazione dei fattori di rischio per scompenso cardiaco. (P; AMDA; NO)	Paziente con diagnosi di scompenso cardiaco (anziani, di età ≥ 65 anni)	Documentazione della valutazione dei fattori di rischio per scompenso cardiaco	Vedi razionale dell'indicatore N° 1	
9 Scompenso cardiaco: Percentuale di pazienti pesati su disposizione del medico. P; AMDA; NO)	Paziente con diagnosi di scompenso cardiaco (anziani di età ≥ 65 anni)	Determinazione del peso su disposizione del medico	Vedi razionale dell'indicatore N° 1	

10	<p>Scompenso cardiaco: Percentuale di pazienti cui lo scompenso cardiaco è diagnosticato in urgenza o in emergenza (ad esempio non su base di ammissione o valutazione periodica). (E; AMDA; NO)</p>	<p>Paziente con diagnosi di scompenso cardiaco (anziani, di età ≥ 65 anni)</p>	<p>Diagnosi in urgenza ed in emergenza</p>	<p>Vedi razionale dell'indicatore N° 1</p>
11	<p>Scompenso cardiaco: Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco inviati al pronto soccorso per una esacerbazione acuta. (E; AMDA; NO)</p>	<p>Paziente con diagnosi di scompenso cardiaco (anziani, di età ≥ 65 anni)</p>	<p>Invio al pronto soccorso per una esacerbazione acuta</p>	<p>Vedi razionale dell'indicatore N° 1</p>
12	<p>Scompenso cardiaco: Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco cui sono stati prescritti agenti farmacologici coerenti con le direttive di cura proposte dal paziente. (P; AMDA; NO)</p>	<p>Paziente con diagnosi di scompenso cardiaco (anziani, di età ≥ 65 anni)</p>	<p>Prescrizione di agenti farmacologici coerenti con le direttive di cura proposte dal paziente</p>	<p>Vedi razionale dell'indicatore N° 1</p>

3.2. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE - SCOMPENSO CARDIACO

TITOLO	IF:	THEN:	BECAUSE:
13 Scoppio cardiaco: Percentuale di pazienti con la documentazione della registrazione medica indicante la comunicazione dei segni e dei sintomi di scoppio cardiaco direttamente dal team di cure al medico, infermiere o assistente del medico (P; AMDA; NO)	Paziente con diagnosi di scoppio cardiaco (anziani, di età ≥ 65 anni)	Documentazione della registrazione medica indicante la comunicazione dei segni e dei sintomi di scoppio cardiaco direttamente dal team di cure al medico, infermiere o assistente del medico	Vedi razionale dell'indicatore N° 1
14 Scoppio cardiaco: Percentuale di pazienti con scoppio cardiaco con documentazione della valutazione dei segni e sintomi e dei fattori di rischio per scoppio cardiaco all'ammissione. (P; AMDA; NO)	Paziente con diagnosi di scoppio cardiaco (anziani, di età ≥ 65 anni)	documentazione della valutazione dei segni e sintomi e dei fattori di rischio per scoppio cardiaco all'ammissione	Vedi razionale dell'indicatore N° 1
15 Scoppio cardiaco: Percentuale di pazienti con documentato rispetto del trattamento con beta-bloccanti. (P; AMDA; NO)	Paziente con diagnosi di scoppio cardiaco (anziani, di età ≥ 65 anni)	Documentazione del rispetto del trattamento con beta-bloccanti	Vedi razionale dell'indicatore N° 1

16	Scompensamento cardiaco: Percentuale di pazienti con la documentazione dell'espletamento della valutazione relativa alla reversibilità dell'etiologia. (P; AMDA; NO)	Paziente con o a rischio di scompenso cardiaco (anziani, di età ≥ 65 anni)	Documentazione della valutazione relativa alla reversibilità dell'etiologia	Vedi razionale dell'indicatore N° 1
17	Scompensamento cardiaco: Percentuale di pazienti con la documentazione della registrazione medica relativa alla caratterizzazione della disfunzione ventricolare se sistolica o diastolica. (P; AMDA; NO)	Paziente con diagnosi di scompenso cardiaco (anziana, di età ≥ 65 anni)	Documentazione della registrazione medica relativa alla caratterizzazione della disfunzione ventricolare se sistolica o diastolica	Vedi razionale dell'indicatore N° 1
18	Scompensamento cardiaco: Percentuale di pazienti con la documentazione della discussione riguardo le direttive proposte e l'aderenza alle direttive. (P; AMDA; NO)	Paziente con diagnosi di scompenso cardiaco (anziani, di età ≥ 65 anni)	Documentazione della discussione riguardo alle direttive proposte e l'aderenza alle direttive	Vedi razionale dell'indicatore N° 1
19	Scompensamento cardiaco: percentuale di pazienti con documentato rispetto della terapia con ACE inibitore. (P; AMDA; NO)	Paziente con diagnosi di scompenso cardiaco (anziani, di età ≥ 65 anni)	Documentazione del rispetto del trattamento con ACE inibitori	Vedi razionale dell'indicatore N° 1

3.2. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE - SCOMPENSO CARDIACO			
TITOLO	IF:	THEN:	BECAUSE:
20 Scompenso cardiaco: percentuale di pazienti con scompenso cardiaco con sovraccarico di volume di fluidi cui è prescritto un diuretico dell'ansa. (P; AMDA; NO)	Paziente con diagnosi di scompenso cardiaco (anziani, di età ≥ 65 anni) e sovraccarico di volume di fluidi	Prescrizione di un diuretico dell'ansa	Vedi razionale dell'indicatore N° 1
21 Scompenso cardiaco: percentuale di pazienti con documentazione periodica dell'edema periferico ed altri fattori di rischio per scompenso cardiaco. (P; AMDA; NO)	Paziente con o a rischio di scompenso cardiaco (anziani, di età ≥ 65 anni)	Documentazione della valutazione periodica dell'edema periferico ed altri fattori di rischio per scompenso cardiaco	Vedi razionale dell'indicatore N° 1
22 Scompenso cardiaco: Percentuale di pazienti con documentazione di monitoraggio periodico di sintomi di scompenso cardiaco (rumori polmonari, edema, ridotta attività). (P; AMDA; NO)	Paziente con diagnosi di scompenso cardiaco (anziani, di età ≥ 65 anni)	Documentazione di monitoraggio periodico di sintomi di scompenso cardiaco (rumori polmonari, edema, ridotta attività)	Vedi razionale dell'indicatore N° 1

23	<p>Scoppo cardiaco nell'adulto: Percentuale di pazienti adulti con prima diagnosi di scoppo cardiaco che sono riammessi per scoppo cardiaco entro 30 giorni dalla dimissione. (E; ICSI; O)</p>	<p>Paziente (età ≥ 18 anni) con prima diagnosi di scoppo cardiaco</p>	<p>Riammissione per scoppo cardiaco entro 30 giorni dalla dimissione</p>	<p>L'obiettivo prioritario che questa misura persegue è la riduzione del tasso di riammissione entro 30 giorni dalla dimissione che segue l'ospedalizzazione per scoppo cardiaco</p>
24	<p>Scoppo cardiaco nell'adulto: percentuale di pazienti adulti con scoppo cardiaco che sono non fumatori (cure primarie e cardiologia ambulatoriale). (S; ICSI; NO)</p>	<p>Paziente (età ≥ 18 anni) con scoppo cardiaco</p>	<p>Verifica durante le visite mensili dello stato di non fumatore</p>	<p>L'obiettivo prioritario che questa misura persegue è il miglioramento della cura dei pazienti adulti con scoppo cardiaco attraverso un'educazione globale del paziente ed il follow-up di cura</p>
25	<p>Scoppo cardiaco: Percentuale di pazienti con documentazione nella registrazione ospedaliera della valutazione della funzione ventricolare sinistra prima dell'arrivo, durante l'ospedalizzazione o della sua pianificazione dopo la dimissione. (P; CMS; O)</p>	<p>Paziente con scoppo (età ≥ 18 anni)</p>	<p>documentazione nella registrazione ospedaliera della valutazione della funzione ventricolare sinistra prima dell'arrivo, durante l'ospedalizzazione o della sua pianificazione dopo la dimissione</p>	<p>L'appropriata selezione dei farmaci al fine di ridurre la morbilità e mortalità nello scoppo cardiaco richiede l'identificazione dei pazienti con ridotta funzione ventricolare sistolica sinistra. Le linee guida nazionali sostengono la valutazione della funzione ventricolare sinistra come l'unico più importante test diagnostico nella gestione di tutti i pazienti con scoppo cardiaco. Nonostante queste raccomandazioni la funzione ventricolare sistolica sinistra non è stata valutata in una sostanziale proporzione di pazienti più anziani eligibili ospedalizzati con scoppo cardiaco</p>

3.2. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE - SCOMPENSO CARDIACO			
TITOLO	IF:	THEN:	BECAUSE:
<p>26</p> <p>Scompenso cardiaco negli adulti: percentuale di pazienti adulti con diagnosi primaria di scompenso cardiaco fumatori abituali cui sono forniti consigli o counseling per la cessazione del fumo durante la permanenza in ospedale o alla dimissione. (P; ICSI; O)</p>	<p>Paziente con scompenso (età ≥ 18 anni) con diagnosi primaria di scompenso cardiaco, fumatore abituale</p>	<p>Dispensazione di consigli o counseling per la cessazione del fumo durante la permanenza in ospedale o alla dimissione</p>	<p>L'obiettivo prioritario che questa misura persegue è il miglioramento della cure dei pazienti adulti con scompenso cardiaco attraverso l'assicurazione di un'educazione globale del paziente ed il follow up di cura</p>
<p>27</p> <p>Scompenso cardiaco negli adulti: Percentuale di pazienti adulti con diagnosi primaria di scompenso cardiaco e disfunzione sistolica ventricolare sinistra che non abbiano controindicazione all'assunzione di beta-bloccanti, cui viene prescritta terapia beta-bloccante alla dimissione ospedaliera. (P; ICSI; O)</p>	<p>Paziente adulto (età ≥ 18 anni) con diagnosi primaria di scompenso cardiaco e disfunzione sistolica ventricolare sinistra che non abbia controindicazione all'assunzione di beta-bloccanti,</p>	<p>Prescrizione della terapia beta-bloccante alla dimissione ospedaliera</p>	<p>L'obiettivo prioritario che questa misura persegue è quello di ottimizzare il trattamento farmacologico dei pazienti con scompenso cardiaco</p>

28	<p>Scompensato cardiaco negli adulti: Percentuale di pazienti adulti con scompensato cardiaco che abbiano sempre avuto disfunzione ventricolare sistolica sinistra e soddisfano le seguenti caratteristiche alla ultima visita clinica: soggetti cui vengono prescritti o che stanno assumendo inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina/bloccanti dei recettori dell'angiotensina (ACEI/ARB), cui vengono prescritti o che siano in terapia con beta-bloccanti, non fumatori (cure primarie e cardiologia extraospedaliera). (P; ICSI; NO)</p>	<p>Paziente adulto con scompensato cardiaco (età \geq 18 anni) che abbia sempre avuto disfunzione ventricolare sistolica sinistra</p>	<p>Prescrizione o corrente assunzione di ACE inibitori, bloccanti dei recettori per l'angiotensina, beta-bloccanti (entro gli ultimi 12 mesi) condizione di non fumatore</p>	<p>L'obiettivo prioritario che questa misura persegue è quello di ottimizzare il trattamento farmacologico dei pazienti con scompensato cardiaco</p>
----	---	--	--	--

3.2. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE - SCOMPENSO CARDIACO			
TITOLO	IF:	THEN:	BECAUSE:
<p>29</p> <p>Scompenso cardiaco: Percentuali di pazienti con una storia di fumo di sigaretta cui sono stati dati consigli per la cessazione del fumo o un counseling durante la permanenza in ospedale. (P; CMS; O)</p>	<p>Pazienti con una storia di fumo di sigaretta in qualsiasi momento durante l'anno precedente (età ≥ 18 anni)</p>	<p>Dispensazione di consigli per la cessazione del fumo o un counseling durante la permanenza in ospedale</p>	<p>La cessazione del fumo riduce la morbilità e la mortalità in tutte le popolazioni. I pazienti che ricevono anche un breve consiglio per la cessazione del fumo dai responsabili delle loro cure hanno una maggiore probabilità di smettere. Le linee guida nazionali raccomandano fortemente il counseling finalizzato alla cessazione del fumo per i fumatori con malattie cardiovascolari, incluso lo scompenso cardiaco. Nonostante questa raccomandazione il counseling per la cessazione del fumo è raramente assicurato ai pazienti più anziani eligibili ospedalizzati per scompenso cardiaco.</p>
<p>30</p> <p>Scompenso cardiaco negli adulti: Percentuale di pazienti adulti con la documentazione che la funzione ventricolare sinistra (LVF) è stata valutata o sarà valutata (cure primarie e cardiologia extra-ospedaliera). (P; ICSI; NO)</p>	<p>Paziente adulto con scompenso cardiaco con una visita clinica durante il mese in questione (età ≥ 18 anni)</p>	<p>Documentazione della espletata valutazione della funzione ventricolare sinistra o della futura valutazione (ecocardiogramma bidimensionale, Studio doppler, ventricolografia con radionuclidi)</p>	<p>L'obiettivo prioritario di questa misura è quello di migliorare l'uso dei tests diagnostici al fine di identificare e poi appropriatamente trattare pazienti adulti con scompenso cardiaco</p>

31	<p>Scompensso cardiaco negli adulti: Percentuale di pazienti adulti con una diagnosi primaria di scompensso cardiaco che hanno una disfunzione ventricolare sistolica (LVSD) e che non hanno controindicazioni ad assumere sia ACE inibitori e bloccanti dell'angiotensina cui sono prescritti un ACE inibitore o un ARB alla dimissione dall'ospedale</p> <p>(P; ICSI; O)</p>	<p>Paziente adulto. (età ≥18 anni) con una diagnosi primaria di scompensso cardiaco, disfunzione ventricolare sistolica sinistra (LVSD)** e senza controindicazioni agli ACE inibitori (ACEI) ne agli ARBs.</p> <p>** (frazione di eiezione <40 % o funzione ventricolare sistolica sinistra moderatamente o severamente depressa). (Vedi criteri inclusione ed esclusione)</p>	<p>Prescrizione di un ACE inibitore o di un ARB alla dimissione ospedaliera</p>	<p>L'obiettivo prioritario affrontato da questa misura è quello di ottimizzare il trattamento farmacologico dei pazienti con scompensso cardiaco</p>
----	--	--	---	--

3.2. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE - SCOMPENSO CARDIACO			
TITOLO	IF:	THEN:	BECAUSE:
<p>32</p> <p>Scompenso cardiaco: Percentuale di pazienti con LVSD e senza controindicazioni ne all'ACE inibitore ne all'ARB cui sono prescritti un ACE inibitore o un ARB alla dimissione ospedaliera.</p> <p>(P; CMS; O).</p>	<p>Paziente con scompenso cardiaco (età ≥ 18 anni), LVSD e senza controindicazioni per l'ACE inibitore e il bloccante per il recettore dell'angiotensina (vedi criteri di inclusione o di esclusione).</p>	<p>Prescrizione di un ACEI o di un ARB alla dimissione ospedaliera</p>	<p>La terapia con ACE inibitore (ACEI) riduce la mortalità e la morbilità in pazienti con scompenso cardiaco e disfunzione ventricolare sistolica sinistra (LVSD) e sono efficaci in un ampio range di pazienti. Recenti trials clinici hanno anche stabilito che la terapia con bloccante del recettore dell'angiotensina (ARB) è una alternativa accettabile all'ACE inibitore specialmente nei pazienti che sono intolleranti all'ACE inibitore. Le linee guida nazionali raccomandano fortemente gli ACEIs per i pazienti ospedalizzati con scompenso cardiaco. I comitati per le Linee guida hanno anche supportato l'inclusione degli ARBs tra le misure di performance per lo scompenso cardiaco. Nonostante queste raccomandazioni gli ACEIs e gli ARBs rimangono sottoutilizzati nei pazienti anziani eligibili ospedalizzati con scompenso cardiaco.</p>

33	<p>Scompensato cardiaco negli adulti: Percentuale di pazienti adulti con una diagnosi primaria di scompenso cardiaco dimessi a casa con istruzioni scritte o materiale educativo fornito al paziente o al suo caregiver alla dimissione o durante la permanenza in ospedale relativo a tutti i seguenti argomenti: il livello di attività, la dieta, i farmaci alla dimissione, il follow-up dell'appuntamento il monitoraggio del peso e cosa fare nel caso in cui i sintomi peggiorino (P; ICSI; O)</p>	<p>Paziente adulto (età \geq 18 anni) con diagnosi primaria di scompenso cardiaco dimessi a casa o in una casa di cura (vedi criteri di inclusione e di esclusione)</p>	<p>Documentazione che al suo caregivers sono rilasciate documentazioni scritte o materiale educativo riferito a tutti* i seguenti argomenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Livello di attività 2. Dieta 3. Medicinali alla dimissione 4. Follow-up degli appuntamenti 5. Monitoraggio del peso 6. Cosa fare in caso di peggioramento dei sintomi 	<p>L'obiettivo prioritario affrontato da questa misura è quello di migliorare la cura dei pazienti adulti con scompenso cardiaco assicurando una completa educazione del paziente ed il follow-up di cura.</p>
----	--	--	--	--

3.2. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE - SCOMPENSO CARDIACO			
TITOLO	IF:	THEN:	BECAUSE:
<p>34</p> <p>Scompenso cardiaco negli adulti: Percentuale di pazienti adulti con diagnosi primaria di scompenso cardiaco con la documentazione della registrazione in ospedale che la funzione ventricolare sinistra (LVF) è stata valutata prima dell'arrivo, durante l'ospedalizzazione o è programmata dopo la dimissione</p> <p>(P; ICSI; O).</p>	<p>Paziente adulto con diagnosi primaria di scompenso cardiaco (età ≥ 18 anni).</p>	<p>Numero di pazienti adulti con diagnosi primaria di scompenso cardiaco con la documentazione nella registrazione medica che la LVF è stata valutata* prima dell'arrivo, durante l'ospedalizzazione o è programmata per dopo la dimissione. *Mediante ecocardiografia bidimensionale completo accoppiato con lo studio doppler. La ventricolografia a radionuclidi può anche essere condotta per valutare la frazione di eiezione ventricolare sinistra ed il volume. La descrizione della funzione ventricolare sistolica sinistra può essere quantitativa (ad es frazione di eiezione) o qualitativa (ad es "moderatamente depressa o frazione di eiezione stimata visivamente).</p>	<p>L'obiettivo prioritario affrontato da questa misura è di migliorare l'uso dei test diagnostici al fine di identificare e poi trattare appropriatamente i pazienti adulti con scompenso cardiaco.</p>

35	<p>Scompensato cardiaco negli adulti: Percentuale di pazienti adulti con scompensato cardiaco a cui (o ai loro caregivers) sono fornite istruzioni o materiale educativo durante la visita clinica riferite ad uno o più dei seguenti argomenti: livello di attività, dieta, medicinali, follow-up degli appuntamenti, monitoraggio del peso e cosa fare se i sintomi peggiorano (cure primarie e cardiologia ambulatoriale) (P; ICSI; NO).</p>	<p>Pazienti adulti con scompensato cardiaco che hanno avuto a loro cura una visita clinica durante il mese in questione (età ≥ 18 anni).</p>	<p>Documentazione che sono state fornite loro istruzioni verbali o scritte o materiale educativo relativamente a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Livello di attività 2. Dieta 3. Medicinali alla dimissione 4. Follow-up degli appuntamenti 5. Monitoraggio del peso 6. Cosa fare in caso di peggioramento. 	<p>L'obiettivo prioritario affrontato da questa misura è quello di migliorare la cura dei pazienti adulti con scompensato cardiaco assicurando una completa educazione del paziente ed il follow-up di cura.</p>
36	<p>Percentuale di pazienti dimessi a casa con istruzioni scritte o materiale educativo fornito al paziente o al caregivers alla dimissione o durante la permanenza in ospedale riferite a tutti i seguenti argomenti: livello di attività, dieta, medicinali alla dimissione, follow-up degli appuntamenti, monitoraggio del peso e cosa fare se i sintomi peggiorano (P; CMS; O).</p>	<p>Paziente con scompensato cardiaco dimesso a casa o in casa di cura (età ≥ 18 anni)</p>	<p>Documentazione che sono state fornite loro istruzioni verbali o scritte o materiale educativo</p> <p>Relativamente a</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Livello di attività 2. Dieta 3. Medicinali alla dimissione 4. Follow-up degli appuntamenti 5. Monitoraggio del peso 6. Cosa fare in caso di peggioramento 	<p>La non-compliance dei pazienti con la dieta ed i farmaci è una importante ragione per i cambiamenti nello stato clinico. I professionisti delle cure dovrebbero assicurare che i pazienti e le loro famiglie comprendano le restrizioni dietetiche, le raccomandazioni sull'attività, il regime dei farmaci prescritti ed i segni ed i sintomi del peggioramento dello scompensato cardiaco. Le linee guida nazionali supportano fortemente il ruolo dell'educazione del paziente. Nonostante questa raccomandazione, le istruzioni alla dimissione complete sono raramente fornite ai pazienti più anziani eligibili ricoverati per scompensato cardiaco.</p>

3.2. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE - SCOMPENSO CARDIACO			
TITOLO	IF:	THEN:	BECAUSE:
37 Scompensato cardiaco: Percentuale di pazienti con diagnosi di scompensato cardiaco di età maggiore o uguale ai 18 anni con risultati quantitativi o qualitativi della valutazione della funzione ventricolare sinistra registrati (P; ACC/AHA, PCPI, AMA; NO)	Paziente di età ≥ 18 anni con diagnosi di scompensato cardiaco	Registrazione dei risultati quantitativi o qualitativi della valutazione della funzione ventricolare sinistra	Secondo le linee guida dell' American College of Cardiology/ American Heart Association (ACC/AHA) nei pazienti con scompensato cardiaco (HF) una valutazione della funzione ventricolare sistolica sinistra con un'ecocardiografica bidimensionale o una ventricolografia a radionuclidi è raccomandata. Nei pazienti con un cambiamento dello stato clinico o un evento clinico/ trattamento con effetto significativo sulla funzione cardiaca ripetere la misura della frazione di eiezione è raccomandato.
38 Scompensato cardiaco: Percentuale di pazienti con diagnosi di scompensato cardiaco (HF) di età maggiore o uguale ai 18 anni per i quali sono stati effettuati i test di laboratorio iniziale (P; ACC/AHA, PCPI, AMA; NO)	Paziente di età ≥ 18 anni con diagnosi di scompensato cardiaco	Esecuzione dei test di laboratorio iniziali* *(esame emocromocitometrico, elettroliti sierici, azoto ureico ematico, creatinina sierica, glucosio ematico, TSH)	Secondo le linee guida dell' American College of Cardiology/ American Heart Association (ACC/AHA), la valutazione dei pazienti con scompensato cardiaco (HF) include la misura iniziale dei seguenti parametri: esame emocromocitometrico, esame delle urine, elettroliti sierici (incluso il calcio ed il magnesio), azoto ureico ematico, la creatinina sierica, il glucosio ematico, i test di funzionalità epatica, il TSH.

39	<p>Scompensato cardiaco: Percentuale di visite dei pazienti con misura del peso registrata per pazienti di età maggiore o pari ai 18 anni con diagnosi di scompenso cardiaco (P; ACC, AHA; PCPI, AMA; NO)</p>	<p>Paziente di età ≥ 18 anni con diagnosi di scompenso cardiaco</p>	<p>Registrazione della misura del peso alla visita (esclusi i pazienti per i quali il medico è impossibilitato a pesare il paziente)</p>	<p>Secondo le linee guida dell'American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) un accurato esame fisico è raccomandato per identificare i disordini cardiaci e non cardiaci che possono accelerare la progressione dello scompenso cardiaco. Questo esame fisico può includere un valutazione iniziale ed in itinere dello stato del volume del paziente</p>
40	<p>Scompensato cardiaco: Percentuale di pazienti di età pari o superiore ai 18 anni con diagnosi di scompenso cardiaco che hanno anche disfunzione ventricolare sistolica sinistra cui è prescritta terapia con beta-bloccanti. (P; ACC, AHA; PCPI, AMA; NO)</p>	<p>Paziente di età ≥ 18 anni con disfunzione ventricolare sistolica sinistra e con frazione di eiezione ventricolare sinistra (LVEF) $< 40\%$ o con funzione ventricolare sistolica sinistra moderatamente o severamente depressa (escluse controindicazioni)</p>	<p>Prescrizione di terapia con beta-bloccanti</p>	<p>Secondo le linee guida dell'American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA), per i pazienti con disfunzione ventricolare sistolica asintomatica (Stage B) la terapia con beta-bloccanti è raccomandata per tutti i pazienti con scompenso cardiaco con recente infarto miocardico e per i pazienti con ridotta frazione di eiezione. Per i pazienti con LVDS (stage C) il blocco beta-adrenergico è raccomandato in tutti i pazienti stabili, a meno che non sia controindicato.</p>

3.2. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE - SCOMPENSO CARDIACO			
TITOLO	IF:	THEN:	BECAUSE:
41 Scompensato cardiaco: Percentuale di pazienti di età pari o superiore ai 18 anni con diagnosi di scompenso cardiaco che hanno anche disfunzione ventricolare sistolica sinistra (LVSD) cui è prescritta una terapia con un ACE-inibitore o un ARB. (P; ACC, AHA; PCPI, AMA; NO)	Paziente di età \geq 18 anni, disfunzione ventricolare sistolica sinistra e con frazione di eiezione $<$ 40 % o con funzione ventricolare sistolica sinistra moderatamente o severamente depressa (escluse controindicazioni)	Prescrizione di terapia con ACE- inibitore o ARB	Secondo le linee guida dell' American College of Cardiology/ American Heart Association (ACC/AHA) per pazienti con disfunzione ventricolare sistolica asintomatica (Stage B), la terapia con ACE inibitore è raccomandata per i pazienti con scompenso cardiaco con recente infarto miocardico ed in pazienti con ridotta frazione di eiezione. Per i pazienti con LVSD sintomatica (Stage C), la terapia con ACE.inibitore è raccomandata in tutti i pazienti , a meno che non sia controindicata
42 Scompensato cardiaco: Percentuale di pazienti di età pari o superiore ai 18 anni con diagnosi di scompenso cardiaco che hanno anche fibrillazione atriale parossistica o cronica cui è prescritta terapia con warfarina. (P; ACC, AHA; PCPI, AMA; NO)	Paziente di età \geq 18 anni con diagnosi di scompenso cardiaco e con fibrillazione atriale e parossistica. (escluse controindicazioni)	Prescrizione di terapia con warfarina	Secondo le linee guida dell' American College of Cardiology/ American Heart Association (ACC/AHA) l'uso di anticoagulanti è raccomandato per pazienti con scompenso cardiaco e malattie concomitanti ad esempio la fibrillazione atriale parossistica o cronica o un pregresso evento tromboembolico).

43	<p>Scoppio cardiaco: Percentuale di pazienti con scoppio cardiaco con documentazione valutazione dell'efficacia del trattamento. (P; AMDA; NO)</p>	<p>Paziente con diagnosi di scoppio cardiaco (età ≥ 65 anni)</p>	<p>Documentata valutazione dell'efficacia del trattamento.</p>	<p>Vedi razionale indicatore N°1</p>
44	<p>Scoppio cardiaco: Percentuale di visite dei pazienti con valutazione dei sintomi clinici di sovraccarico di volume (eccesso) per i pazienti di età pari o superiore ai 18 anni con diagnosi di scoppio cardiaco.</p>	<p>Paziente di età ≥ 18 anni con diagnosi di scoppio cardiaco</p>	<p>Valutazione dei sintomi clinici di sovraccarico di volume (eccesso)*. * (dispnea, OR ortopnea, OR di valutazione di scale standardizzate or completamento di uno strumento di valutazione)** ** (New York Heart Association Functional Classification of Congestive Heart Failure (solo livello di attività); il Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire; il Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire; o il Chronic Heart Failure Questionnaire (Guyatt).</p>	<p>Vedi razionale indicatore N° 39</p>

(P; ACC, AHA; PCPI, AMA; NO)

3.2. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE - SCOMPENSO CARDIACO			
TITOLO	IF:	THEN:	BECAUSE:
<p>45</p> <p>Scompensato cardiaco: Percentuale di pazienti di età pari o superiore ai 18 anni con diagnosi di scompenso cardiaco cui viene fornita l'educazione del paziente sulla gestione della malattia e sui cambiamenti comportamentali finalizzati alla salute durante una o più visite</p> <p>(P; ACC, AHA; PCPL, AMA; NO).</p>	<p>Paziente di età \geq 18 anni con diagnosi di scompenso cardiaco e con una o più visite durante un periodo di 6 mesi</p>	<p>Educazione del paziente nel corso di una o più visite*. * [controllo del peso dieta (restrizione del sodio); gestione dei sintomi; attività fisica; cessazione del fumo; istruzioni sui farmaci; ridurre al minimo o evitare l'uso di farmaci antinfiammatori non steroidei; l'invio per le visite infermieristiche o specifici programmi di educazione o di gestione; questioni relative alla prognosi ed alla fine della vita.]</p>	<p>Secondo le linee guida dell' American College of Cardiology/ American Heart Association (ACC/AHA) l'educazione del paziente e la stretta supervisione è raccomandata per i pazienti con scompenso cardiaco per aumentare la compliance e per condurre alla scoperta dei cambiamenti del peso corporeo o dello stato clinico in modo sufficientemente precoce affinché sia instaurato un trattamento efficace. Dovrebbero essere scoraggiate le abitudini del paziente che possono aumentare il rischio di scompenso cardiaco (ad esempio il fumo, l'alcool e l'uso illecito di droghe) .</p>

46	<p>Scompenso cardiaco: Percentuale di visite dei pazienti con misura della pressione registrata per i pazienti di età pari o uguale ai 18 anni con diagnosi di scompenso cardiaco. (P; ACC, AHA; PCPI, AMA; NO).</p>	<p>Paziente di età \geq 18 anni con diagnosi di scompenso cardiaco</p>	<p>Registrazione della misurazione della pressione cardiaca</p>	<p>Vedi razionale indicatore N° 39</p>
47	<p>Scompenso cardiaco: Percentuale di visite dei pazienti con valutazione dei segni clinici di sovraccarico di volume (eccesso) per i pazienti di età pari o superiore ai 18 anni con diagnosi di scompenso cardiaco. (P; ACC, AHA; PCPI, AMA; NO).</p>	<p>Paziente di età \geq 18 anni con diagnosi di scompenso cardiaco</p>	<p>Valutazione dei segni clinici di sovraccarico di volume* *(L'edema periferico OR rantoli, OR epatomegalia, OR ascite, OR valutazione della pressione venosa giugulare OR galoppo S3 o S4.</p>	<p>Vedi razionale indicatore N° 39.</p>
48	<p>Scompenso cardiaco: tempo medio affinché un trattamento inefficace del paziente sia modificato. (P; AMDA; NO)</p>	<p>Modificazione del trattamento per lo scompenso cardiaco. (età \geq 65 anni).</p>	<p>Determinazione continua della variabile: Tempo medio (giorni, ore, minuti) per la modificazione del trattamento</p>	<p>Vedi indicatore N° 43</p>

3.2. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE - SCOMPENSO CARDIACO			
TITOLO	IF:	THEN:	BECAUSE:
<p>49</p> <p>Scompenso cardiaco: Percentuale di visite dei pazienti con valutazione del livello di attività per i pazienti di età pari o superiore ai 18 anni con diagnosi di scompenso cardiaco.</p> <p>(P; ACC, AHA; PCPI, AMA; NO).</p>	<p>Paziente di età \geq 18 anni con diagnosi di scompenso cardiaco</p>	<p>Valutazione dell'attuale livello di attività OR documentazione di una scala standardizzata o il complemento di uno strumento di valutazione* *[New York Heart Association Functional Classification of Congestive Heart Failure (solo livello di attività); il Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire; il Minnesota Living with Heart Failure™ Questionnaire; o il Chronic Heart Failure Questionnaire (Guyatt)].</p>	<p>Secondo le linee guida dell' American College of Cardiology/ American Heart Association (ACC/AHA) un'approfondita anamnesi è raccomandata per identificare i disordini cardiaci e non cardiaci che possono accelerare la progressione dello scompenso cardiaco. Questa anamnesi può includere una valutazione iniziale e continua del livello di attività dei pazienti.</p>

50	<p>Scompensamento cardiaco: Percentuale di pazienti con scompensamento cardiaco pesati quotidianamente. (P; AMDA; NO)</p>	<p>Paziente con diagnosi di scompensamento cardiaco</p>	<p>Pesatura quotidiana</p>	<p>Vedi razionale indicatore N° 43</p>
51	<p>Scompensamento cardiaco congestizio (CHF): Tasso di mortalità. (E; AQRQ; O)</p>	<p>Dimessi di età \geq 18 anni con un codice in diagnosi principale di scompensamento cardiaco congestizio. (vedi criteri di inclusione e di esclusione)</p>	<p>Numero di morti tra i casi che incontrano i criteri di inclusione e di esclusione per il denominatore</p>	<p>Lo scompensamento cardiaco congestizio è una malattia cronica progressiva con una mortalità sostanziale a breve termine che varia da provider a provider. Migliori processi di cura possono ridurre la mortalità a breve termine, cosa che rappresenta una migliore qualità</p>
52	<p>Scompensamento cardiaco congestizio (CHF): Percentuale di pazienti con CHF i cui pesi vengono misurati/registrati in almeno il 50 % dei giorni di ricovero trascorsi nelle unità di cure non intensive. (P; CCORT; O)</p>	<p>Paziente con scompensamento cardiaco congestizio confermato (età 20-105 anni). (esclusi dal calcolo dei giorni totali trascorsi in ospedale i pazienti nel setting di unità di cure intensive e le condizioni di morbidità tali che il peso non può essere misurato routinariamente.</p>	<p>Misura/registrazione del peso in almeno il 50 % dei giorni di ricovero trascorsi nelle unità di cura non intensive</p>	<p>I risultati combinati di ricerche cliniche e di laboratorio hanno identificato specifiche strategie cliniche che comportano dei benefici per la gestione dei pazienti con scompensamento cardiaco congestizio. Queste terapie includono i beta bloccanti e gli ACE inibitori per il trattamento del CHF. Tuttavia queste terapie di provata efficacia sono spesso sottoutilizzate nella pratica clinica routinaria in Ontario e Canada e vi è una ampia variabilità tra i vari ospedali nel loro utilizzo. L'aumentato uso di queste terapie potrebbe condurre ad una significativa riduzione del tasso di mortalità associato con queste condizioni Un set di indicatori di qualità canadesi è stato sviluppato per la cura del CHF. Questi indicatori serviranno come fondamento per studi futuri che valuteranno la qualità delle cure per lo scompensamento cardiaco congestizio in Canada</p>

3.2. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE - SCOMPENSO CARDIACO			
TITOLO	IF:	THEN:	BECAUSE:
53 Scompenso cardiaco congestizio: tasso di ammissione ospedaliera. (S, A; AHRO; NO)	Popolazione dell'area metropolitana o della contea di età ≥ 18 anni	Tutte le dimissioni non materne/non neonatali di età ≥ 18 anni con un codice ICD-9-CM in diagnosi principale di scompenso cardiaco congestizio (vedi criteri inclusione ed esclusione)	Mentre questi indicatori utilizzano dati tratti dal setting di cura ospedaliero il loro focus è sulla cura della salute extraospedaliera. Con l'eccezione dei casi di pazienti che sono riammessi subito dopo la dimissione dall'ospedale, la qualità delle cure intraospedaliere è improbabile che sia un significativo determinante dei tassi di ammissione per le condizioni sensibili alle cure ambulatoriali. Invece i Prevention Quality Indicators (PQIs) valutano la qualità del sistema di cure nel suo complesso e specialmente la qualità delle cure ambulatoriali nella prevenzione delle complicazioni mediche. Come risultato queste misure sono probabilmente di maggior valore quando siano calcolate a livello di popolazione come mezzo di screening invece che come misura definitiva di problemi di qualità. Essi possono fornire una iniziale informazione circa i potenziali problemi nella comunità che possono richiedere una ulteriore e più approfondita analisi. Lo scompenso cardiaco congestizio può essere controllato in un setting extraospedaliero per la gran parte; tuttavia la malattia è un disordine cronico progressivo per il quale alcuni ricoveri sono appropriati. Un appropriato trattamento extraospedaliero può ridurre l'ammissione per CHF.

54	<p>Scompensato cardiaco: Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco sotto terapia con diuretici per almeno 6 mesi con le misure degli elettroliti nei ranges normali. (E; AMDA; NO)</p>	<p>Paziente con diagnosi di scompenso cardiaco. (Popolazione target anziani ultra65enni)</p>	<p>Paziente sotto terapia diuretica da almeno 6 mesi che hanno le misure degli elettroliti entro i ranger normali</p>	<p>Vedi razionale indicatore N° 1</p>
55	<p>Scompensato cardiaco: Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco sotto terapia diuretica che hanno avuto il monitoraggio degli elettroliti entro i due mesi passati. (P; AMDA; NO)</p>	<p>Paziente con scompenso cardiaco. (anziani ultra65enni)</p>	<p>Paziente sotto terapia diuretica che ha avuto il monitoraggio di elettroliti nei due mesi passati</p>	<p>Vedi razionale indicatore N° 54</p>
56	<p>Scompensato cardiaco: Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco cui è stata prescritta una dieta a basso introito di sodio nei 6 mesi passati. (P; AMDA; NO)</p>	<p>Paziente con diagnosi di scompenso cardiaco. (anziani ultra65enni)</p>	<p>Prescrizione di una dieta a basso introito di sodio nei 6 mesi passati</p>	<p>Vedi razionale indicatore N° 54</p>

3.2. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE - SCOMPENSO CARDIACO			
TITOLO	IF:	THEN:	BECAUSE:
57 Scompenso cardiaco: Tempo medio occorso per rispondere ad una reazione farmacologica avversa di un paziente. (P; AMDA; NO)	Numero di reazioni avverse in pazienti con scompenso cardiaco (anziani ultra65enni)	Determinazione continua della variabile: tempo medio di risposta (giorni, ore, minuti) ad una reazione avversa ad un farmaco	Vedi razionale indicatore N° 54
58 Scompenso cardiaco: Percentuale di pazienti monitorati per reazioni avverse farmacologiche. (P; AMDA; NO)	Paziente con diagnosi di scompenso cardiaco. (anziani ultra65enni)	Monitoraggio per reazioni avverse farmacologiche	Vedi razionale indicatore N° 54
59 Scompenso cardiaco: la practice può produrre un registro di pazienti con scompenso cardiaco. (S; BMA; NO)			Questa misura è una delle tre misure sullo scompenso cardiaco *. * da aprile 2004 a marzo 2006 il Quality Outcomes Framework (QOF) include soltanto i pazienti che hanno avuto entrambi la malattia cardiaca coronarica e la disfunzione ventricolare sistolica sinistra. Questi, da soli rappresentano circa la metà dei pazienti con scompenso cardiaco . (Davies et al., Lancet 2001). Da aprile 2006, tutti i pazienti con sospetto scompenso cardiaco dovrebbero essere inclusi nel registro.

60.	<p>Scompenso cardiaco: Percentuale di pazienti inviati alla cardiologia/hospice/ cure palliative (dopo diverse modificazioni inefficaci e sulla base delle direttive avanzate del paziente). (P; AMDA; NO)</p>	<p>Paziente con scompenso cardiaco (anziani ultra65enni)</p>	<p>Invio alla cardiologia, hospice, cure palliative dopo diverse modificazioni inefficaci e sulla base delle direttive avanzate del paziente</p>	<p>Vedi razionale indicatore N° 54</p>
61	<p>Scompenso cardiaco: La percentuale di pazienti con una corrente diagnosi di scompenso cardiaco a causa ventricolare sinistra (LVD) che sono correntemente trattati con ACE inibitore o ARB che possono tollerare la terapia e per i quali non vi è controindicazione. (P; BMA; NO)</p>	<p>Paziente con corrente diagnosi di scompenso cardiaco a causa di una disfunzione ventricolare sinistra (LVD) (eccetto intolleranze e controindicazioni)</p>	<p>Trattamento corrente con un ACE inibitore o un ARB * Le practices riportano la percentuale di quei pazienti i cui record dovrebbero mostrare che ad essi sono stati prescritti un ACE inibitore o un ARB nei precedenti 6 mesi</p>	<p>Vedi razionale indicatore N° 59 L'evidenza alla base del trattamento dei pazienti con scompenso cardiaco dovuto a disfunzione ventricolare sinistra (LVD) con ARBs è forte tuttavia esso dovrebbe avvenire dopo il primo tentativo di iniziare gli ACE inibitori (Pfeffer et al., Lancet 2003). Dovrebbe essere anche notato che è possibile avere una diagnosi di disfunzione ventricolare sinistra senza scompenso cardiaco, per esempio, una persona asintomatica che potrebbe essere identificata casualmente ma che è ad elevato rischio di sviluppare un successivo scompenso cardiaco. In questi casi gli ACE inibitori ritardano l'inizio dello scompenso cardiaco sintomatico riducono gli eventi cardiovascolari e migliorano la sopravvivenza a lungo termine. Questo indicatore riguarda soltanto i pazienti con scompenso cardiaco e così esclude questo altro gruppo di pazienti con scompenso cardiaco che dovrebbero tuttavia essere considerati per il trattamento con ACE inibitori</p>

SCHEMA INTEGRATO - SCOMPENSO CARDIACO		AHRQ	JAGS	PICENUM	QOF	ARS-ISA65+	FSC
1. Registro di patologia (59) (S; BMA; NO)	Scoperto cardiaco: la pratica può produrre un registro di pazienti con scompenso cardiaco.	+					
2. Documentazione esame obiettivo (14) (P; AMDA; NO)	Scoperto cardiaco: Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco con documentazione della valutazione dei segni e sintomi e dei fattori di rischio per scompenso cardiaco all'ammissione.	+	+				
3. Monitoraggio dei sintomi (22) (P; AMDA; NO)	Scoperto cardiaco: Percentuale di pazienti con documentazione di monitoraggio periodico di sintomi di scompenso cardiaco (rumori polmonari, edema, ridotta attività).	+					
4. Valutazione dei segni di sovraccarico di volume (47) (P; ACC, AHA; PCPL, AMA; NO).	Percentuale di visite dei pazienti con valutazione dei segni clinici di sovraccarico di volume (eccesso) per i pazienti di età pari o superiore ai 18 anni con diagnosi di scompenso cardiaco.	+					
5. Valutazione dei sintomi clinici di sovraccarico di volume nel corso della visita (44) (P; ACC, AHA; PCPL, AMA; NO)	Scoperto cardiaco: Percentuale di visite dei pazienti con valutazione dei sintomi clinici di sovraccarico di volume (eccesso) per i pazienti di età pari o superiore ai 18 anni con diagnosi di scompenso cardiaco	+					

SCHEMA INTEGRATO - SCOMPENSO CARDIACO		AHRQ	JAGS	PICENUM	QOF	ARS-ISA65+	FSC
12. Studio di imaging (7) (P; AMDA; NO)	Scompensato cardiaco: Percentuale di pazienti con documentazione della valutazione attraverso uno studio di imaging.	+	+				x
13. Valutazione della funzione ventricolare sistolica sinistra prima durante dopo un ricovero. (25) (P; CMS; O); (34) (P; ICSI; O)	Scompensato cardiaco: Percentuale di pazienti con documentazione nella registrazione ospedaliera della valutazione della funzione ventricolare sistolica sinistra prima dell'arrivo, durante l'ospedalizzazione o della sua pianificazione per la sua effettuazione dopo la dimissione / Scompensato cardiaco negli adulti: Percentuale di pazienti adulti con diagnosi primaria di scompenso cardiaco con la documentazione della registrazione in ospedale che la funzione ventricolare sinistra (LVF) è stata valutata prima dell'arrivo, durante l'ospedalizzazione o è programmata dopo la dimissione.	+	+				x
14. Valutazione della funzione ventricolare sinistra (30) (P; ICSI; NO); (37) (P; ACC/AHA, PCPI, AMA; NO)	Scompensato cardiaco negli adulti: Percentuale di pazienti adulti con la documentazione che la funzione ventricolare sinistra (LVF) è stata valutata o sarà valutata (cure primarie e cardiologia extraospedaliera) / Percentuale di pazienti affetti da scompenso cardiaco congestizio sottoposti almeno una volta ad ecocardiogramma (Picenum) / Scompensato cardiaco: Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco di età maggiore o uguale ai 18 anni con risultati quantitativi o qualitativi della valutazione della funzione ventricolare sinistra (LVF) registrati (AHRQ).	+		+			x

<p>15. Caratterizzazione della tipologia di disfunzione ventricolare (17) (P; AMDA; NO)</p>	<p>Scompenso cardiaco: Percentuale di pazienti con la documentazione della registrazione medica relativa alla caratterizzazione della disfunzione ventricolare se sistolica o diastolica.</p>	+						
<p>16. Diagnosi in urgenza-emergenza (10) (E; AMDA; NO)</p>	<p>Scompenso cardiaco: Percentuale di pazienti cui lo scompenso cardiaco è diagnosticato in urgenza o in emergenza (ad esempio non su base di ammissione o valutazione periodica).</p>	+					x	
<p>17. Invio al pronto soccorso (11) (E; AMDA; NO)</p>	<p>Scompenso cardiaco: Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco inviati al pronto soccorso per una esacerbazione acuta.</p>	+						
<p>18. Comunicazione ospedale/territorio (13) (P; AMDA; NO)</p>	<p>Scompenso cardiaco: Percentuale di pazienti con la documentazione della registrazione medica indicante la comunicazione dei segni e dei sintomi di scompenso cardiaco direttamente dal team di cure al medico, infermiere o assistente del medico.</p>	+						

SCHEMA INTEGRATO - SCOMPENSO CARDIACO	AHRQ	JAGS	PICENUM	QOF	ARS-ISA65+	FSC
<p>19. Istruzioni alla dimissione</p> <p>Scompenso cardiaco negli adulti: Percentuale di pazienti adulti con una diagnosi primaria di scompenso cardiaco dimessi a casa con istruzioni scritte o materiale educativo fornito al paziente o al suo o alla sua caregiver alla dimissione o durante la permanenza in ospedale riferiti a tutti i seguenti argomenti: il livello di attività, la dieta, i farmaci alla dimissione, il follow-up dell'appuntamento il monitoraggio del peso e cosa fare nel caso in cui i sintomi peggiorino (popolazione target età pari o superiore ai 18 anni) / Percentuale di pazienti dimessi a casa con istruzioni scritte o materiale educativo fornito al paziente o al caregivers alla dimissione o durante la permanenza in ospedale riferite a tutti i seguenti argomenti: livello di attività, dieta, medicinali alla dimissione, follow-up degli appuntamenti, monitoraggio del peso e cosa fare se i sintomi peggiorano (AHRQ)</p> <p>(33) (P; ICSI; O); (36) (P; CMS; O).</p>						

<p>20. Istruzioni nel corso della visita ambulatoriale (cure primarie e cardiologia ambulatoriale)</p> <p>(35) (P; ICSI; NO); (45) (P; ACC, AHA; PCPL, AMA; NO).</p>	<p>Scompenso cardiaco negli adulti: Percentuale di pazienti adulti con scompenso cardiaco a cui (o ai loro caregivers) sono fornite istruzioni o materiale educativo durante la visita clinica riferite ad uno o più dei seguenti argomenti: livello di attività, dieta, medicinali, follow-up degli appuntamenti, monitoraggio del peso e cosa fare se i sintomi peggiorano (cure primarie e cardiologia ambulatoriale)/ Scompenso cardiaco: Percentuale di pazienti di età pari o superiore ai 18 anni con diagnosi di scompenso cardiaco cui viene fornita l'educazione del paziente sulla gestione della malattia e sui cambiamenti comportamentali finalizzati alla salute durante una o più visite (AHRQ)</p>	+						
<p>21. Pazienti pesati quotidianamente (50) (P; AMDA; NO)</p>	<p>Scompenso cardiaco: Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco pesati quotidianamente.</p>	+						
<p>22. Determinazione del peso (9) (P; AMDA; NO)</p>	<p>Scompenso cardiaco: Percentuale di pazienti pesati su disposizione del medico.</p>	+						
<p>23. registrazione del peso alla visita (39) (P; ACC/AHA, PCPL, AMA; NO)</p>	<p>Scompenso cardiaco: Percentuale di visite dei pazienti con misura del peso registrata per pazienti di età maggiore o pari ai 18 anni con diagnosi di scompenso cardiaco.</p>	+						

SCHEMA INTEGRATO - SCOMPENSO CARDIACO		AHRQ	JAGS	PICENUM	QOF	ARS-ISA65+	FSC
24. Misura del peso nelle unità di cure non intensive (52) (P; CCORT; O)	Scompensazione cardiaca congestiva (CHF): Percentuale di pazienti con CHF i cui pesi vengono misurati/registrati in almeno il 50 % dei giorni di ricovero trascorsi nelle unità di cure non intensive	+					
25. Valutazione del livello di attività nel corso della visita (49) (P; ACC, AHA; PCPI, AMA; NO).	Scompensazione cardiaca: Percentuale di visite dei pazienti con valutazione del livello di attività per i pazienti di età pari o superiore ai 18 anni con diagnosi di scompenso cardiaco	+					
26. Verifica condizione di fumatore (24) (S; ICSI; A)	Scompensazione cardiaca nell'adulto: percentuale di pazienti adulti con scompenso cardiaco che sono non fumatori (cure primarie e cardiologia ambulatoriale) (indicatore di salute della popolazione).	+					
27. Counseling generale del paziente / Counseling cessazione fumo (29) (P; CMS; O) ; (26) (P; ICSI; O)	Scompensazione cardiaca negli adulti: percentuale di pazienti adulti con diagnosi primaria di scompenso cardiaco fumatori abituali cui sono forniti consigli o counseling per la cessazione del fumo durante la permanenza in ospedale o alla dimissione/Counseling del paziente sull'uso dei farmaci, dosaggio, intervalli, effetti avversi; dieta a basso contenuto di sale; esercizio ed attività fisica; cessazione del fumo; controllo del peso; gestione dei sintomi; necessità di minimizzare o evitare l'assunzione di FANS; le preoccupazioni circa la prognosi e la fine della vita dovrebbero essere corrisposte e documentate (JAGS).	+	+				

28. Prescrizione dieta basso contenuto di sodio (56) (P; AMDA; NO)	Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco cui è stata prescritta una dieta a basso introito di sodio nei 6 mesi passati	+						
29. Registrazione della pressione nel corso della visita (46) (P; ACC, AHA; PCPL, AMA; NO).	Scompenso cardiaco: Percentuale di visite dei pazienti con misura della pressione registrata per i pazienti di età pari o uguale ai 18 anni con diagnosi di scompenso cardiaco	+						
30. Terapia ACE inibitore (19) (P; AMDA; NO); (41) (P; ACC/AHA, PCPL, AMA; NO) (61) (P; BMA; NO)	Scompenso cardiaco: percentuale di pazienti con documentato rispetto della terapia con ACE inibitore/ Percentuale di pazienti affetti da scompenso cardiaco congestizio in terapia con ACE-inibitori/sartanici (Piconum) / Terapia con ACE-inibitore (con un bloccante del recettore per l'angiotensina in caso di intolleranza all'ACE-inibitore) in paziente anziano fragile con LVEF < 40 % (JAGS) / Scompenso cardiaco: Percentuale di pazienti di età pari o superiore ai 18 anni con diagnosi di scompenso cardiaco che hanno anche disfunzione ventricolare sistolica sinistra (LVSD) cui è prescritta una terapia con un ACE-inibitore o un ARB (AHRQ)/ Scompenso cardiaco: La percentuale di pazienti con una corrente diagnosi di scompenso cardiaco a causa di una disfunzione ventricolare sinistra (LVD) che sono correntemente trattati con ACE inibitore o ARB che possono tollerare la terapia e per i quali non vi è controindicazione. (AHRQ)	+	+	+	+	+	+	x

SCHEMA INTEGRATO - SCOMPENSO CARDIACO	AHRQ	JAGS	PICENUM	QOF	ARS-ISA65+	FSC
<p>31. Prescrizione di ACE inibitore o ARB alla dimissione</p> <p>Scompenso cardiaco negli adulti: Percentuale di pazienti adulti con una diagnosi primaria di scompenso cardiaco che hanno una disfunzione ventricolare sistolica (LVSD) e che non hanno controindicazioni ad assumere sia ACE inibitori e bloccanti dell'angiotensina cui sono prescritti un ACE inibitore o un ARB alla dimissione dall'ospedale / Scompenso cardiaco: Percentuale di pazienti con LVSD e senza controindicazioni ne all'ACE inibitore ne all'ARB cui sono prescritti un ACE inibitore o un ARB alla dimissione ospedaliera.</p> <p>(31) (P; ICSI; NO); (32) (P; CMS; O);</p>	+					
<p>32. Trattamento: beta-bloccanti</p> <p>Scompenso cardiaco: Percentuale di pazienti con documentato rispetto del trattamento con beta-bloccanti / Trattamento con beta-bloccanti con nota funzione di prolungamento della sopravvivenza [carvedilolo, metoprololo long acting (succinato) o bisoprololo in paziente anziano fragile ospedalizzato con scompenso cardiaco con LVEF < 40 % (JAGS)./ Scompenso cardiaco: Percentuale di pazienti di età pari o superiore ai 18 anni con diagnosi di scompenso cardiaco che hanno anche disfunzione ventricolare sistolica sinistra cui è prescritta terapia con beta-bloccanti (AHRQ)</p> <p>(15) (P; AMDA; NO); (40) (P; ACC/AHA, PCPI, AMA; NO)</p>	+	+				x

33. Terapia: diuretico dell'ansa (20) (P; AMDA; NO)	Scompenso cardiaco: percentuale di pazienti con scompenso cardiaco con sovraccarico di volume di fluidi cui è prescritto un diuretico dell'ansa.	+						
34. Monitoraggio elettroliti (55) (P; AMDA; NO)	Scompenso cardiaco: Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco sotto terapia diuretica che hanno avuto il monitoraggio degli elettroliti entro i due mesi passati	+						x
35. Valori elettroliti in terapia diuretica (54) (E; AMDA; NO)	Scompenso cardiaco: Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco sotto terapia con diuretici per almeno 6 mesi con le misure degli elettroliti nei ranges normali	+						
36. Prescrizione dei beta-bloccanti alla dimissione (27) (P; ICSI; O)	Scompenso cardiaco negli adulti: Percentuale di pazienti adulti con diagnosi primaria di scompenso cardiaco e disfunzione sistolica ventricolare sinistra che non abbiano controindicazione all'assunzione di beta-bloccanti, cui viene prescritta terapia beta-bloccante alla dimissione ospedaliera.	+						
37. Prescrizione di ACE/ARB, beta-bloccanti; verifica dello stato di non fumatore (28) (P; ICSI; A)	Scompenso cardiaco negli adulti: Percentuale di pazienti adulti con scompenso cardiaco che abbiano sempre avuto disfunzione ventricolare sistolica sinistra e soddisfano le seguenti caratteristiche (per le quali sono eligibili) alla ultima visita clinica: soggetti cui vengono prescritti o che stanno assumendo inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina/bloccanti dei recettori dell'angiotensina (ACEI/ARB), cui vengono prescritti o che siano in terapia con beta-bloccanti, non fumatori (cure primarie e cardiologia extraospedaliera).	+						

SCHEMA INTEGRATO - SCOMPENSO CARDIACO		AHRQ	JAGS	PICENUM	QOF	ARS-ISA65+	FSC
38. Trattamento non farmacologico (3) (P; AMDA; NO)	Scompensamento cardiaco: percentuale di pazienti con scompensamento cardiaco che ricevono un trattamento non farmacologico, come un intervento dietetico o la restrizione di fluidi /Percentuale di pazienti affetti da scompensamento cardiaco invitati almeno una volta a ridurre l'apporto di sodio nella dieta.	+		+			
39. Trattamento farmacologico (4) (P; AMDA; NO)	Scompensamento cardiaco: Percentuale di pazienti con scompensamento cardiaco con prescrizione di agenti farmacologici coerenti con la severità dello scompensamento.	+					
40. Trattamento farmacologico (5) (P; AMDA; NO)	Scompensamento cardiaco: Percentuale di pazienti con scompensamento cardiaco cui sono prescritti agenti farmacologici coerenti con il tipo di disfunzione ventricolare.	+					
41. Calcioantagonisti	Evitare il trattamento con calcio-antagonisti di prima o seconda generazione (trattamento a breve termine con verapamil, nifedipina e diltiazem) in paziente anziano fragile affetto da scompensamento cardiaco con LVEF < 40 % in assenza di fibrillazione atriale.		+				

42. Agenti Antiaritmici di tipo I	Evitare il trattamento con antiaritmici di tipo I a meno che sia stato impiantato un cardioverter-defibrillatore in paziente anziano fragile affetto da scompenso cardiaco con LVEF < 40 %.	+					
43. Warfarina in scompenso e fibrillazione atriale (42) (P; ACC/AHA, PCPI, AMA; NO)	Scompenso cardiaco: Percentuale di pazienti di età pari o superiore ai 18 anni con diagnosi di scompenso cardiaco che hanno anche fibrillazione atriale parossistica o cronica cui è prescritta terapia con warfarina	+					x
44. Documentata valutazione dell'efficacia del trattamento (43) (P; AMDA; NO)	Scompenso cardiaco: Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco con documentata valutazione dell'efficacia del trattamento	+					
45. Tempo medio per la modifica di un trattamento inefficace (48) (P; AMDA; NO)	Scompenso cardiaco: tempo medio affinché un trattamento inefficace del paziente sia modificato	+					
46. Monitoraggio reazioni farmacologiche avverse	Scompenso cardiaco: Percentuale di pazienti monitorati per reazioni avverse farmacologiche	+					
47. Tempo di risposta ad una reazione avversa ai farmaci (57) (P; AMDA; NO)	Scompenso cardiaco: Tempo medio occorso per rispondere ad una reazione farmacologica avversa di un paziente	+					

SCHEMA INTEGRATO - SCOMPENSO CARDIACO		AHRQ	JAGS	PICENUM	QOF	ARS-ISA65+	FSC
48. Monitoraggio della digossina	Controllo dei livelli di digossina o sospensione della diossina entro 1 settimana in paziente anziano fragile affetto da scompenso cardiaco che assuma digossina e presenti segni di tossicità.		+				
49. Riospedalizzazione (23) (E; ICSI; O)	Scompenso cardiaco nell'adulto: Percentuale di pazienti adulti con prima diagnosi di scompenso cardiaco che sono riammessi per scompenso cardiaco entro 30 giorni dalla dimissione (indicatore di outcome).	+					x
50. Ospedalizzazione	Tassi di ospedalizzazione per insufficienza cardiaca nella popolazione anziana per Zona-Distretto di Residenza. Ricoveri/1.000 ultra65enni (I.C. 95 %) (indicatore di esito).					+	x
51. Giornate di degenza	Giornate di degenza/1.000 ultra65enni per insufficienza cardiaca nella popolazione anziana per Zona Distretto di Residenza media annuale (indicatore di esito).					+	x
52. Ospedalizzazione (S, A; AHRQ; NO)	Scompenso cardiaco congestizio: tasso di ammissione ospedaliera	+				+	x

3.3. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE – DIABETE MELLITO			
TITOLO	IF:	THEN:	BECAUSE:
1 Diabete adulti: percentuale di pazienti che ricevono un test della microalbuminuria.	Paziente diabetico (18 -75 anni)	Effettuazione del test della microalbuminuria	<p>Il diabete rappresenta principale la causa della malattia renale nel suo stadio terminale. La più precoce evidenza clinica della nefropatia diabetica è l'apparenza di un basso ma anormale livello di albumina nelle urine (microalbuminuria). La precoce scoperta e trattamento può prevenire o rallentare la progressione della complicanza.</p> <p>Secondo l'American Association of Clinical Endocrinologist/American College of Endocrinology (AAACE/ACE) la valutazione iniziale dovrebbe includere un esame dell'urina, il test per la microalbuminuria e la clearance della creatinina.</p> <p>L'American Diabetes Association (ADA) raccomanda un'analisi delle urine di routine al momento della diagnosi nei pazienti con diabete di tipo 2. In caso di positività per la proteina, una misura quantitativa è frequentemente di utilità nello sviluppo del piano di trattamento. In caso di negatività per la proteina, è necessario un test della microalbuminuria.</p> <p>Nel diabete di tipo 1 la microalbuminuria raramente si manifesta dopo un breve periodo; pertanto, lo screening in tali pazienti dovrebbe cominciare dopo 5 anni dall'esordio (anche se dato il ruolo della durata prepuberale del diabete nello sviluppo delle complicanze microvascolari tali raccomandazioni dovrebbero essere applicate su base individuale). Considerata la difficoltà nella determinazione della data di inizio del diabete di tipo 2, questo screening dovrebbe cominciare dal momento della diagnosi. Dopo lo screening iniziale ed in assenza di microalbuminuria precedentemente dimostrata, il test dovrebbe essere effettuato con cadenza annuale.</p> <p>La National Kidney Foundation (NKF) raccomanda che gli individui ad aumentato rischio, ma cui non è stata riscontrata malattia renale cronica, seguano un programma di riduzione del fattore di rischio e si sottopongano ad una ripetuta valutazione periodica.</p>
			(P; NDQIA; NO)

2	<p>Diabete adulti: percentuale di pazienti che non abbiano effettuato l'analisi delle urine o con analisi delle urine negative per le proteine o con tracce di proteine nelle urine che ricevono il test della microalbumina. (P; NDQIA; NO)</p>	<p>Paziente diabetico (18-75 anni) che non abbia effettuato l'analisi delle urine o con analisi delle urine negative per le proteine o con tracce di proteine nelle urine</p>	<p>Effettuazione del test per la microalbumina</p>	<p>Vedi razionale indicatore N°1</p>
3	<p>Diabete adulti: percentuale di pazienti con almeno un test per la microalbumina durante l'anno di misura; o che hanno evidenza di attenzione medica per una esistente nefropatia (diagnosi di nefropatia o documentazione di microalbuminuria o albuminuria). (P; NDQIA; NO)</p>	<p>Paziente diabetico (18-75 anni).</p>	<p>Effettuazione di almeno un test per la microalbumina nell'anno di misura; o evidenza di attenzione medica per una esistente nefropatia (diagnosi di nefropatia o documentazione di microalbuminuria o albuminuria).</p>	<p>Vedi razionale indicatore N°1</p>

3.3. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE – DIABETE MELLITO			
TITOLO	IF:	THEN:	BECAUSE:
<p>4</p> <p>Diabete mellito: Percentuale di pazienti con diabete che hanno una registrazione del test di microalbuminuria nei precedenti 15 mesi (eccezione per la segnalazione di pazienti con proteinuria). (P; BMA; NO)</p>	<p>Paziente diabetico</p>	<p>Registrazione del test della microalbuminuria nei precedenti 15 mesi (eccezione per la segnalazione di pazienti con proteinuria)</p>	<p>I pazienti diabetici sono a rischio di sviluppare la nefropatia. Le misure della perdita di albumina urinaria e della creatinina sierica sono i migliori test di screening per la nefropatia diabetica. Tutti i pazienti con diabete dovrebbero essere sottoposti alla misura della concentrazione di albumina urinaria e della creatinina sierica alla diagnosi e ad intervalli regolari, (in genere annualmente). (SIGN 55, 2001; NICE, Management of Type 2 Diabetes—Renal Disease, Prevention and Early Management, 2002).</p> <p>La nefropatia diabetica è definita da una aumentata escrezione urinaria di albumina superiore ai 300 mg/gg (che indica una proteinuria clinica). I pazienti con proteinuria dovrebbero essere registrati separatamente dopo l'esclusione di una infezione del tratto urinario.</p>
<p>5</p> <p>Diabete mellito: percentuale di pazienti con diabete mellito che hanno una registrazione della stima della velocità di filtrazione glomerulare (eGFR) o del test di creatinina sierica nei precedenti 15 mesi. (P; BMA; NO)</p>	<p>Paziente con diabete</p>	<p>Registrazione della stima eGFR o del test di creatinina sierica nei precedenti 15 mesi.</p>	<p>Vedi rationale indicatore N° 4.</p> <p>La stima della filtrazione glomerulare basata sulla creatinina sierica rappresenta secondo quanto riportato il miglior mezzo per la scoperta delle malattie renali ed il loro nelle fasi precoci. Nel lungo termine, l'eGFR dovrebbe essere di più facile comprensione per i pazienti dal momento che non è richiesta trasformazione logaritmica ai fini della valutazione della variazioni della funzionalità renale.</p>

6	<p>Diabete mellito: tasso di ammissione ospedaliera per complicazioni a lungo termine</p> <p>(S; A; AQRQ;NO).</p>			<p>Questi indicatori utilizzano dati sui ricoveri ospedalieri per la valutazione dei processi di cura ambulatoriali. Con l'eccezione della precoce riospitalizzazione dei pazienti dopo la dimissione, è improbabile che la qualità delle cure ospedaliere sia un determinante significativo dei tassi di ammissione per le condizioni sensibili alle cure ambulatoriali. Viceversa, gli indicatori di qualità per la prevenzione (PQIs) valutano la qualità del sistema delle cure nel suo complesso, e specialmente la qualità delle cure ambulatoriali, nella prevenzione delle complicazioni mediche. Come risultato, queste misure risultano probabilmente di grande per uno screening a livello di popolazione mentre non costituiscono misure definitive di qualità. Essi possono fornire una iniziale informazione circa i potenziali problemi nella comunità che possono richiedere una analisi ulteriormente approfondita. Un appropriato trattamento ambulatoriale e l'aderenza alla cura può ridurre l'incidenza delle complicazioni diabetiche a lungo termine.</p>
7	<p>Cura globale del diabete: percentuale dei membri con diabete mellito (tipo 1 e 2) monitorati per malattie renali (nefropatia)</p> <p>(P; NCQA; MCP; NO)</p>	<p>Soggetto (18-75 anni) con diabete (di tipo 1 e 2) arruolato durante l'anno di misura.</p>	<p>Monitoraggio per la nefropatia: screening per la microalbuminuria; attenzione medica per la nefropatia documentata dalla visita da un nefrologo o un test per la macroalbumina urinaria.</p>	<p>Un efficace utilizzo del monitoraggio per la nefropatia è un importante mezzo per ridurre ai minimi termini ulteriori rischi di salute legati al diabete. Questa misura è coerente con il set di misure del National Diabetes Quality Improvement Alliance (NDQIA).</p>

3.3. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE – DIABETE MELLITO			
TITOLO	IF:	THEN:	BECAUSE:
<p>8</p> <p>Diabete adulti: Percentuale di pazienti che ricevono almeno un esame completo del piede (ispezione visiva, esame della sensibilità con monofilamento, esame dei polsi)</p> <p>(P; NDQIA; NO)</p>	<p>Paziente diabetico (18-75 anni).</p>	<p>Esame completo del piede: (ispezione visiva, esame della sensibilità con monofilamento ed esame dei polsi)</p>	<p>I diabetici presentano un aumentato rischio per ulcere del piede ed amputazione. Un accurato esame annuale del piede e la gestione dei fattori di rischio può prevenire o ritardare outcomes negativi. L'American Association of Clinical Endocrinologist/American College of Endocrinology (AAACE/ACE) e l'American Diabetes Association (ADA) raccomandano che un esame del piede (comprensivo di ispezione visiva, esame della sensibilità ed esame dei polsi) rientri nella valutazione iniziale. L'AAACE/ACE raccomanda poi che l'esame del piede sia parte del follow up da effettuarsi a cadenza trimestrale. L'ADA raccomanda che tutti gli individui con diabete ricevano un esame fisico del piede (che includa la valutazione della sensibilità protettiva, della struttura del piede e della biomeccanica, dello stato vascolare e dell'integrità della cute) al fine di identificare le condizioni ad elevato rischio. L'ADA raccomanda che le persone con una o più condizioni del piede ad elevato rischio siano valutate con maggiore frequenza per lo sviluppo di fattori di rischio aggiuntivi. Le persone con neuropatia dovrebbero ricevere una ispezione visiva dei loro piedi ad ogni incontro con il professionista sanitario</p>
<p>9</p> <p>Diabete adulti: percentuale di pazienti eleggibili che ricevono almeno un esame del piede, definito in ogni modo. (P; NDQIA; NO)</p>	<p>Paziente adulto con diabete (18-75 anni) eleggibile</p>	<p>Esame del piede definito in ogni modo</p>	<p>Vedi razionale dell'indicatore N° 8.</p>
<p>10</p> <p>Diabete mellito: la percentuale di pazienti con diabete con la registrazione del test per la neuropatia nei precedenti 15 mesi (P; BMA; NO)</p>	<p>Paziente (età ≥ 17 anni) con diabete</p>	<p>Registrazione del test della neuropatia nei precedenti 15 mesi</p>	<p>Vedi razionale dell'indicatore N° 4 La misura della sensibilità del piede dovrebbe essere condotta secondo le raccomandazioni contenute nelle linee guida SIGN 55 sulla gestione del diabete. La sensibilità del piede è da considerarsi anormale se la sensibilità al monofilamento e/o la sensibilità vibratoria sono ridotti</p>

<p>11</p> <p>Diabete adulti: percentuali di pazienti che ricevono un esame della retina con dilatazione da parte di un oculista o di un optometrista</p> <p>(P; NDQIA; NO)</p>	<p>Paziente con diabete (età 18-75 anni)</p>	<p>Esame retinico annuale con dilatazione da parte di un oculista o di un optometrista</p>	<p>La retinopatia rappresenta una seria minaccia per la vista. La prevalenza della retinopatia è fortemente correlata alla durata del diabete. Esistono modalità di trattamento che possono prevenire o ritardare la retinopatia diabetica.</p> <p>L'American Association of Clinical Endocrinologist/American College of Endocrinology (AAACE/ACE) e l'American Diabetes Association (ADA) e l'American Academy of Ophthalmology (AAO) raccomandano un esame dell'occhio con dilatazione nel paziente diabetico come parte di una valutazione iniziale e in seguito con cadenza almeno annuale.</p> <p>AAACE/ACE raccomanda un esame annuale dell'occhio come parte del modulo retinico. Tale modulo include il test dell'acuità visiva (Snellen chart); l'esame del fondo oculare ed il test della pressione intraoculare (IOP). L'AAACE/ACE raccomanda che i pazienti diabetici siano seguiti da un oculista esperto nella gestione della retinopatia diabetica e che l'esame dell'occhio con dilatazione sia svolto da un MD/DO.</p> <p>Le raccomandazioni dell'ADA comprendono un esame globale del fondo con dilatazione ed un esame visivo da parte di un oculista o di un optometrista che abbia conoscenza ed esperienza nella gestione della retinopatia diabetica per: tutti i pazienti di età ≥ 10 anni diabetici da 3-5 anni; tutti i pazienti diagnosticati dopo i 30 anni ed ogni paziente con sintomi visivi e/o anomalie. Tuttavia dato il ruolo della durata prepuberale del diabete nello sviluppo di complicazioni microvascolari tali raccomandazioni dovrebbero essere applicate su base individuale.</p> <p>Inoltre, per i pazienti in scarso controllo o sottoposti all'inizio o alla stabilizzazione del trattamento potrebbero essere necessarie visite trimestrali comprensive di una fundoscopia ed un appropriato invio del paziente in caso di accertata retinopatia. AAO raccomanda che i pazienti diabetici siano seguiti da un oculista esperto nella gestione della retinopatia diabetica.</p>
---	--	--	--

3.3. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE – DIABETE MELLITO

12	TITOLO	IF:	THEN:	BECAUSE:
	Cura globale del diabete: Percentuale di membri con diabete mellito (tipo 1 e 2) che hanno ricevuto un esame dell'occhio (retinico) (P; NCQA; NO)	Paziente diabetico (età 17-75 anni) (arruolati con continuità nell'anno di misura)	Effettuazione di un esame dell'occhio retinico	L'esame dell'occhio rappresenta un importante mezzo per rendere minimi i rischi di salute conseguenti al diabete. Questa misura è coerente con il set di misure della National Diabetes Quality Improvement Alliance (NDQIA).
13	Diabete adulti: percentuale di pazienti che ricevono una foto del fondo oculare con l'interpretazione di un oculista o di un optometrista (P; NDQIA; NO)	Paziente diabetico (età 18-75 anni)	Foto fundoscopica con interpretazione da parte di un oculista o di un optometrista	Vedi razionale indicatore N° 11.
14	Diabete adulti: percentuale di pazienti che ricevono un esame dell'occhio con dilatazione o una valutazione di un fotogramma retinico se il paziente è a basso rischio di retinopatia (P; NDQIA; NO)	Paziente con diagnosi di diabete (età 18-75 anni)	Esame dell'occhio con dilatazione o valutazione del fotogramma retinico da parte di un oculista o di un optometrista durante l'anno in analisi se il paziente è a basso rischio (non assume insulina; ha una A1c <8 %; non ha evidenza di retinopatia nel precedente anno).	Vedi razionale indicatore N° 11.

<p>15</p> <p>Diabete adulti: percentuale di pazienti con la più recente misura della pressione ematica < 140/90 mmHg</p>	<p>Paziente con diagnosi di diabete (età 18-75 anni)</p>	<p>Più recente misura della pressione ematica < 140/90 mm Hg</p>	<p>Il controllo intensivo della pressione sanguigna nei diabetici riduce le complicazioni, le morti correlate, gli stroke, lo scompenso cardiaco e le complicazioni microvascolari.</p> <p>L'American Association of Clinical Endocrinologist/American College of Endocrinology (AAACE/ACE) raccomandano la determinazione della pressione (inclusa la valutazione ortostatica) durante la valutazione iniziale ed ad ogni visita.</p> <p>L'American Diabetes Association (ADA) raccomanda una determinazione della pressione durante la valutazione iniziale (con la misura ortostatica quando sia indicata e la comparazione con i valori normali correlati all'età) e nel corso degli esami routinari di follow up.</p> <p>Il Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC VI) raccomanda al fine di evidenziare la disfunzione autonoma e l'ipertensione ortostatica che la pressione sia misurata in posizione supina, seduta ed in piedi in tutti i diabetici; il monitoraggio ambulatorio automatizzato della pressione può risultare particolarmente utile.</p> <p>La National Kidney Foundation (NKF) raccomanda che tutti i soggetti siano valutati durante le visite per il rischio di avere o di sviluppare una malattia renale cronica. Questa valutazione dei fattori di rischio dovrebbe includere la misura della pressione.</p> <p>Chiaramente le raccomandazioni cliniche per le persone con diabete definiscono come obiettivo una pressione < 130/85 mm Hg.</p> <p>L'Alliance public reporting measure pone un cut off <140/90 per due ragioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Per molte valide ragioni il singolo paziente può non raggiungere un target pressorio < 130/85. Pertanto l'obiettivo di 140/90 pare più appropriato per un gruppo numeroso di popolazione (come ad es un piano di salute). 2. A livello di popolazione è desiderabile una distribuzione dei risultati tale da permettere di distinguere le popolazioni. Sulla base dei dati sul trattamento dell'ipertensione del National Committee for Quality Assurance (NCQA) Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS) 2001, almeno il 55 % della popolazione cui il piano sanitario si riferisce non raggiunge valori < 140/90. Pertanto, a questo livello, rimane il margine di miglioramento.
---	--	---	---

3.3. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE – DIABETE MELLITO			
TITOLO	IF:	THEN:	BECAUSE:
16 Diabete mellito: Percentuale di pazienti con diabete nei quali l'ultima misura della pressione ematica è di 145/85 o inferiore. (E; BMA; NO)	Paziente con diabete (età ≥ 17 anni)	Ultima misura pressoria di 145 / 85 o inferiore	Vedi razionale indicatore N° 4 La riduzione dei valori della pressione nei diabetici riduce il rischio di malattie macrovascolari e microvascolari. L'ipertensione nei diabetici dovrebbe essere trattata in modo aggressivo con modificazioni dello stile di vita e terapia farmacologica (SIGN 55, 2001). L'obiettivo di pressione più comunemente identificato nei diabetici è di 140/ 80. Un livello leggermente più elevato (145/ 85) è utilizzato come standard ai fini di audit in comune con altri indicatori.
17 Diabete mellito: percentuale di pazienti con diabete che hanno una registrazione di uno screening retinico nei precedenti 15 mesi (P; BMA; NO)	Paziente con diabete (di età ≥ 17 anni)	Screening retinico nei precedenti 15 mesi	Vedi razionale indicatore N° 4. Data l'efficacia dello screening per la retinopatia diabetica ai fini della scoperta della complicità un screening sistematico a cadenza annuale dovrebbe essere assicurato a tutti i diabetici. Lo screening dovrebbe essere condotto da personale abile.
18 Gestione ambulatoriale del diabete: percentuale di pazienti con almeno un test del profilo lipidico nel precedente periodo in esame. (P;WDHFS; NO)	Paziente con diabete (età 18-75 anni) (vedi criteri inclusione ed esclusione).	Effettuazione di almeno un test per le LDL nel precedente periodo in esame (non meno di 259 giorni di arruolamento)	Questa misura è progettata per misurare e migliorare la performance dei servizi ambulatoriali per le persone con diabete di tipo 1 di tipo 2. Il diabete è noto come il maggiore fattore predisponente per numerosi problemi di salute potenzialmente gravi nel periodo avanzato della vita, ed in particolare la cecità, la malattia renale e la malattia cardiovascolare. Il rischio per queste complicazioni aumenta notevolmente quando la malattia è gestita in modo scadente

19	<p>Diabete adulti: percentuale di pazienti che ricevono uno o più test A1c all'anno</p>	<p>Paziente con diabete di età (18 -75 anni)</p>	<p>Effettuazione del test A1c</p> <p>Il controllo intensivo dell'emoglobina glicosilata (A1c) riduce il rischio di complicazioni microvascolari. L'American Association of Clinical Endocrinologist/American College of Endocrinology (AAACE/ACE) raccomanda che il test A1c sia condotto durante la valutazione iniziale e quella di follow up, che dovrebbe avvenire non oltre un intervallo di 3 mesi.</p> <p>L'AAACE/ACE raccomanda che A1c sia universalmente adottata come metodo per la valutazione del controllo glicemico. Sulla base dei dati di molteplici trials di intervento l'obiettivo del controllo glicemico dovrebbe essere un valore di A1c $\leq 6,5\%$.</p> <p>L'American Diabetes Association (ADA) raccomanda una A1c durante la valutazione iniziale e poi routinariamente. In assenza di studi ben controllati che suggeriscano un protocollo definito per il test, secondo l'opinione degli esperti, l'esame dell'A1c dovrebbe essere effettuato almeno 2 volte all'anno nei pazienti che raggiungono gli obiettivi del trattamento e in buon controllo glicemico o più frequentemente (valutazione trimestrale nei pazienti la cui terapia viene modificata o che non raggiungono gli obiettivi glicemici).</p> <p>L'obiettivo raccomandato dall'ADA è di A1c $< 7\%$. Le raccomandazioni cliniche e gli obiettivi del trattamento per i diabetici definiscono il livello target dell'A1c come $\leq 6,5\%$ o $< 7\%$. Tuttavia la public Alliance riporta misure tarate sul "controllo ridotto" (valori $> 9,0\%$) in opposizione all'"obiettivo di buon controllo", per diverse ragioni tra cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Per molte valide ragioni cliniche un paziente può non raggiungere un livello di A1c $\leq 6,5\%$ o $< 7\%$. Pertanto nel contesto di un gruppo numeroso (ad es. un piano di salute) pare non appropriato un obiettivo di A1c $\leq 6,5\%$ o $< 7\%$. La maggior parte concorderà, tuttavia, che un valore di A1c $> 9\%$ rappresenta un controllo scarso per tutte le tipologie di pazienti. Le misure QI consentono ad un provider di monitorare un progresso individuale del paziente verso l'obiettivo da raggiungere. - A livello di popolazione, è desiderabile avere una distribuzione dei risultati tale da permettere di distinguere le popolazioni. Sulla base dei dati del National Committee for Quality Assurance (NCQA) Health Plan Employer., riportati nel piano di salute nel 2001 il 36,9% della popolazione avrebbe per il livello di A1c valori $> 9,5\%$. Pertanto, il valore mediano è meno del 9,5%.
----	--	--	--

(P; NDQIA; NO)

3.3. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE – DIABETE MELLITO			
TITOLO	IF:	THEN:	BECAUSE:
20 Diabete adulti: percentuale di pazienti con il più recente livelli di A1c maggiore al 9,0 % (ridotto controllo) (E; NDQIA; NO)	Paziente con diabete (età 18-75 anni)	Livello più recente di A1c > 9,0 % (ridotto controllo)	Vedi razionale dell'indicatore N° 18
21 Diabete adulti: percentuale di pazienti il cui stato di fumatore è stato accertato e documentato annualmente (P; NDQIA; NO)	Paziente con diabete di (età 18-75 anni)	Accertamento e documentazione annuale dello stato di fumatore	L'American Association of Clinical Endocrinologist /American College of Endocrinology (AAACE/ACE) raccomanda la valutazione della anamnesi relativa al fumo come parte della visita iniziale. La cura ottimale del paziente con diabete deve includere la cessazione del fumo. L'American Diabetes Association (ADA) raccomanda una valutazione routinaria e approfondita dell'uso del tabacco e per le persone che fumano l'implementazione delle linee guida per la cessazione del fumo come parte integrante della pratica routinaria della cura del diabete
22. Diabete adulti: percentuale di pazienti valutati per lo stato di fumatore (P; NDQIA; NO)	Paziente con diabete (età 18-75 anni)	Valutazione annuale per lo stato di fumatore	Vedi razionale indicatore N°19. I providers dovrebbero avvisare tutti i diabetici di non fumare.

23	<p>Diabete adulti: Percentuale di pazienti con almeno un test per il colesterolo LDL.</p> <p>(P; NDQIA; NO)</p>	<p>Paziente adulto con diabete (età 18-75 anni)</p>	<p>Effettuazione di almeno un test per il dosaggio del colesterolo LDL</p>	<p>I diabetici sono ad aumentato rischio di malattia cardiaca coronarica (CHD). La riduzione dei livelli di colesterolo sierico può ridurre il rischio di eventi cardiovascolari. L'American Association of Clinical Endocrinologists/American College of Endocrinology (AAACE/ACE) raccomanda che sia ottenuto un profilo lipidico a digiuno, durante la valutazione iniziale, ad ogni valutazione di follow up ed annualmente come parte del modulo vascolare cardiaco, cerebroscolare e vascolare periferico. L'American Diabetes Association (ADA) raccomanda che un profilo lipidico a digiuno come parte di una valutazione iniziale. I pazienti adulti con diabete dovrebbero essere testati annualmente per i disordini lipidici con il colesterolo sierico a digiuno, i trigliceridi, il colesterolo HDL ed LDL. Se i valori cadono nei livelli di rischio inferiori, le valutazioni dovrebbero essere ripetute ogni 2 anni</p>
24	<p>Diabete adulti: Percentuale di pazienti eligibili che ricevono o rifiutano l'immunizzazione durante il periodo di calendario</p> <p>(P; NDQIA; NO)</p>	<p>Paziente adulto (età 18-75 anni) con diabete</p>	<p>Immunizzazione o rifiuto di immunizzazione durante il periodo di calendario</p>	<p>I pazienti con diabete sono considerati ad aumentato rischio di complicazioni, ospedalizzazione e morte per influenza e malattia pneumococcica. Secondo l'Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), l'immunizzazione per influenza è fortemente raccomandata per ogni persona di età ≥ 6 mesi che a causa dell'età o di condizioni mediche sia ad aumentato rischio per le complicazioni dell'influenza. L'American Diabetes Association (ADA) raccomanda un vaccino contro l'influenza per i pazienti con diabete di età uguale o superiore ai 6 mesi all'inizio di ogni settembre.</p>
25	<p>Diabete mellito: la practice può produrre un registro di tutti i pazienti di età pari e superiore ai 17 anni con diabete mellito che specifici se il paziente ha un diabete di tipo 1 o 2.</p> <p>(S; BMA; NO)</p>	<p>Paziente con diabete (di età ≥ 17 anni)</p>		<p>Vedi razionale indicatore N° 4 Non è possibile condurre una cura sistematica pianificata per i diabetici senza un registro che costituisca la base per un sistema di richiamata e per la realizzazione di audit di cura.</p>

3.3. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE – DIABETE MELLITO				
	TITOLO	IF:	THEN:	BECAUSE:
26	Diabete adulti: Percentuale di pazienti che ricevono un'immunizzazione per l'influenza durante il periodo di calendario raccomandato (P; NDQIA;NO)	Paziente adulto diabetico (età 18-75 anni)	Immunizzazione durante il periodo di calendario raccomandato	Vedi razionale indicatore N°24
27	Diabete mellito: Percentuale di pazienti con diabete che hanno avuto l'immunizzazione per influenza nel precedente periodo compreso tra il 1 settembre ed il 31 marzo (P; BMA; NO)	Paziente con diabete	Immunizzazione per l'influenza nel precedente periodo compreso tra il 1 settembre ed il 31 marzo	Vedo razionale indicatore N° 4. L'immunizzazione per influenza è una raccomandazione corrente del Departments of Health and the Joint Committee on Vaccination and Immunisation.

28	<p>Diabete mellito: Percentuale di pazienti con diabete per i quali l'ultima HbA1c è 7,5 o inferiore (o test equivalente/ range di riferimento basato sul laboratorio locale) nei precedenti 15 mesi</p> <p>(E; BMA; NO)</p>	<p>Paziente con diabete (di età \geq 17 anni)</p>	<p>Test dell'HbA1c a 7,5 nei precedenti 15 mesi</p>	<p>Vedi razionale indicatore N° 4</p> <p>Per i pazienti diabetici un obiettivo per l'HbA1c dovrebbe essere posto tra il 6,5 ed il 7,5 % sulla base del rischio di complicanze macrovascolari e microvascolari (NICE, Management of Blood Glucose, 2002).</p> <p>Ai fini del Quality Outcomes Framework (QOF) è stato selezionato come un livello ottimale di controllo il valore di 7.5 ai fini dell'audit e del reporting.</p> <p>Le evidenze alla base del valore di HbA1c posto come obiettivo sono basate sul trial di studio per il controllo del diabete e le complicazioni (DCCT) nel diabete di tipo 1, che ha riscontrato ridotte complicazioni microvascolari nei pazienti con l'emoglobina glicata $< 7,5$ (N Engl J Med, 1993). Gli autori delle linee guida NICE per il diabete di tipo II (2002) utilizzano tale evidenza come argomento a favore di un cut off pari a 7,5 nei diabetici di tipo II. Sebbene vi sia una evidenza inferiore a supporto di una specifica soglia per il rischio di malattie macrovascolari nel diabete di tipo II, la soglia del 7,5 % sembra ragionevolmente come un indicatore di qualità per gli obiettivi del QOF e dovrebbe svolgere un ruolo nello spostamento della distribuzione complessiva della glicemia nella popolazione diabetica verso il basso.</p>
29	<p>Diabete mellito: Percentuale di pazienti con diabete nei quali l'ultima HbA1c è pari a 10 o inferiore (o test equivalente/ range di riferimento basato sul laboratorio locale nei precedenti 15 mesi)</p> <p>(E; BMA; NO)</p>	<p>Paziente con diabete (di età \geq 17 anni)</p>	<p>Test dell'HbA1c di valore pari o inferiore a 10 nei precedenti 15 mesi</p>	<p>Vedi razionale indicatore N° 4</p> <p>Raggiungere livelli ottimali di controllo (HbA1c \leq 7.5) nei diabetici è difficoltoso. Per tale motivo è stato introdotto un secondo indicatore di outcome caratterizzato da una soglia fissata a valori \leq 10, per incoraggiare il lavoro dei pazienti con elevati livelli di HbA1c,</p>
30	<p>Curia ambulatoriale del diabete: Percentuale di pazienti con almeno un test emoglobina A1c (HbA1c) condotto nel periodo anteriore di misura analizzato</p> <p>(P; WDHFS; NO)</p>	<p>Paziente con diabete (età 17-75 anni) (vvedi criteri di inclusione e di esclusione)</p>	<p>Rilievo di un test emoglobina (HbA1c) condotto nel periodo anteriore di misura analizzato</p>	<p>Questa misura orientata al miglioramento delle prestazioni è progettata per misurare e migliorare la performance dei servizi ambulatoriali nella gestione delle persone con diabete di tipo I o di tipo II.</p>

3.3. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE – DIABETE MELLITO			
TITOLO	IF:	THEN:	BECAUSE:
31 Diabete adulti: Percentuale di fumatori cui viene raccomandato o offerto un intervento per la cessazione del fumo (ad esempio counseling o terapia farmacologica). (P; NDQIA; NO)	Adulti con diabete (età 18-75 anni) fumatori	Raccomandazione o offerta di un intervento per la cessazione del fumo ad esempio counseling o terapia farmacologica	Vedi razionale indicatore N° 21
32 Diabete mellito: Percentuale di pazienti con diabete che hanno una registrazione della pressione ematica nei precedenti 15 mesi. (P; BMA; NO)	Paziente con diabete (età ≥ 17 anni)	Registrazione della pressione ematica nei precedenti 15 mesi	Vedi razionale indicatore N° 4 La malattia cardiovascolare è la maggiore causa di morbilità e mortalità nelle persone con diabete e la malattia cardiaca coronarica è la più comune causa di morte tra le persone con diabete di tipo II. Molte persone con diabete di tipo II sono ad aumentato rischio di eventi coronarici anche se non hanno malattie cardiovascolari manifeste. L'ipertensione è associata ad un aumentato rischio di molte complicazioni del diabete incluse le malattie cardiovascolari. Pertanto la pressione sanguigna dovrebbe essere misurata nei pazienti con diabete almeno annualmente (NICE, Type 2 Diabetes Management of Blood Pressure and Blood Lipids, 2002). Vedi razionale indicatore N° 6
33 Diabete mellito: Tasso di ammissione per complicazioni a breve termine (S; A; AHRQ; NO)	(età ≥ 18 anni)		Le complicazioni a breve termine del diabete mellito includono la chetoacidosi diabetica, l'iperosmolarità ed il coma. Queste emergenze che minacciano la vita sorgono quando un paziente sperimenta un eccesso di glucosio (iperglicemia) o di insulina (ipoglicemia). Un appropriato trattamento ambulatoriale e l'aderenza alla cura può ridurre l'incidenza di complicazioni diabetiche a lungo termine

34.	Diabete mellito: tasso di amputazione delle estremità. (S; A; AHRQ; NO)	(età ≥ 18 anni)		<p>Vedi razionale indicatore N° 6</p> <p>Il diabete è il maggior fattore di rischio per l'amputazione delle estremità inferiori, che può essere causata da un'infezione, una neuropatia e dalla malattia microvascolare. Un appropriato e continuo trattamento e controllo del glucosio può ridurre l'incidenza dell'amputazione delle estremità inferiori.</p>
35	Diabete mellito: Percentuale di pazienti con diabete con una registrazione della presenza o assenza dei polsi periferici nei precedenti 15 mesi (P; BMA; NO)	Paziente con diabete (età ≥ 17 anni)	Registrazione della presenza o assenza dei polsi periferici nei precedenti 15 mesi	<p>Vedi razionale indicatore N° 4</p> <p>Pazienti con diabete sono ad elevato rischio di complicazioni del piede. L'ispezione per vasculopatia o neuropatia è necessaria per evidenziare i problemi. E' probabile che i pazienti con diabete e problemi ai piedi beneficino dell'invio ad un del servizio specialistico diabetologico per la cura del piede. Tali controlli dovrebbero essere effettuati annualmente</p>
36	Diabete mellito: Percentuale di pazienti con diabete che hanno una registrazione del colesterolo totale nei precedenti 15 mesi. (P; BMA; NO)	Paziente con diabete. (età ≥ 17 anni)	Registrazione del colesterolo totale nei precedenti 15 mesi	<p>Vedi razionale indicatore N° 4</p> <p>Le malattie vascolari comunemente complicano il diabete. Il controllo dei fattori di rischio, incluso il colesterolo sierico, è associato ad una riduzione del rischio vascolare (SIGN 55, 2001). Non risulta chiaro dalla letteratura quanto frequentemente questo dovrebbe essere effettuato, ma l'English National Service Framework (NSF) raccomanda una frequenza annuale. In aggiunta non vi è alcuna indicazione di come a che età valori di colesterolo > 5 devono essere trattati. Ad oggi si raccomanda che tutti i diabetici sul registro (età ≥ a 17 anni) ricevano una misura annuale del colesterolo.</p>

3.3. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE - DIABETE MELLITO			
TITOLO	IF:	THEN:	BECAUSE:
37 Diabete mellito: Percentuale di pazienti con diabete la cui ultima misura del colesterolo totale effettuata nei precedenti 15 mesi è di 5 mmol/l o meno (E; BMA; NO)	Paziente con diabete (età ≥ 17 anni)	Ultima misura del colesterolo totale effettuata nei precedenti 15 mesi ≤ a 5 mmol/l	Vedi razionale indicatore N° 4 Se il colesterolo totale è > 5.0 mmol/l la terapia a base di statine per ridurre i livelli dovrebbe essere iniziata e dosata come necessario. E' in corso un dibattito relativo al livello di colesterolo sierico da considerare come soglia per l'intervento nei pazienti diabetici apparentemente privi di malattia cardiovascolare. L'età in cui la statina debba essere iniziata non è chiara. La pratica suggerisce che tutti i pazienti diabetici di età > 40 anni con un colesterolo > 5 mmol/l devono essere trattati con una statina. Sotto l'età di 40 anni si rende necessaria una decisione tra il medico ed il paziente che può comportare la valutazione di altri fattori di rischio e dell'età del paziente.
38 Diabete adulti: Percentuale di pazienti che ricevono almeno un profilo lipidico. (P; NDQIA; NO)	Paziente adulto diabetico (età 18-75 anni)	Prescrizione di almeno un profilo lipidico	Vedi razionale indicatore N° 23
39 Diabete mellito: Percentuale di pazienti con diabete con una diagnosi di proteinuria o microalbuminuria trattati con ACE inibitori o antagonisti dell'angiotensina II (A2). (P; BMA; NO)	Paziente diabetico con una diagnosi di proteinu- ria o micro- albuminuria (età ≥ 17 anni)	Trattamento con ACE inibitori o con antagonisti A2 (angiotensina II)	Vedi razionale indicatore N° 4 La progressione della malattia renale nei diabetici è rallentata dal trattamento con ACE inibitori e l'evidenza legata ai trials suggerisce che questi sono più efficaci se somministrati ai massimi dosaggi riportati nel British National Formulary (BNF). Sebbene l'evidenza dei trials sia ampiamente basata sugli ACE inibitori, è stato riscontrato che simili benefici derivano dal trattamento con antagonisti dell'angiotensina II (in caso di intolleranza agli ACE inibitori). Pazienti con diagnosi di microalbuminuria o proteinuria dovrebbero essere avviati al trattamento con ACE inibitori o valutati per la terapia con un antagonisti dell'angiotensina II (SIGN 55, 2001).

<p>40</p> <p>Diabete adulti: Percentuale di pazienti cui è prescritta terapia a base di aspirina (dose maggiore o uguale a 75 mg).</p> <p>(P; NDOIA; NO)</p>	<p>Pazienti diabetici (età 18-75 anni)</p>	<p>Prescrizione di terapia a base di aspirina (dose ≥ 75 mg)</p>	<p>Una terapia quotidiana a base di aspirina a basso dosaggio è importante per la prevenzione primaria e secondaria degli eventi cerebrali e cardiaci. L'aspirina è stata utilizzata come terapia per la prevenzione primaria e secondaria di eventi cardiovascolari in diabetici. L'American Association of Clinical Endocrinologists/American College of Endocrinology (AAACE/ACE) raccomanda che la cura ottimale del paziente diabetico includa l'uso della terapia antiplatelet per la prevenzione degli eventi vascolari. La prevenzione degli eventi vascolari da parte dell'effetto antiplatelet di una dose quotidiana di aspirina (30 mg / die) è stata ben stabilita.</p> <p>L'American Diabetes Association (ADA) raccomanda l'aspirina come strategia di prevenzione secondaria nei diabetici di ambo i sessi con evidenza di una diffusa malattia vascolare (infarto miocardico, procedure di Bypass vascolare, stroke e TIA, malattie vascolari periferiche, claudicatio e / o angina).</p> <p>La terapia con aspirina (75-325 mg/die) è raccomandata in tutti i diabetici e malattia macrovascolare.</p> <p>E' inoltre raccomandato di non utilizzare l'aspirina</p> <ul style="list-style-type: none"> - in pazienti più giovani di 21 anni a causa dell' aumentato rischio di sindrome di Reye - E nelle persone con allergia all' aspirina, tendenza al sanguinamento, terapia anticoagulante, sanguinamento gastrointestinale recente e malattie epatiche clinicamente attive <p>L'ADA raccomanda inoltre tale terapia come prevenzione primaria nei diabetici di tipo I e II di ambo i sessi ad elevato rischio (storia familiare di malattia cardiaca coronarica, fumo di sigaretta, ipertensione, obesità (>120% del peso desiderabile), BMI > 27.3 kg/m2 nella donna e > 27.8 kg/m2 nell'uomo, albuminuria (micro macro), colesterolo > 200 mg/dL, (LDL) ≥100 mg/dL, (HDL) < 45 mg/dL nell'uomo, <55 mg/dL nella donna, età >30 anni).</p>
---	--	--	---

3.3. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE - DIABETE MELLITO			
TITOLO	IF:	THEN:	BECAUSE:
<p>41</p> <p>Diabete adulti: Percentuale di pazienti con la più recente misura di colesterolo LDL inferiore ai 130 mg/dL.</p> <p>(E; NDQIA; NO)</p>	<p>Paziente diabetico (età 18-75 anni)</p>	<p>Valori della più recente misura di colesterolo LDL <130 mg/dL</p>	<p>Vedi razionale indicatore N° 23</p> <p>Le raccomandazioni cliniche e gli obiettivi di trattamento per i diabetici definiscono come obiettivo un livello di colesterolo LDL < 100 mg/dL. L'Alleanza pubblica rimane ad un livello \leq 130 mg/dL: per due ragioni</p> <p>1. Per molte valide cliniche ragioni un singolo paziente può non raggiungere un livello di LDL-C <100/mg/dL. Pertanto a livello di un numeroso gruppo di popolazione (ad es. un piano sanitario) pare non appropriato l'obiettivo di LDL <100 mg/dL</p> <p>2. A livello di popolazione è desiderabile avere una distribuzione dei risultati tale che le popolazioni possano essere distinte. Sulla base dei dati del National Committee for Quality Assurance (NCQA) Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS) 2001 almeno il 50 % dei piani sanitari attualmente non raggiungono tra la popolazione un livello <130 mg/dL. Pertanto il margine di miglioramento rimane a questo livello</p>
<p>42</p> <p>Screening della glicemia: Percentuale di persone di età pari o superiore ai 48 anni che hanno effettuato almeno un test del glucosio ematico nei precedenti 3 anni (P; MCHP; NO)</p>	<p>Soggetto di età \geq 48 anni assegnato ad un medico di famiglia</p>	<p>Effettuazione di almeno un test del glucosio ematico nei precedenti 3 anni</p>	<p>La Canadian Diabetes Association raccomanda che le persone siano sottoposte ad uno screening della glicemia data l'elevata prevalenza del diabete. Attualmente gli standards nazionali suggeriscono che soggetti di età \geq45 anni ricevano un test di screening almeno una volta ogni 3 anni.</p>

43	<p>Malattia coronarica arteriosa cronica stabile (CAD): Percentuale di pazienti che hanno anche diabetici e/o una disfunzione ventricolare sistolica sinistra cui è prescritta una terapia con ACE-inibitore o ARB.</p>	<p>Paziente con CAD e diabete e/o (LVSD)* *LVF inferiore al 40 % o una LVSD moderatamente o severamente depressa. (esclusa documentazione di ragioni mediche o relative al paziente per non prescrivere la terapia con un ACE inibitore o ARB.</p>	<p>Prescrizione di terapia con un ACE inibitore o un bloccante del recettore per l'angiotensina (ARB)</p>	<p>Secondo le linee guida dell' American College of Cardiology/ American Heart Association (ACC/AHA), l'uso dell'ACE inibitore è raccomandato in tutti i pazienti con CAD e diabete e/o disfunzione sistolica ventricolare sinistra (LVSD). L'uso dell'ACE inibitore è anche raccomandato in pazienti con CAD ed altre malattie vascolari.</p> <p>Nei pazienti con infarto miocardico ed elevazione del tratto ST (STEMI) che tollerano gli ACE inibitori un bloccante dei recettori per l'angiotensina (ARB) può essere utile come alternativa agli ACE inibitori nella gestione a lungo termine dei pazienti STEMI a condizione che vi siano o segni radiologici o clinici di scompenso cardiaco o la frazione di eiezione ventricolare (LVEF) sia <0,40.</p>
44.	<p>Malattia arteriosa coronarica cronica stabile (CAD): Percentuale di pazienti che hanno ricevuto uno screening per il diabete.</p> <p>(P; ACC / AHA, PCPI, AMA; NO)</p>	<p>Paziente con CAD che non hanno un diabete documentato</p>	<p>Screening per il diabete* * mediante il test del glucosio ematico a digiuno o il test di tolleranza al glucosio (a 2 ore). Le raccomandazioni cliniche indicano che lo screening dovrebbe essere considerato ad intervalli di 3 anni</p>	<p>Secondo le linee guida dell' American Diabetes Association (ADA), American College of Endocrinology (ACE), e l' American Association of Clinical Endocrinologists (AACE) lo screening per il diabete è raccomandato nei pazienti che sono considerati ad elevato rischio (ad es. malattia arteriosa coronarica).</p>

3.3. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE – DIABETE MELLITO			
TITOLO	IF:	THEN:	BECAUSE:
<p>45</p> <p>Depressione: Percentuale di pazienti con diabete e/o malattia cardiaca coronarica (CHD) per i quali è stata condotta la ricerca dei casi in una occasione (durante i precedenti 15 mesi) utilizzando 2 domande di screening standard.</p> <p>(P; BMA; NO)</p>	<p>Paziente con diabete e/o malattia cardiaca coronarica</p>	<p>Ricerca dei casi di depressione in una occasione durante i precedenti 15 mesi mediante l'utilizzo di due domande di screening standard:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Durante l'ultimo mese sei stato oppresso dal sentirsi giù, depresso o senza speranza? 2. Durante l'ultimo mese sei stato spesso oppresso dall' avere poco interesse o piacere nel fare le cose? 	<p>Vi è il 24 % di prevalenza di comorbidità legata alla depressione negli individui con diabete mellito (Goldney et al., Diabetes Care 2004), un tasso di prevalenza tre volte più elevato di quello della popolazione generale. Una recente metanalisi di 42 studi ha riscontrato che la depressione è clinicamente rilevante in circa uno su tre pazienti con diabete (Anderson et al., Diabetes Care 2001). Vi è inoltre qualche evidenza basata sui trial che suggerisce che il trattamento della depressione può migliorare il controllo glicemico (Lustman et al., Psychosomatic Medicine 1997; Lustman et al., Annals of Internal Medicine 1998; Lustman et al., Diabetes Care 2000). Il benessere psicologico è stato poi identificato come un obiettivo importante della gestione del diabete come indicato nella dichiarazione di St Vincent. La guida NICE sulla depressione suggerisce che "lo screening dovrebbe essere condotto nelle cure primarie... per la depressione in gruppi ad elevato rischio (Grado C) e che "lo screening per la depressione dovrebbe includere l'uso di almeno 2 domande riguardanti l'umore e l'interesse:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Durante l'ultimo mese sei stato oppresso dal sentirsi giù, depresso o senza speranza? E ➤ Durante l'ultimo mese sei stato spesso oppresso dall' avere poco interesse o piacere nel fare le cose (NICE Grade B) <p>Una risposta affermativa ad entrambe le domande è considerata un test positivo. Una risposta negativa ad entrambe le domande rende la depressione altamente improbabile. Queste due brevi domande possono essere poste come parte di una revisione del diabete o della malattia cardiaca coronarica ed i pazienti che rispondono in modo affermativo potrebbero essere rinviati al MMG per l'ulteriore valutazione di sintomi come la stanchezza, il senso di colpa, la scarsa concentrazione, il cambiamento del pattern del sonno e dell'appetito, l'ideazione del suicidio, per confermare una diagnosi di depressione (see also Whooley et al., Journal of General Internal Medicine 1997; Arroll et al. BMJ 2003).</p>

46	<p>Cura del diabete: Percentuale di diabetici (identificati mediante una prescrizione farmacologica per il diabete) che hanno ricevuto un test per lo screening del colesterolo nello stesso anno fiscale della prescrizione. (P; MCHP; NO)</p>	<p>Paziente diabetico (definito da una prescrizione macologica) assegnato ad un medico di famiglia</p>	<p>Effettuazione del test per lo screening del colesterolo nello stesso anno fiscale della prescrizione</p>	<p>Una misura della appropriatezza nella cura del diabete consisterebbe nell'assicurare a questi pazienti un test del colesterolo. Dal momento che l'ipercolesterolemia è un fattore di rischio indipendente per i diabetici ed i valori di riferimento sono differenti per i pazienti diabetici è essenziale assicurare ad essi un trattamento appropriato. Le linee guida per la gestione del diabete includono la misura del colesterolo come una strategia appropriata nei pazienti diabetici.</p>
47	<p>Cura del diabete: Percentuale di diabetici (identificati mediante una prescrizione farmacologica per il diabete) che sono stati visitati o da un optometrista o da un oculista nello stesso anno fiscale della prescrizione. (P; MCHP; NO)</p>	<p>Paziente diabetico (definito da una prescrizione macologica) assegnato ad un medico di famiglia</p>	<p>Visita o da parte o di un optometrista o di un oculista nello stesso anno fiscale della prescrizione</p>	<p>Essendo la retinopatia una delle più comuni e serie complicazioni del diabete è raccomandato che tutti i diabetici siano sottoposti a regolare esame delle loro retine da un esperto. Questo esame coinvolge la dilatazione della pupilla e perciò richiede un medico della practice che possa con sicurezza effettuare la fundoscopia.</p>

3.3. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE - DIABETE MELLITO				
TITOLO	IF:	THEN:	BECAUSE:	
48 Diabete mellito: Valore medio di HbA1c per i pazienti diabetici nel sistema clinico informativo (obiettivo < 7 %)	Pazienti con diagnosi di diabete mellito nel sistema clinico informativo che hanno avuto una HbA1c nei trascorsi 12 mesi.	Valore medio di HbA1c * *Somma di tutti i più recenti valori di HbA1c di questi pazienti e dividi per il numero di queste persone	Questa misura è una delle 18 misure che i partecipanti tracciano nella HRSA Health Disparities Collaborative for Diabetes. Se molti pazienti nel sistema informativo clinico non hanno almeno una HbA1c, questa misura può non fornire una utile stima della media della popolazione. Perciò il Diabetes Collaborative richiede ai gruppi di riportare il numero dei pazienti per i quali è stata documentata una HbA1c entro i 12 mesi trascorsi. L'obiettivo < 7% per la media dell'HbA1c deriva dalle attuali American Diabetes Association (ADA) guidelines for individual patients [ADA, Diabetes Care, 2003].	
(E; HDC; NO) 49 Diabete mellito: tasso di ammissione ospedaliera per diabete non controllato.	Popolazione di età ≥ 18 anni	Dimessi di età ≥ 18 anni con un codice (ICD-9-CM) in diagnosi principale per diabete non controllato (senza menzione di complicazioni a breve termine ed a lungo termine)(vedi criteri di inclusione ed esclusione)	Vedi razionale indicatore N°6 Il diabete non controllato dovrebbe essere utilizzato in unione con le complicazioni a breve termine del diabete, che includono la chetoacidosi, l'iperosmolarità ed il coma. Questo indicatore è designato per essere combinato con la misura delle complicazioni a breve termine del diabete (Vedi le National Quality Measures Clearinghouse NQMC della AHRQ) per creare gli Healthy People 2010 indicator. Per fare ciò coloro che gli utilizzano possono semplicemente aggiungere i tassi dei 2 indicatori insieme. Un appropriato trattamento ambulatoriale e l'aderenza alla cura può ridurre l'incidenza di diabete non controllato.	
(S. A; AHRO; NO) 50 Diabete mellito: Percentuale di pazienti di età compresa tra 12 e 70 anni che non sono già sotto terapia con ACEI o ARB ed hanno avuto un test di screening per la microalbuminuria negli ultimi 12 mesi (P; HDC; NO)	Paziente diabetico nel sistema clinico informativo (età 12-70 anni) che non è già in terapia con ACE inibitore o ARB	Test di screening della microalbuminuria negli ultimi 12 mesi	Vedi razionale indicatore N° 48 Lo screening può essere effettuato mediante diversi differenti test: il test del rapporto albumina/creatinina è il test preferito [American Diabetes Association (ADA), Diabetes Care, 2003]. Questo è il test in elenco specificamente misurato nel report riassuntivo per questa misura. La Kidney Disease Outcome Quality Initiative (K/DOQI) clinical practice guidelines for chronic kidney disease [K/DOQI, Am J Kidney Dis, 2002] discute lo screening della microalbuminuria per gli adulti ed i bambini con diabete	

51	<p>Diabete mellito: Percentuali di pazienti di età pari o superiore ai 40 anni che hanno una corrente prescrizione per statine. (P; HDC; NO)</p>	<p>Paziente diabetico (età \geq 40 anni) nel sistema informativo clinico</p>	<p>Numero di pazienti del denominatore che hanno una corrente prescrizione di statine</p>	<p>Vedi razionale indicatore N° 48. La raccomandazione della statina è basata su: Heart Protection Study [Heart Protection Study Collaborative Group, <i>Lancet</i>, 2002; Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS), <i>Lancet</i>, 2004].</p>
52.	<p>Diabete mellito: Percentuale di pazienti che hanno ottenuto un esame dentale negli ultimi 12 mesi (P; HDC;NO)</p>	<p>Paziente diabetico nel sistema clinico informativo</p>	<p>Esame dentale nei precedenti 12 mesi</p>	<p>Vedi razionale indicatore N°48 Il trattamento efficace delle infezioni periodontali e la riduzione dell'infiammazione periodontale è associata con la riduzione dei livelli di glucosio ematico. La precoce scoperta durante esami dentali regolari è molto importante [Grossi et al., <i>J Periodontology</i>, 1997].</p>
53	<p>Diabete mellito: Percentuale di pazienti il cui ultimo documentato tasso di esercizio (entro gli ultimi 12 mesi) era di 3 volte alla settimana per almeno 20 minuti (P; HDC; NO)</p>	<p>Paziente diabetico nel sistema informativo clinico</p>	<p>Ultimo tasso di esercizio documentato (negli ultimi 12 mesi) pari a 3 volte alla settimana per almeno 20 minuti</p>	<p>Vedi razionale indicatore N°48</p>

3.3. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE - DIABETE MELLITO			
TITOLO	IF:	THEN:	BECAUSE:
<p>54</p> <p>Diabete mellito: Percentuale di pazienti con un body mass index (BMI) maggiore di 25 che hanno perso 10 libbre in qualunque momento negli ultimi 12 mesi. (E; HDC; NO)</p>	<p>Paziente diabetico con un BMI > 25 nel sistema informativo clinico</p>	<p>Perdita di 10 libbre negli ultimi 12 mesi* *Confronta il suo massimo peso registrato nel periodo di 12 mesi all'ultimo suo peso registrato</p>	<p>Vedi razionale indicatore N° 48.</p>
<p>55</p> <p>Diabete mellito: Percentuale di pazienti con obiettivi di self management documentati negli ultimi 12 mesi. (P; HDC; NO)</p>	<p>Paziente diabetico nel sistema informativo clinico</p>	<p>Documentazione dell'obiettivo del self management negli ultimi 12 mesi</p>	<p>Vedi razionale indicatore N° 48</p>
<p>56</p> <p>Diabete mellito: Percentuale di membri con diabete (tipo I e II) che hanno gestito ottimamente i fattori di rischio cardiovascolare modificabili (HbA1c, colesterolo LDL, controllo pressorio ematico, uso dell'aspirina e documentato non uso di tabacco). (E, P; HP; NO)</p>	<p>Diabetico (tipo I e 2) (età 18-75 anni). (vedi criteri di inclusione e di esclusione.)</p>	<p>Raggiungimento degli obiettivi del trattamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Livelli di emoglobina A1c (HbA1c) > 0 e ≤ 7 % per il più recente screening. - Livelli delle lipoproteine a bassa densità <100 mg/dl per il più recente screening. - Non uso di tabacco - Controllo della pressione ematica <130/80 mmHg durante l'anno di misura. - Uso di aspirina (età maggiore di 40 anni) (escluse controindicazioni) 	<p>Il diabete è una malattia complessa che può colpire molti apparati del corpo ed è la settima principale causa di morte negli Stati Uniti. Il miglioramento della compliance con le attuali raccomandazioni evidence-based per il trattamento risulta in una riduzione della morbilità e mortalità per diabete</p>

57	<p>Depressione maggiore negli adulti nelle cure primarie: percentuale di pazienti con diabete con documentazione per la depressione.</p> <p>(P; ICSI; NO)</p>	<p>Paziente (età > 18 anni) con diagnosi di diabete durante il quarto obiettivo</p>	<p>Documentazione nella registrazione medica dello screening per la depressione* Institute for Clinical Systems Improvement [ICSI] guideline Major Depression in Adults in Primary Care contenuto nella National Guideline Clearinghouse [NGC]. *Le due domande di screening sono le seguenti: nel mese trascorso sei stato oppresso da - Poco interesse o piacere nelle cose da fare? - Sentirsi giù, depresso o senza speranza?</p>	<p>Lo scopo prioritario perseguito da questa misura è di aumentare la valutazione per la depressione maggiore dei pazienti delle cure primarie che si presentano con una ulteriore condizione cronica come il diabete.</p>
58	<p>Gestione del diabete mellito di tipo II: frequenza dei valori di colesterolo LDL nei pazienti adulti con diabete per categoria: meno di 100 mg/dL, 100-130 mg/dL, più di 130 mg/dL, incalcolabile, non testato.</p> <p>(E, P; ICSI; NO)</p>	<p>Pazienti con diabete mellito che hanno avuto un incontro nell'ultimo mese (età 18-75 anni). Vedi criteri di inclusione ed esclusione)</p>	<p>Numero di pazienti con valore del test del colesterolo LDL più recente (condotto entro i 12 mesi) per le seguenti categorie: a. Meno di 100 mg/dL b. Da 100 a 130 mg/dL c. Maggiore di 130 mg/dL d. Non testato negli ultimi 12 mesi e. Incalcolabile</p>	<p>Gli scopi prioritari perseguiti da questa misura sono: 1. Aumentare la percentuale di pazienti con diabete di età 18-75 anni per i quali è stata raggiunta la frequenza raccomandata dei profili lipidici ricevuti negli ultimi 12 mesi e l'obiettivo ideale del trattamento (valori di LDL <100 mg/dL). 2. Ridurre la percentuale di pazienti con diabete e fattori di rischio cardiovascolare scarsamente controllati (test LDL nell'ultimo anno > 130 mg/dL)</p>

SCHEMA INTEGRATO – DIABETE MELLITO		AHRQ	JAGS	PICENUM	QOF	ARS-ISA65+	FSC
1. Screening del diabete (42) (P; MCHP; NO)	Screening della glicemia: Percentuale di pazienti di età pari o superiore ai 48 anni che hanno effettuato almeno un test del glucosio ematico nei precedenti 3 anni	+					x
2. Screening diabete in CAD (44) (P; ACC/AHA, PCPI, AMA; NO)	Malattia arteriosa coronarica cronica stabile (CAD): Percentuale di pazienti che hanno ricevuto uno screening per il diabete.	+					x
3. Registro di patologia (25) (S; BMA; NO)	La practice può produrre un registro di tutti i pazienti di età pari e superiore ai 17 anni con diabete mellito che specifici se il paziente ha un diabete di tipo 1 o 2. / La practice può produrre un registro di tutti i pazienti con diabete mellito (NGMSC) (indicatore di struttura)	+			+		
4. Microalbuminuria (1) (P; NDQIA; NO)	Diabete adulti: percentuale di pazienti che ricevono un test per la microalbuminuria	+					
5. Microalbuminuria (2) (P; NDQIA; NO)	Diabete adulti: percentuale di pazienti che non abbiano effettuato l'analisi delle urine o con analisi delle urine negative per le proteine o con tracce di proteine nelle urine che ricevono il test della microalbumina	+					
6. Microalbuminuria (3) (P; NDQIA; NO)	Diabete adulti: percentuale di pazienti con almeno un test per la microalbumina durante l'anno di misura; o che hanno evidenza di attenzione medica per una esistente nefropatia (diagnosi di nefropatia o documentazione di microalbuminuria o albuminuria)	+					x

7. Microalbuminuria (4) (P; BMA; NO)	Diabete mellito: Percentuale di pazienti con diabete che hanno una registrazione del test di microalbuminuria nei precedenti 15 mesi (eccezione per la segnalazione di pazienti con proteinuria).	+				+			X
8. Microalbuminuria (50) (P; HDC; NO)	Diabete mellito: Percentuale di pazienti di età compresa tra 12 e 70 anni che non sono già sotto terapia con ACEI o ARB ed hanno avuto un test di screening per la microalbuminuria negli ultimi 12 mesi	+							X
9. Esame routinario delle urine	Test annuale per la proteinuria in paziente anziano fragile affetto da diabete mellito in assenza di una accertata malattia renale e della somministrazione di un ACE-inibitore o un farmaco bloccante i recettori dell'angiotensina.					+			X
10. Test della creatinina	Percentuale di diabetici che hanno una registrazione del test della creatinina sierica nei precedenti 15 mesi.								X
11. GFR (5) (P; BMA; NO)	Diabete mellito: la percentuale di pazienti con diabete mellito che hanno una registrazione della stima della velocità di filtrazione glomerulare (eGFR) o del test di creatinina sierica nei precedenti 15 mesi.	+							X
12. Monitoraggio malattie renali (7) (P; NCQA; NO)	Cura globale del diabete: percentuale dei membri con diabete mellito (tipo 1 e 2) che sono monitorati per malattie renali (nefropatia).	+							X
13. Esame del piede (8) (P; NDQIA; NO)	Diabete adulti: Percentuale di pazienti che ricevono almeno un esame completo del piede ispezione visiva, esame della sensibilità con monofilamento, esame dei polsi).	+							

SCHEMA INTEGRATO – DIABETE MELLITO		AHRQ	JAGS	PICENUM	QOF	ARS-ISA65+	FSC
14. Esame dei polsi periferici (35) (P; BMA; NO)	Percentuale di diabetici con la registrazione della presenza o assenza di polsi periferici nei precedenti 15 mesi.	+			+		
15. Esame del piede (9) (P; NDQIA; NO)	Diabete adulti: percentuale di pazienti eligibili che ricevono almeno un esame del piede, definito in ogni modo / Percentuale di diabetici sottoposti ad esame obiettivo del piede nel precedente anno (Picenum)/ Esame annuale del piede in paziente anziano fragile affetto da diabete (JAGS).	+	+	+			
16. Amputazione delle estremità (34) (S; A; AHRQ;NO)	Tasso di amputazione delle estremità	+					X
17. Test per la neuropatia (10) (P; BMA; NO)	Diabete mellito: la percentuale di pazienti con diabete con la registrazione del test per la neuropatia nei precedenti 15 mesi.	+			+		X
18. Screening retinico (17) (P; BMA; NO)	Diabete mellito: percentuale di pazienti con diabete che hanno una registrazione di uno screening retinico nei precedenti 15 mesi.	+			+		X
19. Esame della retina (11) (P; NDQIA; NO); (12) (P; NCQA)	Diabete adulti. Percentuale di pazienti che ricevono un esame della retina con dilatazione da parte di un oculista o di un optometrista/ Cura globale del diabete: Percentuale di membri con diabete mellito (tipo 1 e 2) che hanno ricevuto un esame dell'occhio (retinico).	+					X

20. Esame della retina	Documentazione della presenza e del grado della retinopatia. (periodo di follow-up di 2-4 mesi per l'edema maculare clinicamente significativo; periodo di follow-up di 1-6 mesi per la retinopatia proliferativa ad elevato rischio) in paziente anziano fragile affetto da diabete mellito sottoposto ad esame della retina (JAGS).	+				
21. Foto del fondo oculare (13) (P; NDQIA;NO)	Diabete adulti: percentuale di pazienti che ricevono una foto del fondo oculare con interpretazione da parte di un oculista o di un optometrista / Percentuale di diabetici sottoposti ad esame del fondo oculare nel precedente anno (Piconum).	+				x
22. Esame dell'occhio e fotogramma retinico (14) (P; NDQIA; NO); (12) (P; NCQA; NO); (47) (P; MCHP; NO)	Diabete adulti: percentuale di pazienti che ricevono un esame dell'occhio con dilatazione o una valutazione di un fotogramma retinico se il paziente è a basso rischio di retinopatia / Esame retinico condotto da uno specialista ogni 2 anni in paziente anziano fragile affetto da diabete mellito non cieco e senza diagnosi di retinopatia al precedente esame (JAGS) / Cura globale del diabete: Percentuale di membri con diabete mellito (tipo 1 e 2) che hanno ricevuto un esame dell'occhio (retinico) (AHRQ)/ Cura del diabete: Percentuale di diabetici (definiti come coloro che hanno avuto almeno un farmaco utilizzato per il trattamento del diabete che sono stati visitati o da un optometrista o da un oculista nello stesso anno fiscale della prescrizione (AHRQ).	+				x

SCHEMA INTEGRATO – DIABETE MELLITO		AHRQ	JAGS	PICENUM	QOF	ARS-ISA65+	FSC
23. Pressione sanguigna (32) (P; BMA; NO)	Percentuale di pazienti diabetici che hanno una registrazione della pressione sanguigna nei precedenti 15 mesi (NGMSC) e (AHRQ)/ Misura della pressione sanguigna ad ogni visita nel setting delle cure primarie e dell'endocrinologo in paziente anziano fragile affetto da diabete mellito (JAGS).	+	+		+		
24. Pressione sanguigna (15) (E; NDQIA; NO); (16) (E; BMA; NO)	Diabete adulti: percentuale di pazienti con la più recente misura della pressione ematica inferiore a 140/90 mmHg/ Percentuale di pazienti con diabete nei quali l'ultima misura della pressione ematica è di 145/ 85 o inferiore (AHRQ) / 145/85 negli ultimi 15 mesi (Picenum) / 145/85 o inferiore (NGMSC).	+		+	+		
25. Terapia dell'ipertensione	Intervento (farmacologico, sullo stile di vita, sulla compliance) o documentazione di una causa reversibile o di un'altra giustificazione per tali valori elevati in paziente anziano fragile affetto da diabete mellito con persistente elevazione della pressione sistolica (> 130 mmHg a due consecutive visite).		+				

26. Profilo lipidico	<p>Gestione ambulatoriale del diabete: percentuale di pazienti con almeno un test del profilo lipidico nel precedente periodo in esame (AHRQ)/ Diabete adulti: Percentuale di pazienti che ricevono almeno un profilo lipidico (o di tutti i tests che lo compongono) (AHRQ) Diabete adulti: Percentuale di pazienti con almeno un test per il colesterolo LDL (AHRQ)/ precedenti 2 anni (Picenum) / Percentuale di diabetici che hanno una registrazione del colesterolo totale nei precedenti 15 mesi (NGMSC), (AHRQ)/ Cura del diabete: Percentuale di pazienti diabetici (definiti come coloro che hanno almeno un farmaco utilizzato per trattare il diabete che hanno avuto un test per lo screening del colesterolo nello stesso anno fiscale della prescrizione (AHRQ)</p>					
(18) (P; WDHS; NO)						
(23) (P; NDQIA; NO)						
(36) (P; BMA; NO)						
(38) (P; NDQIA; NO)						
(46) (P; MCHP; NO)						x
27. Valori del colesterolo LDL	Diabete adulti: Percentuale di pazienti con la più recente misura di colesterolo LDL inferiore ai 130 mg/dL.					
(41) (E; NDQIA; NO)						
28. Profilo lipidico	Percentuale di diabetici la cui ultima misura del colesterolo totale entro i precedenti 15 mesi è di 5mmol/l o inferiore					
(37) (E; BMA; NO)						
29. Frequenza dei valori del colesterolo LDL per categoria nei diabetici di tipo II	Gestione del diabete mellito di tipo II: frequenza dei valori di colesterolo LDL nei pazienti adulti con diabete per categoria: meno di 100 mg/dL, 100-130 mg/dL, più di 130 mg/dL, incalcolabile, non testato.					
(58) (E, P; ICSI; NO)						
30. Registrazione BMI	Percentuale di pazienti con diabete le cui note registrano il BMI nei precedenti 15 mesi					
31. Perdita di peso	Diabete mellito: Percentuale di pazienti con un body mass index (BMI) maggiore di 25 che hanno perso 10 libbre in qualunque momento negli ultimi 12 mesi					
(54) (E; HDC; NO)						

SCHEMA INTEGRATO – DIABETE MELLITO		AHRQ	JAGS	PICENUM	QOF	ARS-ISA65+	FSC
32. Emoglobina glicata	Diabete adulti: percentuale di pazienti che ricevono uno o più test HbA1c all'anno / Cura ambulatoriale del diabete: Percentuale di pazienti con almeno un test emoglobina A1c (HbA1c) condotto nel periodo anteriore di misura analizzato/ Percentuale di diabetici sottoposti a dosaggio dell'Hb1c nel precedente anno (Picenum)/ Percentuale di pazienti con diabete che hanno una registrazione di HbA1c o equivalente nei precedenti 15 mesi (NGMSC) / Misura annuale dell'emoglobina glicata in paziente anziano fragile affetto da diabete mellito.	+	+	+	+	+	x
(19) (P; NDQIA; NO) (30) (P; WDHFS; NO).							
33. Emoglobina glicata	Diabete adulti: percentuale di pazienti con il più recente livelli di HbA1c maggiore al 9,0 % (ridotto controllo).	+					
(20) (E; NDQIA; NO)							
34. Emoglobina glicata	Percentuale di diabetici con ultimo valore di HbA1c inferiore o uguale a 7,4 % negli ultimi 15 mesi / o test equivalente: range di riferimento basato sul laboratorio locale (NGMSC) / Percentuale di diabetici con ultimo valore di HbA1c è uguale o inferiore a 10 (o test equivalente: range di riferimento basato sul laboratorio locale) negli ultimi 15 mesi (NGMSC)/ Diabete mellito: Valore medio di HbA1c per i pazienti diabetici nel sistema clinico informativo (obiettivo < 7 % [ADA, Diabetes Care, 2003]. (AHRQ)	+		+	+		
(28) (E; BMA; NO) (29) (E; BMA; NO) (48) (E; HDC; NO)							

35. Miglioramento del controllo glicemico	Intervento terapeutico entro 3 mesi per una HbA1c pari al 9-10,9 % ed entro un mese per una HbA1c > 11 % in paziente anziano fragile con una elevata HbA1c									
36. Fumo di tabacco (21) (P; NDQIA; NO)	Diabete adulti: percentuale di pazienti il cui stato di fumatore è stato accertato e documentato annualmente/ percentuale di diabetici con dato di fumo registrato (Picenium) /nei precedenti 15 mesi ad eccezione di coloro che non hanno mai fumato il cui stato di fumatore dovrebbe essere registrato una sola volta (NGMSC)	+	+	+						
37. Fumo di tabacco (22) (P; NDQIA; NO)	Diabete adulti: percentuale di pazienti valutati per lo stato di fumatore.	+								
38. Cessazione del fumo (31) (P; NDQIA; NO)	Percentuale di pazienti con diabete che fumano e le cui note contengono una registrazione dell'offerta di consigli nei precedenti 15 mesi/ Diabete adulti: Percentuale di fumatori cui viene raccomandato o offerto un intervento per la cessazione del fumo (ad esempio counseling o terapia farmacologica) (AHRQ)	+						+		
39. Frequenza esercizio fisico (53) (P; HDC; NO)	Diabete mellito: Percentuale di pazienti il cui ultimo documentato tasso di esercizio (entro gli ultimi 12 mesi) era di 3 volte alla settimana per almeno 20 minuti	+								

SCHEMA INTEGRATO – DIABETE MELLITO		AHRQ	JAGS	PICENUM	QOF	ARS-ISA65+	FSC
40. Gestione dei fattori di rischio cardiovascolare (56)(E, P; HP; NO)	Diabete mellito: Percentuale di membri con diabete (tipo I e tipo II) che hanno gestito ottimamente i fattori di rischio cardiovascolare modificabili (HbA1c, colesterolo LDL, controllo pressorio ematico, uso dell'aspirina e documentato non uso di tabacco)	+					
41. Self-management (55) (P; HDC; NO)	Diabete mellito: Percentuale di pazienti con obiettivi di self management documentati negli ultimi 12 mesi	+					
42. Terapia (39) (P; BMA; NO)	Percentuale di diabetici con proteinuria o microalbuminuria trattati con ACE inibitori (o A2 antagonisti/ Diabete mellito: Percentuale di pazienti con diabete con una diagnosi di proteinuria o microalbuminuria che sono trattati con ACE inibitori o antagonisti dell'angiotensina II (A2)	+	+		+		
43. Terapia CAD, diabete e/o LVSD (43) (P; ACC / AHA, PCPL, AMA; NO)	Malattia coronarica arteriosa cronica stabile (CAD): Percentuale di pazienti che hanno anche il diabete e/o una disfunzione ventricolare sistolica sinistra cui è prescritta una terapia con ACE-inibitore o ARB.	+					
44. Terapia (40) (P; NDQIA; NO)	Prescrizione quotidiana di aspirina in paziente anziano fragile affetto da diabete mellito che non riceva terapia anticoagulante o antiplatelet / Diabete adulti: Percentuale di pazienti cui è prescritta terapia a base di aspirina (dose maggiore o uguale a 75 mg) (AHRQ)	+	+				x
45. Terapia (51) (P; HDC; NO)	Diabete mellito: Percentuale di pazienti di età pari o superiore ai 40 anni che hanno una corrente prescrizione per statine	+					x

46. Terapia	Offerta entro i tre mesi di un intervento farmacologico o mirato allo stile di vita in paziente anziano fragile affetto da diabete mellito con elevati livelli a digiuno di colesterolo LDL (> 130 mg/ dL)	+							
47. Ospedalizzazione	Tasso di ospedalizzazione per diabete nella popolazione anziana per Zona-Distretto di residenza; ricoveri /1.000 ultra65enni (I.C. 95 %)							+	X
48. Ospedalizzazione	Tasso di ospedalizzazione per diabete nella popolazione anziana; ricoveri per 100.000 ultra65enni (I.C. 95 %)							+	X
49. Ospedalizzazione (6) (S; A; AQRQ; NO).	Diabete mellito: tasso di ammissione ospedaliera per complicazioni a lungo termine (indicatore di salute della popolazione e di accesso).							+	X
50. Ospedalizzazione (33) (S; A; AHRQ;NO)	Diabete mellito: Tasso di ammissione per complicazioni a breve termine							+	X
51. Ospedalizzazione (49) (S, A; AHRQ;NO)	Diabete mellito: tasso di ammissione ospedaliera per diabete non controllato							+	X
52. Giornate di degenza	Giornate di degenza per 1.000 ultra65enni per diabete nella popolazione anziana per Zona-Distretto di residenza (media annuale)							+	X
53. Esame dentale (52) (P; HDC;NO)	Diabete mellito: Percentuale di pazienti che hanno ottenuto un esame dentale negli ultimi 12 mesi							+	

SCHEMA INTEGRATO – DIABETE MELLITO		AHRQ	JAGS	PICENUM	QOF	ARS-ISA65+	FSC
54. Vaccinazione antinfluenzale (24) (P; NDQIA; NO) (26) (P; NDQIA; NO) (27) (P; BMA; NO)	Diabete adulti: Percentuale di pazienti eligibili che ricevono una immunizzazione o che rifiutano l'immunizzazione durante il periodo di calendario/ Diabete adulti: Percentuale di pazienti che ricevono un'immunizzazione per l'influenza durante il periodo di calendario raccomandato/ Percentuale di diabetici sottoposti a vaccinazione antinfluenzale nel precedente periodo compreso tra il 1 settembre ed il 31 marzo (NGMSC), (AHRQ)	+		+	+		
55. Screening della depressione (45) (P; BMA; NO) (57) (P; ICSI; NO)	Depressione: Percentuale di pazienti con diabete e/o malattia cardiaca coronarica (CHD) per i quali è stata condotta la ricerca dei casi in una occasione durante i precedenti 15 mesi utilizzando 2 domande di screening standard / Depressione maggiore negli adulti nelle cure primarie: percentuale di pazienti con diabete con documentazione dello screening per la depressione (AHRQ).	+					

3.4. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE - BPCO

TITOLO	IF	THEN:	BECAUSE:
1 Percentuale di pazienti con BPCO in cui la diagnosi è stata confermata mediante la spirometria inclusiva dei test di reversibilità (P; BMA; NO)	Paziente sintomatico per BPCO	Spirometria che documenti un FEV1 < 70 % del valore normale predetto un rapporto FEV1/FVC < 70 % ed una risposta < 15 % ad un test di reversibilità	Il FEV1 è impostato al 70 % sebbene le linee guida GOLD e BTS stabiliscano un valore dell' 80 %. Il rationale è che un significativo numero di pazienti con un FEV1 < 80 % del predetto possono avere minimi sintomi. L'uso del 70 % consente ai clinici di concentrarsi sulla BPCO sintomatica. A differenza dell' asma l' ostruzione del flusso aereo nella BPCO come misurata dal FEV1 non può mai restituire valori normali
2 Percentuale di pazienti con BPCO con una registrazione del FEV1 nei precedenti 15 mesi (P; BMA; NO)	Paziente affetto BPCO	Esecuzione della spirometria (con la registrazione del FEV1 nei precedenti 15 mesi)	Nei pazienti con BPCO c'è un graduale deterioramento della funzionalità polmonare che accelera con il trascorrere del tempo. Ci sono importanti interventi che possono migliorare la qualità della vita nei pazienti con una BPCO severa. E' perciò importante monitorare la funzionalità respiratoria al fine di identificare i pazienti che potrebbero trarre beneficio dalla riabilitazione polmonare o dalla ossigenoterapia. L'attuale orientamento stabilisce che in assenza di chiare linee guida relative alla frequenza ottimale della spirometria l'intervallo temporale è, nella prassi, posto a 2 anni. Tuttavia le linee guida NICE 12 (febbraio 2004) approvate dalla British Thoracic Society, ora suggeriscono che il FEV1 e la tecnica di inalazione dovrebbero essere valutate almeno annualmente per le persone con BPCO lieve/moderata (e di fatto almeno due volte l'anno per le persone con BPCO severa). Lo scopo di un regolare monitoraggio è di identificare i pazienti con una crescente severità della malattia che possono trarre giovamento da un più intensivo trattamento/revisione diagnostica. Il Quality and Outcome Framework (QOF) non stabilisce specifici criteri per la gestione della BPCO severa. Tuttavia le practices dovrebbero identificare dai sintomi e da una regolare spirometria quei pazienti che potrebbero beneficiare da una ossigenoterapia a lungo termine e dalla riabilitazione polmonare

3.4. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE - BPCO				
TITOLO	IF	THEN:	BECAUSE:	
3 La pratica può produrre un registro per i pazienti con BPCO (S; BMA; NO)	La pratica ha una popolazione di pazienti affetti da BPCO (una pratica alla volta)	Produzione di un registro di pazienti affetti da BPCO	La BPCO è una comune condizione disabilitante con una elevata mortalità. Il trattamento più efficace è la cessazione del fumo. E' stato dimostrato che l'ossigenoterapia prolunga la vita negli ultimi stadi della malattia ed ha un impatto benefico sulla capacità di esercizio e sullo stato mentale. Alcuni pazienti rispondono agli steroidi per via inalatoria. Molti pazienti rispondono nei termini di un miglioramento sintomatologico ai beta-agonisti per via inalatoria ed agli anti-collinergici. La riabilitazione polmonare ha mostrato produrre un miglioramento nella qualità della vita. La maggior parte dei pazienti con BPCO sono gestiti dal MMG e dai membri del team delle cure primarie, con successivo rinvio alle cure secondarie quando sia richiesto	
4. Percentuale di pazienti con BPCO che hanno avuto la vaccinazione antinfluenzale nel precedente periodo compreso tra il 1 settembre ed il 31 marzo (P; BMA; NO)	Paziente affetto ad BPCO	Vaccinazione antinfluenzale nel precedente periodo compreso tra il 1 settembre ed il 31 marzo	Questa è una raccomandazione attuale del Departments of Health and the Joint Committee on Vaccination and Immunisation	
5 Percentuale di pazienti con BPCO che ricevono trattamento inalatorio per i quali sia stato registrato l'avvenuto controllo della tecnica di inalazione nei precedenti 15 mesi (P; BMA; NO)	Paziente affetto ad BPCO in trattamento inalatorio	Registrazione dell'avvenuto controllo della tecnica di inalazione nei precedenti 15 mesi	Tutti i pazienti devono essere gestiti secondo le linee guida per la BPCO della British Thoracic Society. Tutti i pazienti sintomatici devono ricevere un beta-agonista a rapida azione e se già sintomatici una prova della tecnica di inalazione degli steroidi. Nel caso in cui non ci siano obiettivi benefici lo steroide per via inalatoria non dovrebbe essere continuato. Le riacutizzazioni dovrebbero in generale essere trattate con una combinazione di antibiotici e steroidi orali. Vi è evidenza che la terapia inalatoria può migliorare la qualità della vita in molti pazienti affetti da BPCO. Tuttavia vi è evidenza che i pazienti necessitano di un training nella tecnica di inalazione e che questo training richieda dei rinforzi	

6	<p>Percentuale dei membri del piano di salute si età pari o superiore ai 42 anni con una nuova diagnosi di BPCO che ricevono un appropriato test spirometrico a conferma della diagnosi entro un ragionevole periodo di tempo. (Questa misura identifica i casi incidenti mediante l'utilizzo di un chiaro periodo temporale) (P; NCQA; NO)</p>	<p>Membri del piano di salute di età \geq 40 anni al 31 dicembre dell'anno oggetto di misura con una nuova diagnosi di BPCO</p>	<p>Effettuazione di un appropriato test spirometrico mirato alla conferma diagnostica</p>	<p>La spirometria è un semplice test che misura la quantità di aria che una persona può espirare ed il totale del tempo che impiega a compierlo. Sia i pazienti sintomatici che gli asintomatici dovrebbero essere sottoposti ad una spirometria al fine di stabilire la severità della limitazione del flusso aereo. Diverse linee guida scientifiche società specialistiche raccomandano l'uso del test della spirometria a conferma della diagnosi di BPCO ed al fine di determinare la severità della limitazione del flusso aereo; tuttavia il test della spirometria è largamente sottoutilizzato</p>
7	<p>Percentuale di pazienti affetti da BPCO dei quali il medico indaga la cessazione del fumo (se il paziente è fumatore) ad ogni visita (P:ICSI; NO)</p>	<p>Paziente affetto da BPCO, fumatore</p>	<p>Documentazione dell'indagine da parte del medico sulla cessazione del fumo ad ogni visita</p>	<p>L'obiettivo principale di questa misura è quello di aumentare il numero di pazienti con BPCO che ricevono informazione sulle possibilità per la cessazione del fumo di tabacco e sui rischi che comporta continuare a fumare</p>

3.4. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE - BPCO				
TITOLO	IF	THEN:	BECAUSE:	
8 Percentuale di pazienti con una o una combinazione delle seguenti condizioni: malattia cardiaca coronaria, stroke o tia, ipertensione diabeto, BPCO, o asma le cui note registrano lo stato di fumatore nei precedenti 15 mesi (P; BMA, NO)	Paziente affetto da una o più delle seguenti malattie: malattia cardiaca coronaria, stroke o tia, ipertensione, diabete, BPCO, o asma	Registrazione dello stato di fumatore nei precedenti 15 mesi	La cessazione del fumo è l'unico intervento più efficace e costo-efficace al fine di ridurre il rischio di sviluppo di BPCO e di bloccarne la progressione. E' molto improbabile, che nel corso della vita i non fumatori comincino a fumare ed essi invero trovano abbastanza irritante essere ripetutamente sottoposti domande relative il loro stato di fumatori. Pertanto, lo stato di fumatori per questo gruppo di pazienti dovrebbe essere registrato una sola volta dal momento della diagnosi.	
9 Tasso di ammissione per BPCO per 100.000 abitanti (S; A; AHRO; NO)	Popolazione di età pari o superiore ai 18 anni	Dimissioni di età pari o superiore ai 18 anni con un codice ICD9-CM in diagnosi principale di BPCO (vedi criteri inclusione ed esclusione)	Come indicatore qualitativo di prevenzione (PQI), la BPCO non è una misura della qualità dell'ospedale, ma invece una misura delle cure ambulatoriali e delle altre cure. Esso non è stato validato ad eccezione che come parte di un set di indicatori. I Providers possono ridurre il tasso di ammissione, senza effettivamente migliorare la qualità attraverso uno spostamento delle cure in un setting ambulatoriale. Mentre questi indicatori utilizzano i dati ospedalieri, si focalizzano su un contesto di cura ambulatoriale. Con l'eccezione del caso dei pazienti che sono riammessi subito dopo la dimissione dall'ospedale la qualità delle cure ospedaliere è improbabile che sia un determinante significativo dei tassi di ammissione per le condizioni sensibili alle cure ambulatoriali. Invece, gli indicatori qualitativi di prevenzione (PQIs) valutano la qualità del sistema di cure nel suo complesso, e specialmente la qualità della cura ambulatoriale nella prevenzione delle complicazioni mediche. Ne risulta che queste misure sono più probabilmente di maggior valore quando siano calcolate a livello di popolazione come mezzo di screening invece che come misure definitive della qualità. Essi possono fornire una iniziale informazione sui potenziali problemi della comunità che possono richiedere una ulteriore analisi più approfondita	

10	<p>Percentuale di pazienti con una o una combinazione delle seguenti condizioni: malattia cardiaca coronarica, stroke o tia, ipertensione, diabete, BPCO, o asma che fumano le cui note contengono la registrazione sull'offerta di consigli per smettere di fumare o sull'invio ad un servizio specialistico, dove disponibile nei precedenti 15 mesi (P; BMA; NO)</p>	<p>Pazienti con una o una combinazione delle seguenti condizioni: malattia cardiaca coronarica, stroke o tia, ipertensione, diabete, BPCO, o asma che fumano</p>	<p>Registrazione dell'offerta di consigli per smettere di fumare o sull'invio ad un servizio specialistico, dove disponibile nei precedenti 15 mesi</p>	<p>Diverse strategie sono state utilizzate con la finalità di aiutare le persone a smettere di fumare. Una metanalisi di trials controllati in pazienti dopo infarto miocardio mostra che una combinazione di consigli forniti a livello individuale o di gruppo e di assistenza rinforzata in diverse occasioni-inizialmente durante la riabilitazione cardiologica con rinforzo da parte del team delle cure primarie- ha dato i più elevati tassi di successo. Numerosi studi hanno recentemente mostrato benefici dalla prescrizione di terapia sostitutiva a base di nicotina o terapia con bupropione in pazienti che avevano manifestato la volontà di smettere di fumare. Un'ulteriore guida è disponibile da parte del National Institute for Clinical Excellence. La registrazione dei della offerta di consigli per smettere di fumare non necessariamente riflette la qualità dell'intervento è pertanto stato proposto che il solo consiglio sul fumo dovrebbe essere parte del quadro di riferimento. I clinici possono scegliere di registrare i consigli dati in relazione agli altri fattori di rischio modificabili</p>
11	<p>Percentuale di pazienti di età pari o superiore ai 18 anni con la diagnosi di BPCO che vengono valutati per i sintomi di BPCO almeno annualmente (P; PCPI; AMA; NO)</p>	<p>Paziente di età \geq 18 anni con diagnosi di BPCO</p>	<p>Valutazione dei sintomi durante una o più visite ambulatoriali ogni anno</p>	<p>Secondo il National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI)/World Health Organization (WHO), i sintomi e le misure obiettive del flusso aereo dovrebbero essere monitorate per lo sviluppo di complicanze e per determinare l'aggiustamento della terapia. La visita di follow-up dovrebbe includere una discussione dei nuovi sintomi o sul peggioramento dei precedenti</p>

3.4. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE - BPCO

	TITOLO	IF	THEN:	BECAUSE:
12	Percentuale di pazienti di età pari o superiore ai 18 anni con diagnosi di BPCO che hanno ricevuto la vaccinazione antipneumococcica (P; PCPI; AMA; NO)	Paziente di età \geq 18 anni con diagnosi di BPCO	Vaccinazione antipneumococcica	Secondo l'Advisory Committee on Immunization Practices, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), tutti i pazienti con malattie croniche dell'apparato respiratorio dovrebbero essere vaccinati
13	Percentuale di pazienti di età pari o superiore ai 18 anni con diagnosi di BPCO che hanno ricevuto la vaccinazione antinfluenzale durante il corrente stagione influenzale (P; PCPI; AMA; NO)	Paziente di età \geq 18 anni con diagnosi di BPCO	Vaccinazione antinfluenzale	Secondo il National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI)/ World Health Organization (WHO), la vaccinazione antinfluenzale può ridurre l'incidenza di gravi malattie e la morte nei pazienti affetti da BPCO di circa il 50 %
14	Percentuale di pazienti di età pari o superiore ai 18 anni con diagnosi di BPCO cui è stato raccomandato di ricevere una vaccinazione antinfluenzale annualmente (P; PCPI; AMA; NO)	Paziente di età \geq 18 anni con diagnosi di BPCO	Raccomandazione della vaccinazione antinfluenzale durante una o più visite nel corso di ogni anno	Vedi razionale indicatore N° 13

<p>15</p> <p>Percentuale di pazienti di età pari o superiore ai 18 anni che hanno la documentazione dei risultati di una valutazione spirometrica almeno annualmente</p> <p>(P; PCPI; AMA; NO)</p>	<p>Paziente di età ≥ 18 anni con diagnosi di BPCO</p>	<p>Documentazione dei risultati della valutazione spirometrica almeno annualmente</p>	<p>Secondo l'American Thoracic society (ATS) e l'European Respiratory Society (ERS), la spirometria dovrebbe essere svolta in tutti i pazienti sospetti per BPCO. Questo è necessario per la diagnosi, la valutazione della severità della malattia e per seguire la progressione della malattia. Secondo il National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI)/ World Health Organization (WHO), per la diagnosi e la valutazione della BPCO la spirometria costituisce il gold standard come anche il più riproducibile, standardizzato e oggettivo metodo per la misurazione della limitazione del flusso aereo. FEV1/FVC < al 70 % ed un FEV1 successivo al broncodilatatore < 80 % del predetto conferma la presenza della limitazione del flusso aereo non completamente reversibile. Il declino della funzionalità polmonare di un paziente è monitorato in modo migliore da periodiche misure spirometriche. Un'informazione utile circa il declino della funzionalità polmonare è improbabile sia ottenuta da misure spirometriche condotte con una frequenza maggiore ad una volta all'anno. La spirometria dovrebbe essere effettuata se si verifica un sostanziale aumento dei sintomi o una complicazione</p>
<p>16</p> <p>Percentuale di pazienti di età pari o superiore ai 18 anni con diagnosi di BPCO che sono stati interrogati sull'abitudine al fumo almeno annualmente</p> <p>(P; PCPI; AMA; NO)</p>	<p>Paziente di età ≥ 18 anni con diagnosi di BPCO</p>	<p>Domanda circa il fumo nel corso di una o più visite ambulatoriali nel corso di ogni anno</p>	<p>Secondo l'Unites States Preventive Services Task Force (USPSTF) uno screening periodico per l'uso del tabacco è raccomandato per tutti i pazienti</p>

3.4. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE - BPCO

	TITOLO	IF	THEN:	BECAUSE:
17	Percentuale di pazienti di età pari o superiore ai 18 anni con diagnosi di COPD e dispnea per i quali la formazione all'esercizio è stata raccomandata (P; PCPI; AMA; NO)	Paziente di età ≥ 18 anni con diagnosi di BPCO e dispnea	Raccomandazione della formazione all'esercizio	Secondo l'American Thoracic Society (ATS) e l'European Respiratory Society (ERS), la riabilitazione polmonare dovrebbe essere considerata per pazienti con BPCO che abbiano dispnea o altri sintomi respiratori, ridotta tolleranza all'esercizio, ed una limitazione nelle attività a causa della loro malattia o ridotto stato di salute
18	Percentuale di pazienti di età pari o superiore ai 18 anni con diagnosi di BPCO che sono stati valutati per lo stato della vaccinazione antipneumococcica (P; PCPI; AMA; NO)	Paziente di età ≥ 18 anni con diagnosi di BPCO	Valutazione per lo stato vaccinale sulla vaccinazione antipneumococcica	Secondo l'Advisory Committee on Immunization Practices, Center for Disease Control and Prevention (CDC) tutti i pazienti con malattie croniche dell'apparato polmonare dovrebbero essere vaccinati
19	Percentuale di pazienti di età pari o superiore ai 18 anni con diagnosi di BPCO identificati come fumatori che ricevono un intervento finalizzato alla cessazione del fumo almeno annualmente (P; PCPI; AMA; NO)	Paziente di età \geq con diagnosi di BPCO fumatore	Intervento finalizzato alla cessazione del fumo con frequenza almeno annuale	Secondo l'Unites States preventive services Task Force (USPSTF) il counseling mirato alla cessazione del fumo di tabacco è raccomandata per tutti i pazienti che fumano. Secondo l'American Thoracic Society (ATS) e l'European Respiratory Society (ERS), smettere di fumare può rallentare la progressiva perdita della funzionalità polmonare e può ridurre i sintomi in qualsiasi momento

<p>20. Percentuale di pazienti di età pari o superiore ai 18 anni con diagnosi di BPCO, con FEV1/FVC < 70 % e con sintomi cui viene prescritto un broncodilatatore per via inalatoria (P; PCPI; AMA; NO)</p>	<p>Paziente di età ≥ 18 anni con diagnosi di BPCO con FEV1/FVC < 70% e con sintomi</p>	<p>Prescrizione di un broncodilatatore per via inalatoria</p>	<p>Secondo il National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI)/World Health Organization (WHO), I farmaci broncodilatatore sono centrali nella gestione sintomatologica della BPCO</p>
<p>21 Percentuale di pazienti di età pari o superiore ai 18 anni con diagnosi di BPCO e FEV1 < 40 % del valore predetto che hanno la valutazione della saturazione dell'ossigeno almeno annualmente (P; PCPI; AMA; NO)</p>	<p>Paziente di età pari o superiore ai 18 anni affetto da BPCO con FEV1 < 40 % del valore predetto</p>	<p>Valutazione della saturazione dell'ossigeno almeno annuale</p>	<p>Secondo l'American Thoracic Society (ATS) e l'European Respiratory Society (ERS) la misura dei gas del sangue arterioso è raccomandato per l'inizio dell'ossigenoterapia come anche la determinazione della (PaCO₂) e dello stato acido-base. Secondo il National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI)/World Health Organization (WHO), nella BPCO avanzata la misura dei gas del sangue arterioso è importante. Questo test dovrebbe essere condotto con un FEV1 < 40 % del predetto o con segni di insufficienza respiratoria o di insufficienza cardiaca destra</p>
<p>22. Percentuale di pazienti di età pari o superiore ai 18 anni con diagnosi di BPCO ed una saturazione di ossigeno inferiore o uguale all' 88 % o una PaO₂ inferiore o uguale a 55mmHg cui è prescritta l'ossigenoterapia a lungo termine. (P; PCPI; AMA; NO)</p>	<p>Paziente di età ≥ 18 anni affetto da BPCO con una saturazione di ossigeno ≤ 88 % o una PaO₂ ≤ 55 mmHg</p>	<p>Prescrizione dell'ossigenoterapia a lungo termine</p>	<p>Secondo l'American Thoracic Society (ATS) e l'European Respiratory Society (ERS) i pazienti la cui malattia è stabile, in pieno regime terapeutico, con una PaO₂ < 55 mm Hg [7.3 K Pa] (corrispondenti ad una (Sa O₂ < 88 %), dovrebbero ricevere l'ossigenoterapia a lungo termine (LTOT)</p>

SCHEMA INTEGRATO - BPCO		AHRQ	JAGS	PICENUM	QOF	ARS-ISA65+	FSC
1. Registro di patologia (3) (S; BMA; NO)	La pratiche può produrre un registro per i pazienti con BPCO.	+			+		
2. Spirometria diagnostica. (1) (P; BMA; NO)	Percentuale di pazienti con BPCO in cui la diagnosi è stata confermata con la spirometria inclusiva del test di reversibilità.	+	+		+		
3. Spirometria diagnostica (6) (P; NCQA; NO)	Percentuale dei membri del piano di salute di età pari o superiore ai 40 anni con una nuova diagnosi di BPCO che ricevono un appropriato test spirometrico a conferma della diagnosi entro un ragionevole periodo di tempo.	+					
4. Spirometria follow-up (2; 15) (P; BMA; A); (P; PCPI; AMA; NO)	Percentuale di pazienti di età pari o superiore ai 18 anni che hanno la documentazione dei risultati di una valutazione spirometrica almeno annualmente / Percentuale di pazienti con BPCO con una registrazione del FEV1 nei precedenti 15 mesi (AHRQ), o 12 mesi (Picenum) o 27 mesi (NHS-NGMSC).	+			+	+	x
5. Valutazione dei sintomi. (11) (P; PCPI; AMA; NO)	Percentuale di pazienti di età pari o superiore ai 18 anni con la diagnosi di BPCO che vengono valutati per i sintomi di BPCO almeno annualmente.	+					
6. Valutazione della saturazione di O ₂ . (21) (P; PCPI; AMA; NO)	Percentuale di pazienti di età pari o superiore ai 18 anni con diagnosi di BPCO e FEV1 < 40 % del valore predetto che hanno la valutazione della saturazione dell'ossigeno almeno annualmente (AHRQ), o FEV1 < 50 % -pazienti anziani- (JAGS).	+	+				

7. Vaccinazione antinfluenzale. (13) (P; PCPI; AMA; NO)	Percentuale di pazienti di età pari o superiore ai 18 anni con diagnosi di BPCO che hanno ricevuto la vaccinazione antinfluenzale durante la corrente stagione influenzale (AHRQ) / precedenti 12 mesi (Picenum-tutti i pazienti-).	+	+	+	+		
8. Vaccinazione antinfluenzale. (4) (P; BMA; NO)	Percentuale di pazienti con BPCO che hanno avuto la vaccinazione antinfluenzale nel precedente periodo compreso tra il 1 settembre ed il 31 marzo / nei precedenti 12 mesi (Picenum).	+	+	+	+		
9. Vaccinazione antinfluenzale. (14) (P; PCPI; AMA; NO)	Percentuale di pazienti di età pari o superiore ai 18 anni con diagnosi di BPCO cui è stato raccomandato di ricevere una vaccinazione antinfluenzale annualmente.	+					
10. Vaccinazione antipneumococcica. (12) (P; PCPI; AMA; NO)	Percentuale di pazienti di età pari o superiore ai 18 anni con diagnosi di BPCO che hanno ricevuto la vaccinazione antipneumococcica (AHRQ) o nei precedenti 5 anni (Picenum-tutti i pazienti-)	+	+				
11. Vaccinazione antipneumococcica. (18) (P; PCPI; AMA; NO)	Percentuale di pazienti di età pari o superiore ai 18 anni con diagnosi di BPCO che sono stati valutati per lo stato della vaccinazione antipneumococcica.	+					
12. Fumo di tabacco (7) (P; ICSI; NO)	Percentuale di pazienti affetti da BPCO dei quali il medico indaga la cessazione del fumo (se il paziente è fumatore) ad ogni visita.	+					

SCHEMA INTEGRATO - BPCO	AHRQ	JAGS	PICENUM	QOF	ARS-ISA65+	FSC
13. Fumo di tabacco. Percentuale di pazienti con una o una combinazione delle seguenti condizioni: malattia cardiaca coronaria, stroke o tia, ipertensione diabete, BPCO, o asma le cui note registrano lo stato di fumatore nei precedenti 15 mesi (AHRQ) e (NGMSC: solo BPCO) o senza intervallo temporale (Picenum: solo BPCO).	+		+	+		
(8) (P; BMA; NO)						
14. Fumo di tabacco. Percentuale di pazienti con una o una combinazione delle seguenti condizioni: malattia cardiaca coronaria, stroke o tia, ipertensione, diabete, BPCO, o asma che fumano le cui note contengono la registrazione sull'offerta di consigli per smettere di fumare o sull'invio ad un servizio specialistico, dove disponibile nei precedenti 15 mesi.	+			+		
(10) (P; BMA; NO)						
15. Fumo di tabacco Counseling per il paziente anziano fumatore ed i suoi conviventi in paziente anziano fragile che vive con altri che fumano.		+				
16. Fumo di tabacco. (16) (P; PCPI; AMA; NO) Percentuale di pazienti di età pari o superiore ai 18 anni con diagnosi di BPCO che sono stati interrogati sull'abitudine al fumo almeno annualmente (AHRQ), (pazienti anziani JAGS).	+	+				
17. Fumo di tabacco. (19) (P; PCPI; AMA; NO) Percentuale di pazienti di età pari o superiore ai 18 anni con diagnosi di BPCO identificati come fumatori che ricevono un intervento finalizzato alla cessazione del fumo almeno annualmente (AHRQ) (pazienti anziani JAGS).	+	+				

<p>18. Formazione all'esercizio. (17) (P; PCPI; AMA; NO)</p>	<p>Percentuale di pazienti di età pari o superiore ai 18 anni con diagnosi di BPCO e dispnea per i quali la formazione all'esercizio è stata raccomandata</p>	+						
<p>19. Terapia farmacologica</p>	<p>Somministrazione di steroidi per via inalatoria (in aggiunta ad un broncodilatatore long-acting in paziente anziano fragile con una COPD severa o molto severa (GOLD Stage III o IV) che presenti due esacerbazioni che richiedano antibiotici o corticosteroidi orali nell'anno precedente.</p>	+						
<p>20. Terapia farmacologica. (20) (P; PCPI; AMA; NO)</p>	<p>Percentuale di pazienti di età pari o superiore ai 18 anni con diagnosi di BPCO, con FEV1/FVC < 70 % e con sintomi cui viene prescritto un broncodilatatore per via inalatoria.</p>	+	+					
<p>21. Tecnica inalazione farmaci. (5) (P; BMA; NO)</p>	<p>Percentuale di pazienti con BPCO che ricevono trattamento inalatorio per i quali sia stata registrato l'avvenuto controllo della tecnica di inalazione nei precedenti 15 mesi (AHRQ), o 2 anni (NHS-NGMSC) o senza intervallo temporale (Piconum).</p>	+	+		+			

SCHEMA INTEGRATO - BPCO		AHRQ	JAGS	PICENUM	QOF	ARS-ISA65+	FSC
22. Ossigenoterapia. (22) (P; PCPI; AMA; NO)	Percentuale di pazienti di età pari o superiore ai 18 anni con diagnosi di BPCO ed una saturazione di ossigeno inferiore o uguale all' 88 % o una PaO ₂ inferiore o uguale a 55mmHg cui è prescritta l'ossigenoterapia a lungo termine.	+	+				
23. Ossigenoterapia	Documentazione dell'incoraggiamento all'uso dell'ossigenoterapia per 18 ore al giorno o più a lungo (incluso l'utilizzo di ossigeno portabile) in paziente anziano fragile con COPD e prescrizione di ossigenoterapia a lungo termine.		+				
24. Ospedalizzazione (9) (S; A; AHRQ; NO)	Tasso di ammissione per BPCO per 100.000 abitanti (indicatore di salute della popolazione e di accesso).	+				+	x
25. Ospedalizzazione (Zona Distretto)	Tasso di ospedalizzazione per BPCO nella popolazione anziana per Zona-Distretto di residenza: ricoveri per 1.000 ultra65enni (I.C. 95 %).					+	x
26. Giornate di degenza	Giornate di degenza per 1.000 ultra65enni per BPCO nella popolazione anziana per Zona-Distretto di residenza (media annuale).					+	x

3.5. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE – IPERTENSIONE

TITOLO	IF	THEN	BECAUSE
<p>1</p> <p>Iperensione: Percentuale di pazienti eligibili con una diagnosi attiva di ipertensione di cui la più recente misurazione della pressione sanguigna registrata era inferiore o uguale a 140/90 (Coorte clinica NEXUS).</p> <p>(E; OQP: VHA; NO)</p>	<p>Paziente con diagnosi di ipertensione</p>	<p>Valori pressori alla più recente misurazione registrata inferiori a 140/90</p>	<p>L'importanza della patologia consiste nella sua elevata prevalenza e nella mancanza di consapevolezza di essere affetti da parte dei pazienti data la assenza di sintomi. Una pressione sanguigna elevata non controllata può condurre a stroke, attacchi di cuore, scompenso cardiaco, o insufficienza renale. La sola raccomandazione possibile ad una persona ipertesa è quella di tenere la propria pressione sotto controllo. Il National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee ha pubblicato recentemente il sesto Report del Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC VII). Secondo tale report le nuove raccomandazioni per lo stretto controllo della pressione sanguigna elevata potrà drasticamente ridurre il numero di individui che muoiono ogni anno per le malattie correlate all'ipertensione. Il report inoltre stabilisce che la relazione tra la pressione ed il rischio di eventi legati alle malattie cardiovascolari è continuo consistente ed indipendente da altri fattori di rischio</p> <p>Le linee guida evidenziano 4 strategie di base: porre attenzione alla pressione sanguigna prima che sia elevata; nelle persone di età >50 anni, la pressione sistolica è più importante della diastolica; 2 (o più) farmaci sono migliori di uno per la gran parte dei pazienti; e la costruzione di una relazione di fiducia medico/ paziente.</p>

3.5. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE - IPERTENSIONE			
TITOLO	IF	THEN	BECAUSE
<p>2. Ipertensione: Percentuale di visite di pazienti con registrazione della misura della pressione.</p> <p>(P; ACC; AHA; PCPI; AMA; NO)</p>	<p>Soggetto di età ≥ 18 anni con ipertensione diagnosticata</p>	<p>Registrazione della misura della pressione</p>	<p>Secondo le linee guida del National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI), Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), and Department of Veterans Affairs (US) ottenere una corretta misura della pressione sanguigna ad ogni visita è raccomandato per la scoperta dell'ipertensione. Ripetute misure della pressione sanguigna (≥ 2 per visita) stabiliranno se l'iniziale elevazione persiste e richiede una pronta attenzione. Secondo le linee guida del National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) la classificazione della pressione negli adulti (inclusa l'ipertensione agli stages 1 - 3) è utile per prendere decisioni sul trattamento ed è basata sulla media della più alta di o uguale a 2 registrazioni prese ad ognuna delle 2 o più visite dopo un iniziale screening. Secondo le linee guida del National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) l'ipertensione è definita come una pressione sistolica di ≥ 140 mmHg, una pressione diastolica di ≥ 90 mmHg, o l'assunzione di farmaci antipertensivi.</p>

3	<p>Ipertensione: Percentuale di membri arruolati di età compresa tra 46 ed 85 anni con diagnosi di ipertensione la cui pressione sanguigna era adeguatamente controllata a valori inferiori od uguali a 140/90 mmHg durante l'anno di misura. (E: intermedio; NCQA; NO)</p>	<p>Membri arruolati di età 46-85 anni al 31 dicembre dell'anno di misura con la diagnosi di ipertensione confermata dalla revisione della documentazione</p>	<p>Adeguate controllo della pressione sanguigna durante l'anno di misura</p>	<p>E' stato dimostrato che un' appropriata gestione dell' ipertensione migliora i principali outcomes: come la morte e la disabilità. Inoltre, le conseguenze a lungo termine dell' ipertensione non controllata sono abbastanza gravi e possono avere un enorme impatto sui consumatori, i piani / fornitori e acquirenti</p>
4	<p>Ipertensione: Percentuale di visite di pazienti durante le quali entrambi o la pressione sistolica è più elevata di o uguale a 140 mmHg o la pressione diastolica è più elevata di o uguale a 90 mmHg, con documentato piano di cura per l'ipertensione. (P; ACC; AHA; PCPI; AMA; NO)</p>	<p>Pazienti di età ≥ 18 anni con diagnosi di ipertensione e valori pressori $\geq 140/90$ riscontrati nel corso della visita</p>	<p>Documentazione di un piano di cura per l' ipertensione</p>	<p>Secondo l' American Heart Association, la terapia non farmacologica è raccomandata per l' ipertensione e può includere una riduzione di peso, un ridotto intake di sodio e di alcool e l' esercizio Secondo l' American Heart Association, la selezione della terapia farmacologica dovrebbe essere basata sulla presenza della comorbidità, la severità dell' ipertensione, la presenza dei fattori di rischio ed il danno degli organi bersaglio Secondo le linee guida della World Health Organization - International Society of Hypertension sono raccomandate frequenti visite di follow up Secondo le linee guida del Department of Veteran Affairs (US), dopo l' inizio della terapia, è raccomandata una visita di follow up entro 1 o 2 mesi, per valutare il controllo dell' ipertensione, la compliance del paziente al trattamento e gli effetti avversi.</p>

3.5. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE - IPERTENSIONE

TITOLO	IF	THEN	BECAUSE
<p>5</p> <p>Ipertensione: la practice può produrre un registro di pazienti affetti da ipertensione.</p> <p>(S; BMA; NO)</p>	<p>Practice cui popolazione di pazienti include individui con ipertensione stabile</p>	<p>Produzione di un registro di pazienti affetti da ipertensione</p>	<p>Trials sul trattamento antiipertensivo hanno confermato una significativa riduzione nell'incidenza dello stroke e della malattia cardiaca coronaria in pazienti con ipertensione trattata</p> <p>Questa è una delle 3 misure sull'ipertensione.</p> <p>Al fine di chiamare e richiamare i pazienti in modo efficace ed al fine di essere in grado di effettuare un report sugli indicatori per l'ipertensione, le practice dovrebbero essere in grado di identificare la loro popolazione di pazienti affetti da ipertensione</p> <p>Un certo numero di pazienti può essere erroneamente codificati in questo gruppo, per esempio, i pazienti che hanno avuto una sporadica lettura della pressione elevata o le donne che sono state ipertese in gravidanza.</p> <p>La British Hypertension Society raccomanda che la terapia farmacologica dovrebbe essere iniziata in tutti i pazienti con pressione sistolica elevata ≥ 160 mmHg o una pressione diastolica elevata ≥ 100 mm Hg nonostante le misure non farmacologiche.</p> <p>Il trattamento farmacologico è altresì indicato in pazienti con pressione sistolica elevata compresa tra 140-159 mmHg o pressione diastolica compresa tra 90-99 se è presente un danno di organo bersaglio o c'è evidenza di malattie cardiovascolari o diabete o sussiste un rischio da 10 anni di malattia cardiaca coronaria. Registrazioni pressorie elevate in 3 separate occasioni sono generalmente assunte come conferma dello stabilirsi di una elevata pressione arteriosa.</p>

<p>6</p> <p>Malattia arteriosa coronarica cronica stabile (CAD): Percentuale di pazienti che hanno avuto una misura della pressione ematica durante l'ultima visita ambulatoriale.</p> <p>P; ACC; AHA; PCPI; AMA; NO)</p>	<p>Paziente con malattia arteriosa coronarica cronica stabile</p>	<p>Misura della pressione ematica nel corso dell'ultima visita ambulatoriale</p>	<p>Secondo le linee guida dell'American College of Cardiology/American Heart Association/American College of Physicians-American Society of Internal Medicine (ACC/AHA/ACP-ASIM) and National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) una registrazione della pressione ematica è raccomandata ad ogni visita</p> <p>L'obiettivo della gestione della pressione raccomandata è ≤ 130 mm Hg di sistolica ≤ 85 mm Hg di diastolica nei pazienti con malattia arteriosa coronarica e le coesistenti condizioni (diabete, scompenso cardiaco o insufficienza renale) e $<140/90$ mmHg nei pazienti con malattia arteriosa coronarica senza le suddette condizioni coesistenti</p>
<p>7</p> <p>Iperensione: Percentuale di pazienti con ipertensione nei quali c'è una registrazione della pressione ematica nei precedenti 9 mesi.</p> <p>(P; BMA; NO)</p>	<p>Paziente con ipertensione</p>	<p>Registrazione della pressione ematica nei precedenti 9 mesi</p>	<p>Vedi razionale indicatore N° 6</p> <p>La frequenza del follow-up per i pazienti in trattamento dopo un adeguato controllo della pressione è raggiunta sulla base di fattori come la severità dell'ipertensione, la variabilità della pressione, la complessità del regime di trattamento, la compliance del paziente e la necessità di consigli non farmacologici Non c'è una specifica raccomandazione nelle linee guida della British Hypertension Society riguardo la frequenza del follow up nei pazienti con ipertensione. Per gli scopi del contratto è stato assunto che questo sarà sottoposto almeno con cadenza semestrale ad audit essendo lo standard stato posto a 9 mesi.</p>

3.5. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE – IPERTENSIONE

TITOLO	IF	THEN	BECAUSE
<p>8</p> <p>Ipertensione: Percentuale di pazienti con ipertensione in cui l'ultima pressione ematica (misurata nei precedenti 9 mesi) è di 150 /90 o meno. (E; BMA; NO)</p>	<p>Paziente con ipertensione</p>	<p>Valori pressori misurati nei precedenti 9 mesi pari o inferiori a 150 / 90</p>	<p>Vedi razionale indicatore N° 6</p> <p>Per la gran parte dei pazienti l'obiettivo raccomandato è di 140 / 85. Tuttavia la British Hypertension Society suggerisce uno standard per l'audit di 150/90 che è stato adottato per la Quality Outcomes Framework (QOF).</p>
<p>9</p> <p>Diabete mellito: Percentuale di pazienti con diabete mellito con la pressione sanguigna inferiore o uguale a 140 / 90 (coorte clinica NEXUS). (E; OQP: VHA; NO)</p>	<p>Paziente con diabete mellito</p>	<p>Pressione sanguigna ≤ 140 / 90</p>	<p>Vedi razionale indicatore N° 1</p> <p>Il controllo della pressione sanguigna può ridurre le malattie cardiovascolari (malattie cardiache e stroke) a un valore compreso tra il 33 % ed il 50 % e può ridurre le malattie microvascolari (occhio, rene, malattie dei nervi) di approssimativamente il 33 %. In generale per ogni 10 mm Hg di riduzione della pressione sistolica, il rischio di ogni complicazione correlata al diabete è ridotto del 12 %</p>

<p>10</p> <p>Malattia renale cronica (CKD): Percentuale di pazienti con controllo della pressione sanguigna almeno una volta entro gli ultimi 3 mesi.</p> <p>(P; RPI; NO)</p>	<p>Paziente di età ≥ 18 anni affetto da malattia renale cronica in stadio avanzato (in stadio 4 o 5 ($GFR \leq 30 \text{ ml/ min/1,73 m}^2$)) che non ricevono correntemente una terapia renale sostitutiva</p>	<p>Controllo della pressione sanguigna almeno una volta negli ultimi 3 mesi</p>	<p>I pazienti con malattia renale cronica (CKD) sono situati a metà strada tra i pazienti con malattia renale cronica meno severa in cui un controllo stretto della pressione è un ben stabilito pilastro della terapia ed i pazienti in dialisi in cui gli obiettivi della pressione non sono ben compresi. In assenza di dati scientifici robusti per la definizione di obiettivi terapeutici, gli obiettivi pressori nei pazienti in dialisi rimangono estrapolati dalla popolazione generale. A causa del significativo del rischio cardiovascolare in pazienti con malattia renale cronica avanzata e diabete, la gestione dei pazienti con entrambi le condizioni merita speciali attenzioni. Diversi studi osservazionali hanno dimostrato che i pazienti con malattia renale cronica avanzata sono ad elevato rischio per ipertensione. Tali pazienti che sono anche ipertesi hanno usualmente una pressione sopra i valori raccomandati dalle linee guida anche se trattati con antipertensivi. Al fine di un trattamento appropriato, la pressione deve inizialmente essere valutata e l'ipertensione riconosciuta.</p>
--	--	---	---

3.5. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE – IPERTENSIONE			
TITOLO	IF	THEN	BECAUSE
11 Malattia renale cronica avanzata: Percentuale di pazienti con pressione ematica inferiore a 130 /80 al momento della data indice	Pazienti (età ≥ 18 anni) con malattia cronica renale avanzata (CKD) (in stadio 4 o 5 (GFR ≤ 30 ml/ min/ 1,73 m2) che non ricevono correntemente una terapia renale sostitutiva	Pressione ematica inferiore a 130 / 80 al momento della data indice	<p>Vedi razionale indicatore N° 11</p> <p>Sulla base dei dati derivati dai pazienti con malattia cronica renale avanzata come anche sull'extrapolazione di quelli derivati dai pazienti malattia cronica renale meno severa l'abbassamento della pressione sanguigna è un importante obiettivo in tali pazienti. Una pressione elevata è chiaramente un importante fattore di rischio per la rapida progressione della malattia renale e per l'ipertrofia cardiaca. Le modificazioni dello stile di vita migliorano il controllo della pressione nella popolazione generale e questa evidenza è stata ritenuta da parte di colui che ha sviluppato la misura applicabile ai pazienti con malattia cronica renale.</p> <p>Studi che esaminano specificamente l'uso di terapia farmacologica antipertensiva in pazienti con velocità di filtrazione glomerulare (GFR) ≤ 30 ml /min/ 1,73 m2 mostrano che in questa popolazione la pressione può essere abbassata. In un piccolo numero di studi la riduzione nella pressione con i farmaci antipertensivi ha mostrato di migliorare le misure della progressione della malattia renale e dell'ipertrofia cardiaca in pazienti con malattia cronica renale avanzata. Questa raccomandazione è anche basata sull'extrapolazione dai pazienti con malattia cronica renale meno severa (GFR >30 ml /min/ 1,73 m2). La riduzione nella pressione con farmaci antipertensivi chiaramente migliora le misure di funzionalità renale, rallenta la progressione allo stadio finale della malattia renale (ESDR) e migliora gli outcome clinici come gli eventi cardiovascolari clinici e la mortalità in questi pazienti.</p>
			(E; RPA; NO)

12	<p>Malattia cronica renale avanzata: Percentuale di pazienti con terapia antipertensiva intensificata.</p> <p>(P; RPA; NO)</p>	<p>Pazienti adulti (età \geq ai 18 anni) con malattia cronica renale avanzata (CKD) in stadio 4 o 5 (GFR \leq30 ml/ min/1,73 m2) che non ricevono correntemente terapia sostitutiva renale, con pressione $>$130 / 80 mmHg e sotto terapia antipertensiva.</p>	<p>Intensificazione della terapia antipertensiva. (aumentato dosaggio o aggiunta di farmaci).</p> <p>Vedi razionale indicatore N°12</p>
----	--	--	---

3.5. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE – IPERTENSIONE			
TITOLO	IF	THEN	BECAUSE
<p>13</p> <p>Malattia cronica renale avanzata (CKD): percentuale di pazienti in terapia con inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE) o bloccanti del recettore per l'angiotensina II (ARBs).</p>	<p>Paziente con malattia renale cronica avanzata (CKD) in stadio 4 o 5 (GFR \leq30 ml/ min/1,73 m²) (età \geq ai 18 anni) che non riceve corrente-mente terapia renale sostitutiva, con pressione >130 / 80 con o senza trattamento anti- ipertensivo</p>	<p>Terapia con ACE inibitore o bloccante del recettore per l'angiotensina II</p>	<p>Vedi razionale indicatore N° 11</p> <p>Numerosi trials clinici controllati randomizzati hanno dimostrato che gli ACE inibitori riducono la progressione delle malattie croniche renali. Il beneficio addizionale conferito dagli ACE inibitori si ritiene correlato in parte alla riduzione del livelli di proteinuria. L'ACE inibizione ha anche dimostrato di ridurre la mortalità e gli eventi cardiovascolari nei pazienti con preesistente malattia arteriosa coronarica e nei pazienti con diabete mellito ed almeno un altro fattore di rischio per malattia arteriosa coronarica. Il beneficio in termini di mortalità conferito dall'ACE inibitore può essere più elevato per i pazienti con elevata creatinina sierica in confronto a coloro con normale funzione renale. I pazienti con malattia renale cronica hanno spesso malattia coronaria arteriosa, diabete o altri importanti fattori di rischio cardiovascolari e pertanto sono coloro che probabilmente trarranno maggiore beneficio dall'ACE inibizione. I bloccanti dei recettori per l'angiotensina II (ARBs) hanno anche mostrato di ridurre la progressione della malattia cronica renale nei soggetti con diabete mellito di tipo II. In uno studio, i pazienti che assumono un ARB hanno anche meno ospedalizzazioni per scompenso cardiaco. Non ci sono correntemente dati di outcome riguardo l'uso di ARB e la nefropatia diabetica. Similmente non sono stati condotti ampi trials in pazienti a rischio per malattia coronaria arteriosa.</p>
			<p>(P; RPA; NO)</p>

<p>14</p> <p>Diabete mellito: Percentuale di pazienti con diabete in cui l'ultima misura della pressione sanguigna era di 145 / 85 o inferiore.</p> <p>(E; BMA; NO)</p>	<p>Paziente con diabete (età ≥ 16 anni)</p>	<p>Livelli pressori ≤ 145 / 85</p>	<p>Questa misura fa parte delle sedici misure sul diabete mellito. Gli indicatori sul diabete mellito sono basati su approcci alla cura del diabete ampiamente riconosciuti. Dettagliate linee guida per i professionisti sanitari sono pubblicate da Diabetes UK e da SIGN-Io Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Il SIGN website contiene dettagliate tavole di evidenze e links ad articoli pubblicati. The English National Service Framework for Diabetes include poi i dettagli delle prove dietro una serie di raccomandazioni. The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) ha anche pubblicato una guida su un certo numero di aspetti del controllo del diabete. Questo set di indicatori è correlato sia al diabete di tipo I che al diabete di tipo II. L'abbassamento della pressione ematica nelle persone con diabete riduce il rischio di complicità macrovascolari e microvascolari. L'ipertensione nelle persone con diabete dovrebbe essere trattata aggressivamente, con modificazioni dello stile di vita e terapia farmacologica (SIGN 55, 2001). I livelli pressori comunemente identificati come obiettivi per la pressione sanguigna nei pazienti con diabete è di 140 /80. Questo è livello su cui i professionisti sanitari dovrebbero puntare. Un livello leggermente più alto (145/85) è utilizzato come standard di controllo in comune con altri indicatori.</p>
--	---	------------------------------------	--

3.5. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE – IPERTENSIONE			
TITOLO	IF	THEN	BECAUSE
<p>15</p> <p>Diabete mellito: Percentuale dei pazienti con diabete che hanno una registrazione della pressione sanguigna nei precedenti 15 mesi.</p> <p>(P; BMA; NO)</p>	<p>Paziente con diabete (età ≥ 17 anni)</p>	<p>Registrazione della pressione nei precedenti 15 mesi.</p>	<p>Vedi razionale indicatore N° 14</p> <p>La malattia cardiovascolare è la maggior causa di morbidità e mortalità nelle persone con diabete e la malattia arteriosa coronaria è la più comune causa di morte tra le persone con diabete di tipo II. Molte persone con diabete di tipo II hanno un aumentato rischio di eventi coronarici anche se non hanno una manifesta malattia cardiovascolare. L'ipertensione è associata con un aumentato rischio di molte complicazioni del diabete, incluse le malattie cardiovascolari. La pressione dovrebbe essere misurata almeno annualmente nei pazienti con diabete (NICE, Type 2 Diabetes Management of Blood Pressure and Blood Lipids, 2002).</p>
<p>16</p> <p>Tasso di ammissione per ipertensione.</p> <p>(S; A; AHRQ; NO)</p>	<p>Popolazione di età ≥ 18 anni</p>	<p>Dimessi di età pari o superiore ai 18 anni con un codice ICD-9-CM di ipertensione</p>	<p>Mentre questi indicatori utilizzano dati relativi al ricovero ospedaliero il loro focus è sulle cure sanitarie ambulatoriali. Con l'eccezione dei casi di pazienti che sono riadmessi subito dopo la dimissione dall'ospedale la qualità delle cure ospedaliere è improbabile sia un determinante significativo del tasso di ammissione per condizioni sensibili alle cure ambulatoriali. Viceversa i Prevention Quality Indicators (PQIs) valutano la qualità del sistema di cure nel complesso e specialmente la qualità delle cure ambulatoriali nella prevenzione delle complicazioni mediche. Come risultato queste misure sono probabilmente di maggiore valore quando calcolate a livello di popolazione come mezzo di screening invece della misura definitiva dei problemi pertinenti la qualità. Essi possono fornire una iniziale informazione sui problemi potenziali nella comunità che possono richiedere una analisi ulteriore più approfondita. L'ipertensione è una condizione cronica spesso controllabile in un setting extraospedaliero con un uso di appropriata terapia farmacologica. Un appropriato trattamento ambulatoriale può ridurre l'ammissione per ipertensione.</p>

<p>17</p> <p>Stroke e attacco ischemico transitorio (TIA): Percentuale di pazienti con una storia di TIA o stroke nei quali l'ultima registrazione della pressione sanguigna (misurata nei precedenti 15 mesi) è di 150 / 90 o inferiore.</p> <p>(E; BMA; NO)</p>	<p>Paziente con una storia di TIA o stroke</p>	<p>Valori pressori all'ultima registrazione della pressione (misurata negli ultimi 15 mesi) $\leq 150/90$.</p>	<p>Lo stroke è la terza causa più comune di morte nei paesi sviluppati. Un quarto delle morti per stroke avvengono sotto i 65 anni di età. C'è evidenza che una appropriata diagnosi e gestione può migliorare gli outcomes. Questa misura è una delle 8 misure sullo stroke ed il TIA. Tutti i pazienti dovrebbero avere la loro pressione sanguigna controllata e la persistenza dell'ipertensione per oltre 2 settimane dovrebbe essere trattata. Le linee guida della The British Hypertension Society stabiliscono che gli obiettivi del trattamento per una pressione sanguigna sistolica ottimale sono ≤ 140 mm Hg e per la diastolica ≤ 85 mmHg. Gli standard proposti al fine del controllo sono $\leq 150/90$. In generale, una differenza nel lungo termine di 5-6 mmHg nella pressione sanguigna diastolica usuale è associata approssimativamente con una percentuale del 30-40% di stroke in meno nell'arco di 5 anni (Collins et al. Lancet 1990). Il PROGRESS trial dimostra che un abbassamento della pressione ematica riduce il rischio di stroke nelle persone con precedente stroke o TIA (PROGRESS Collaborative Group, Lancet 2001).</p>
<p>18</p> <p>Diagnosi e trattamento dell'ipertensione: Percentuale di pazienti con ipertensione presentatisi in clinica entro l'ultimo mese per i quali è stata documentata nella registrazione medica un intervento di educazione sui fattori di rischio modificabili.</p> <p>(P; ICSI; NO)</p>	<p>Paziente di età \geq ai 18 anni con ipertensione di cui sia revisionata la documentazione medica</p>	<p>Documentazione della discussione sui fattori di rischio modificabili</p>	<p>L'obiettivo prioritario che questa misura persegue è quello di aumentare la percentuale di pazienti con ipertensione che ricevono un intervento di educazione specialmente sull'uso di trattamenti non farmacologici.</p>

3.5. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE – IPERTENSIONE

TITOLO	IF	THEN	BECAUSE
19 Ipertensione diagnostica e trattamento: Percentuale di pazienti con pressione inferiore a 140/90 mmHg alla visita clinica (E; ICSI; NO)	Paziente con ipertensione di età 18-60 anni	Registrazione alla visita clinica di valori pressori <140 / 90	L'obiettivo prioritario che questa misura persegue è quello di aumentare la percentuale di pazienti con pressione sotto controllo
20 Fumo: Percentuale di pazienti con una o una combinazione delle seguenti condizioni: malattia cardiaca coronarica (CHD), stroke o attacco ischemico transitorio (TIA), ipertensione, diabete, malattia polmonare cronica ostruttiva (BPCO) o asma le cui note registrano lo stato di non fumatore nei precedenti 15 mesi (ad eccezione di coloro che non hanno mai fumato il cui stato di fumatore necessita di essere registrato una sola volta dal momento della diagnosi). (P; BMA; NO)	Paziente con una o una combinazione delle seguenti condizioni: malattia cardiaca coronarica (CHD), stroke o attacco ischemico transitorio (TIA), ipertensione, diabete, malattia polmonare cronica ostruttiva (COPD) o asma	Registrazione dello stato di non fumatore nei precedenti 15 mesi	<p><u>Ipertensione:</u> La British Hypertension Society raccomanda che tutti i pazienti con ipertensione ricevano una approfondita anamnesi, un esame fisico la storia relativa al fumo. Una stima formale del rischio di malattia cardiaca coronarica dovrebbe essere condotta utilizzando una carta riconosciuta, ad esempio le Joint British Societies Recommendations.</p> <p><u>Non fumatore</u></p> <p>E' riconosciuto che nel corso della vita è molto improbabile che i non fumatori comincino a fumare e invero trovano alquanto irritante di essere interrogati ripetutamente riguardo al loro stato di fumatori. Lo stato di fumatore per questo gruppo di pazienti necessita di essere registrato una sola volta dal momento della diagnosi. La misura è una delle due misure sul fumo</p>

<p>21</p> <p>Malattia renale cronica: Percentuale di pazienti sul registro delle malattie renali croniche con ipertensione che sono trattati con un inibitore dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE-I) o con un bloccante del recettore per l'angiotensina (ARB) (almeno che siano registrati una controindicazione o un effetto avverso).</p>	<p>Paziente iscritto sul registro delle malattie renali croniche con ipertensione (≥ ai 18 anni)</p>	<p>Trattamento con un inibitore dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE-I) o con un bloccante del recettore per l'angiotensina (ARB) (eccetto controindicazioni effetti avversi)</p>	<p>La malattia renale cronica è una condizione a lungo termine presente nel 10 % della popolazione (Coresh J., J Am Soc Nephrol 2005). La International Classification sviluppata dalla US National Kidney Foundation descrive 5 stages di malattia c utilizzando una stima della velocità di filtrazione glomerulare (eGFR) per la misura della funzionalità renale. Le persone con uno stage di malattia compreso tra 3 e 5 hanno secondo la definizione meno del 60 % della loro funzionalità renale. Lo stage 3 è un moderato decremento nella GFR con o senza un altro evento di danno renale, lo stadio 4 è un severo decremento nella GFR con o senza altra evidenza di danno renale e lo stadio 5 è insufficienza renale conclamata. Questa misura è una delle 4 misure sulla malattia cronica renale. Questo set di indicatori si applica alle persone allo stadio 3, 4 e 5 della malattia (eGFR < 60 mL/min/1.73m2 per oltre 3 mesi). Il 5 % della popolazione ha uno stadio compreso tra 3 e 5 (Webb et al., Am J Kidney Disease 2004). La malattia cronica renale può essere progressiva e la sua prevalenza incrementa con l'età, il sesso maschile e la etnicità Sud Asiatica e Africana Caraibica. Solo una minoranza di persone allo stadio 1 o 2 della malattia cronica renale andranno incontro ad uno sviluppo di una malattia più avanzata ed i sintomi non si manifestano usualmente fino allo stadio 4. Tuttavia, la precoce identificazione della malattia è importante al fine di permettere che siano prese appropriate misure per rallentare o prevenire la progressione della malattia e per combattere il maggior rischio di malattia o morte per malattia cardiovascolare. La malattia cronica renale è un fattore di rischio indipendente per malattia cardiovascolare ed un moltiplicatore di altri fattori di rischio (Wali and Henrich, Cardiol Clin 2005). Gli ACE-inibitori (ACE-Is) e gli (ARBs) sono generalmente più efficaci di altri antipertensivi nel minimizzare il deterioramento della funzione renale e questo effetto è più marcato nel caso in cui ci sia una significativa proteinuria. Questo trattamento è sia clinicamente efficace che costo-efficace (Jafar et al., Ann Int Med 2003).</p>
--	--	---	---

(P; BMA; NO)

3.5. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE – IPERTENSIONE

TITOLO	IF	THEN	BECAUSE
<p>22</p> <p>Fumo: Percentuale di pazienti con una o una combinazione delle seguenti condizioni: malattia cardiaca coronaria (CHD), stroke o TIA, ipertensione, diabete, malattia polmonare cronica ostruttiva (COPD), o asma che fumano le cui note contengono la registrazione dell'offerta nei precedenti 15 mesi di consigli sulla cessazione del fumo o l'invio ad un servizio specialistico, ove disponibile. (P; BMA; NO)</p>	<p>Paziente con una o una</p>	<p>Registrazione dell'offerta nei precedenti 15 mesi di consigli sulla cessazione del fumo o l'invio ad un servizio specialistico, ove disponibile</p>	<p>Molte strategie sono state utilizzate per aiutare le persone a smettere di fumare. Una metanalisi di trial controllati in pazienti dopo infarto del miocardio mostra che la combinazione di consigli individuali o di gruppo per la cessazione del fumo e l'assistenza rinforzata in numerose occasioni-inizialmente durante la riabilitazione cardiologica e rinforzata dai teams di cure primarie ha dato i più alti tassi di successo. La misura è una delle due misure sul fumo. Numerosi studi hanno recentemente mostrato benefici dalla prescrizione della terapia di sostituzione della nicotina o del bupropione in pazienti che hanno manifestato il desiderio di smettere di fumare. Una ulteriore guida è disponibile da parte del National Institute for Clinical Excellence.</p>

23	<p>Diabete mellito: Percentuale di pazienti con una registrazione di pressione sanguigna inferiore a 130/80 negli ultimi 12 mesi. (E; HRSA-HDC; NO)</p>	<p>Paziente diabetico nel sistema informativo clinico con una misura della pressione documentata negli ultimi 12 mesi</p>	<p>Pressione ematica < 130 / 80 all'ultima registrazione effettuata entro i precedenti 12 mesi</p>	<p>Le persone con diabete sono ad aumentato rischio per stroke, malattia ischemica cardiaca, malattia vascolare periferica e neuropatia. Il diabete è una malattia costosa non solo nei termini di carico economico che essa impone alla società, ma anche in termini di sofferenza umana imposta dalla malattia e dalle sue complicazioni. Inoltre il carico del diabete e delle sue complicazioni sproporzionatamente colpisce la minoranza della popolazione e gli anziani ed è probabile che incrementi se tale minoranza della popolazione cresce e la popolazione Americana invecchia. Perciò, il diabete pone un enorme sfida di sanità pubblica in America. Questa misura è una delle 18 misure che i partecipanti tracciano nella HRSA Health Disparities Collaborative for Diabetes.</p>
24	<p>Malattia renale avanzata (CKD): Percentuale di pazienti con pressione arteriosa controllata in ogni dose di eritropoietina, o analogo.</p> <p>(P; RPA; NO)</p>	<p>Paziente con malattia renale avanzata (stadio 4 o 5 (GFR ≤ 30 mL/min/1.73 m²) per almeno 3 mesi che riceve eritropoietina o un analogo (età \geq ai 18 anni)</p>	<p>Controllo della pressione ad ogni dose di eritropoietina o di farmaco analogo</p>	<p>L'anemia è comune nei pazienti con malattia renale (CKD) avanzata e può condurre ad una varietà di effetti dannosi sulle prestazioni e sui sintomi ischemici. E' stato inoltre suggerito che la mortalità e le complicazioni maggiori durante lo stadio finale della malattia renale (ESRD) siano associate con l'anemia che si sviluppa precocemente nel corso della malattia. La correzione dell'anemia prima dell'inizio della terapia di sostituzione renale (RRT) può migliorare gli outcome di salute. Il controllo della pressione ematica spesso peggiora con la terapia basata sulla eritropoietina. Sette piccoli studi suggeriscono almeno un certo incremento nel rischio di sviluppare l'ipertensione o di soffrire di una esacerbazione dell'ipertensione associata alla terapia con eritropoietina</p>

3.5. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE – IPERTENSIONE			
TITOLO	IF	THEN	BECAUSE
25 Malattia renale cronica avanzata (CKD): Percentuale di pazienti con pressione ematica inferiore a 130/80 mmHg e che ricevono eritropoietina o un analogo.	Paziente adulto (età \geq ai 18 anni) con malattia renale cronica avanzata (CKD) stadio 4 o 5 (GFR \leq 30 mL/min/1.73 m ²) per almeno 3 mesi che non riceve correntemente terapia sostitutiva e che riceva eritropoietina o un analogo	Valori pressori <130 / 80 mmHg	Vedi razionale indicatore N° 25
26 (E; RPA; NO) Stroke e tia: Percentuale di pazienti con TIA o stroke che hanno la registrazione della pressione sanguigna nelle note nei precedenti 15 mesi. (P; BMA; NO)	Paziente con pregresso stroke o tia	Verifica della registrazione nelle note della pressione sanguigna nei precedenti 15 mesi	Vedi razionale indicatore N° 18

27	<p>Malattia renale cronica (CKD): Percentuale di pazienti sul registro delle malattie croniche renali le cui note contengono la registrazione della pressione sanguigna nei precedenti 15 mesi. (P; BMA; NO)</p>	<p>Paziente con malattia cronica renale (età \geq 18 anni) appartenente al registro delle malattie croniche</p>	<p>Registrazione nei precedenti 15 mesi della pressione sanguigna</p>	<p>Vedi razionale indicatore N° 22 Studi mostrano che la riduzione della pressione sanguigna nelle persone con malattie renali croniche riduce il deterioramento della loro funzione renale sia che abbiano o che non abbiano l'ipertensione o il diabete (Jafar et al., Ann Int Med 2003).</p>
28	<p>Malattia renale cronica (CKD): Percentuale di pazienti iscritti nel registro delle malattie renali la cui ultima registrazione della pressione sanguigna, misurata nei precedenti 15 mesi è di 140 /85 o inferiore. (E; BMA; NO)</p>	<p>Paziente iscritto nel registro delle malattie croniche renali della practice (età \geq 18 anni)</p>	<p>Registrazione di valori pressori nei precedenti 15 mesi \leqa 140 / 85</p>	<p>Vedi razionale indicatore N° 22 Studi hanno dimostrato nelle persone oltre i 65 anni ed in quelle con diabete che la pressione sanguigna normale è difficile da raggiungere, ma è importante (Anderson et al., American Journal of Kidney Disease 2005). Vedi anche le ultime linee guida del 2004 della British Hypertension Society (Williams et al., J Hum HT 2004). Questa suggeriscono un obiettivo di pressione sanguigna ottimale nella malattia cronica renale di 130 / 80 o di 127 / 75 se la proteinuria è $>$ 1 g. Tali obiettivi a loro volta sono derivati dal Modification of Diet in Renal Disease study (Klahr et al., NEJM 1994; Peterson et al., Ann Int Med 1995). In pratica questi obiettivi sono spesso difficili da raggiungere. Più basso è livello di pressione raggiunto meglio è per la cura dei pazienti; 140/85 è assunto in pratica come punto di partenza per un nuovo indicatore di qualità</p>

3.5. SCHEMA DI SINTESI - NATIONAL QUALITY MEASURE CLEARINGHOUSE – IPERTENSIONE

	TITOLO	IF	THEN	BECAUSE
29	<p>Malattia cardiaca coronarica: Percentuale di pazienti con malattia cardiaca coronaria le cui note contengono la registrazione della pressione ematica nei precedenti 15 mesi.</p> <p>(P; BMA; NO)</p>	Paziente con malattia cardiaca coronaria	Registrazione della pressione ematica nei precedenti 15 mesi	<p>L'evidenza derivante dalla ricerca sul management della CHD è ormai acclarata e se implementata può ridurre il rischio di morte derivante da CHD e migliorare la qualità di vita dei pazienti. Questa misura è una delle 10 misure sulla prevenzione secondaria della malattia cardiaca coronaria che si focalizzano sulla gestione dei pazienti con CHD conclamata coerente con le priorità cliniche in 4 nazioni. I dati epidemiologici indicano che l'ipertensione continua che segue l'inizio della CHD aumenta il rischio di un evento cardiaco e che la riduzione della pressione lo riduce. I pazienti con CHD nota dovrebbero essere sottoposti alla misura della pressione almeno annualmente.</p>
30	<p>Malattia cardiaca coronarica: Percentuale di pazienti con malattia cardiaca coronaria nei quali l'ultima registrazione della pressione sanguigna (misurata negli ultimi 15 mesi) è di 150 / 90 mmHg o meno.</p> <p>(E; BMA; NO)</p>	Paziente con malattia cardiaca coronaria	Valori pressori registrati negli ultimi 15 ≤ 150 / 90 mm Hg.	<p>Vedi razionale indicatore N° 31. Le linee guida della British Hypertension Society propongono una pressione ottimale ≤ 140 mm Hg per la sistolica e ≤ 85 mm Hg per i pazienti con CHD. Le linee guida propongono anche uno standard pratico nella registrazione della pressione sanguigna finalizzato all'audit ≤ 150 / 90 mmHg. Da un punto di vista generale i trials randomizzati mostrano che una riduzione di 5-6 mm Hg della pressione sostenuta per oltre 5 anni riduce gli eventi coronarici del 20-25 % nei pazienti con malattia cardiaca coronaria (Collins et al., 1990).</p>

31	<p>Monitoraggio da parte della practice degli effetti avversi della terapia farmacologica antinfiammatoria non steroidea (NSAIDs): Percentuale di pazienti trattati quotidianamente con NSAIDs (selettivi o non selettivi) con fattori di rischio per lo sviluppo di insufficienza renale per i quali è valutata la creatinina sierica al baseline ed almeno una volta nel primo anno successivo all'inizio della terapia.</p>	<p>Pazienti trattati quotidianamente farmaci antinfiammatori non steroidei (NSAIDs) selettivi o non selettivi con fattori di rischio per lo sviluppo dell'insufficienza renale (età \geq 75 anni, diabete mellito, ipertensione, uso di ACE-inibitori o diuretici)</p>	<p>Valutazione della creatinina sierica al baseline ed almeno una volta nel primo anno successivo all'inizio della terapia</p>	<p>Il monitoraggio della terapia basata sugli antinfiammatori non steroidei (NSAID) può ridurre l'incidenza e la severità degli eventi avversi associati. Gli antinfiammatori non steroidei sono associati con effetti avversi. L' American College of Rheumatology ed altri raccomandano specifici tests al baseline ed al follow up ad uno specificato periodo di tempo</p>
32	<p>Osteoartrite: Percentuale di pazienti sotto terapia farmacologica antinfiammatoria non steroidea su prescrizione banco che sono valutati per i fattori di rischio gastrointestinali/renali. (P; AAOS, PCTI; NO)</p>	<p>Pazienti sotto terapia farmacologica antinfiammatoria non steroidea su prescrizione o da banco (età \geq 21 anni)</p>	<p>Valutazione per i fattori di rischio gastrointestinali o renali. (fattori di rischio gastrointestinali: età maggiore di 65 anni, sanguinamento gastrointestinale, storia di malattia peptica ulcerosa, uso concomitante di glicocorticoidi o anticoagulanti, fumo, uso di significata quantità di alcool); (fattori di rischio renali: malattie renali (creatinina maggiore di 2 mg/dl), ipertensione, scompenso cardiaco, uso concomitante di diuretici o ACE-inibitori)</p>	<p>Secondo le linee guida dell' American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS) e dell' American College of Rheumatology (ACR), una valutazione per i fattori di rischio gastrointestinali e renali è raccomandata per i pazienti che sono trattati con farmaci antinfiammatori non steroidei.</p>

SCHEMA INTEGRATO – IPERTENSIONE		AHRQ	JAGS	PICENUM	QOF	ARS-ISA65+	FSC
1. Registro di patologia (S; BMA; NO)	Ipertensione: la practice può produrre un registro di pazienti affetti da ipertensione (indicatore di struttura).	+			+		
2. C o n f e r m a dell'elevata pressione sistolica	Ripetizione della misura della pressione sanguigna in soggetto anziano fragile asintomatico senza diagnosi di ipertensione che presenta una elevata misura della pressione sanguigna sistolica.		+				
3. Documentazione della diagnosi di ipertensione	Documentazione della diagnosi di ipertensione attraverso il monitoraggio della pressione sanguigna o domiciliare o ambulatoriale della 24 ore in soggetto anziano fragile senza diagnosi di ipertensione che presenti una pressione sanguigna sistolica di 140 mmHg o più elevata a 2 visite consecutive.		+				
4. Identificazione delle malattie cardiovascolari e di coesistenti fattori di rischio cardiovascolari	Conduzione entro 3 mesi della valutazione del rischio di malattie cardiovascolari (se non effettuata nei precedenti 3 mesi) che dovrebbe includere: anamnesi, esame obiettivo, revisione sistemica, laboratorio (glucosio ematico, lipidi sierici, elettrocardiogramma).		+				
5. Determinazione assetto lipidico	Percentuale di pazienti ipertesi sottoposti a determinazione dell'assetto lipidico nel precedente anno.			+			

<p>6. Registrazione dello stato di non fumatore</p> <p>(20) (P; BMA; NO)</p>	<p>Fumo: Percentuale di pazienti con una o una combinazione delle seguenti condizioni: malattia cardiaca coronarica (CHD), stroke o attacco ischemico transitorio (TIA), ipertensione, diabete, malattia polmonare cronica ostruttiva (COPD) o asma le cui note registrano lo stato di non fumatore nei precedenti 15 mesi (ad eccezione di coloro che non hanno mai fumato il cui stato di fumatore necessita di essere registrato una sola volta dal momento della diagnosi) / Percentuale di pazienti ipertesi con dato di fumo registrato (Picenum)/Percentuale di pazienti con ipertensione che fumano le cui note registrano almeno una volta lo stato di fumatore (NGMSC).</p>	+	+	+	+	
<p>7. Cessazione del fumo nei fumatori affetti da una o più malattie correlate</p> <p>(22) (P; BMA; NO)</p>	<p>Fumo: Percentuale di pazienti con una o una combinazione delle seguenti condizioni: malattia cardiaca coronarica (CHD), stroke o TIA, ipertensione, diabete, malattia polmonare cronica ostruttiva (COPD), o asma che fumano le cui note contengono la registrazione dell'offerta nei precedenti 15 mesi di consigli sulla cessazione del fumo o l'invio ad un servizio specialistico, ove disponibile/ Percentuale di pazienti con ipertensione che fumano le cui note contengono una registrazione sull'offerta di consigli per la cessazione del fumo almeno una volta (NGMSC).</p>	+			+	
<p>8. Identificazione di cause secondarie di ipertensione (alcool)</p>	<p>Documentazione entro i 3 mesi della quantità e della frequenza dell'intake di alcool (se non effettuato nei precedenti 3 mesi in soggetto anziano fragile con ipertensione di recente diagnosi).</p>			+		

SCHEMA INTEGRATO – IPERTENSIONE		AHRQ	JAGS	PICENUM	QOF	ARS-ISA65+	FSC
9. Identificazione di cause secondarie di ipertensione (FANS o inibitori della cicloossigenasi 2)	Documentazione entro 6 mesi della riduzione della dose, del tentativo di utilizzo di medicinali alternativi o della giustificazione dell'uso continuato in soggetto anziano fragile con ipertensione di recente diagnosi che assume FANS o inibitori della cicloossigenasi 2.		+				
10. Registrazione della misura della pressione (2) (P; ACC; AHA; PCPI; AMA; NO)	Ipertensione: percentuale di visite di pazienti con registrazione della misura della pressione/ Percentuale di popolazione di età uguale o superiore ai 21 anni sottoposta a misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni (Picenum).	+		+			
11. Registrazione della pressione sanguigna nei pazienti nefropatici (27) (P; BMA; NO)	Malattia renale cronica (CKD): Percentuale di pazienti sul registro delle malattie croniche renali le cui note contengono la registrazione della pressione sanguigna nei precedenti 15 mesi.	+					
12. Registrazione della pressione sanguigna in diabetici (15) (P; BMA; NO)	Diabete mellito: Percentuale dei pazienti con diabete che hanno una registrazione della pressione sanguigna nei precedenti 15 mesi.	+					
13. Registrazione della pressione ematica in pazienti con malattia cardiaca coronarica (29) (P; BMA; NO)	Malattia cardiaca coronarica: Percentuale di pazienti con malattia cardiaca coronarica le cui note contengono la registrazione della pressione ematica nei precedenti 15 mesi.	+					

14. Misura della pressione nella malattia coronarica cronica (6) (P; ACC; AHA; PCPI; AMA; NO)	Malattia arteriosa coronarica cronica stabile (CAD): Percentuale di pazienti che hanno avuto una misura della pressione ematica durante l'ultima visita ambulatoriale.	+					
15. Registrazione della pressione sanguigna dei pazienti con stroke e tia nei precedenti 15 mesi (26) (P; BMA; NO)	Stroke e tia: Percentuale di pazienti con TIA o stroke che hanno la registrazione della pressione sanguigna nelle note nei precedenti 15 mesi.	+					
16. Follow up della misura pressoria (7) (P; BMA; NO)	Iperensione: Percentuale di pazienti con ipertensione nei quali c'è una registrazione della pressione ematica nei precedenti 9 mesi (AHRQ e NGMSC) / 6 mesi (Picenum).	+	+	+			
17. Valori pressori (1) (E; OQP; VHA; NO)	Iperensione: percentuale di pazienti eligibili con una diagnosi attiva di ipertensione di cui la più recente misurazione della pressione sanguigna registrata era inferiore o uguale a 140/90 (Coorte clinica NEXUS).	+					
18. Valori pressori (19) (E; ICSI; NO)	Iperensione diagnosi e trattamento: Percentuale di pazienti con pressione inferiore a 140 /90 mmHg alla visita clinica.	+					

SCHEMA INTEGRATO – IPERTENSIONE		AHRQ	JAGS	PICENUM	QOF	ARS-ISA65+	FSC
19. Valori pressori	Ipertensione: percentuale di membri arruolati di età compresa tra 46 ed 85 anni con diagnosi di ipertensione la cui pressione sanguigna era adeguatamente controllata a valori inferiori od uguali a 140/90 mmHg durante l'anno di misura (indicatore di outcome intermedio)/ Percentuale di pazienti ipertesi con ultima determinazione della pressione arteriosa inferiore o uguale a 150/90 mmHg (Picenum e NGMSC).	+		+	+		
(3) (E intermedio; NCQA; NO)							
20. Valori pressori	Ipertensione: Percentuale di pazienti con ipertensione in cui l'ultima pressione ematica (misurata nei precedenti 9 mesi) è di 150 /90 o meno.	+					
(8) (E; BMA; NO)							
21. Valori pressori nei diabetici	Diabete mellito: Percentuale di pazienti con diabete mellito con la pressione sanguigna inferiore o uguale a 140 / 90 (coorte clinica NEXUS).	+					
(9) (E; OQP; VHA; NO)							
22. Valori pressori nei diabetici	Diabete mellito: Percentuale di pazienti con diabete in cui l'ultima misura della pressione sanguigna era di 145 / 85 o inferiore.	+					
(14) (E; BMA; NO)							
23. Valori pressori nei diabetici	Diabete mellito: Percentuale di pazienti con una registrazione di pressione sanguigna inferiore a 130 / 80 negli ultimi 12 mesi.	+					
(23) (E; HRSA-HDC; NO)							
24. Valori pressori nei pazienti con malattia cardiaca coronarica	Malattia cardiaca coronarica: Percentuale di pazienti con malattia cardiaca coronaria nei quali l'ultima registrazione della pressione sanguigna (misurata negli ultimi 15 mesi) è di 150 / 90 mmHg o meno.	+					
(30) (E; BMA; NO)							

25. Valori pressori nei nefropatici cronici (10) (P; RPI; NO)	Malattia cronica renale (CKD): Percentuale di pazienti con controllo della pressione sanguigna almeno una volta entro gli ultimi 3 mesi.	+				
26. Valori pressori nei nefropatici cronici in fase avanzata (11)(E; RPA; NO)	Malattia renale cronica avanzata: Percentuale di pazienti con pressione ematica inferiore a 130 /80 al momento della data indice (indicatore di outcome).	+				
27. Valori pressori registrati nei nefropatici (28) (E; BMA; NO)	Malattia renale cronica (CKD): Percentuale di pazienti iscritti nel registro delle malattie renali croniche la cui ultima registrazione della pressione sanguigna, misurata nei precedenti 15 mesi è di 140 /85 o inferiore.	+				
28. Controllo della pressione arteriosa nei pazienti nefropatici (24) (P; RPA; NO)	Malattia cronica renale avanzata (CKD): Percentuale di pazienti con pressione arteriosa controllata ad ogni dose di eritropoietina, o analogo.	+				
29. Valori pressori nei nefropatici che ricevono eritropoietina o analogo (25) . (E; RPA; NO)	Malattia renale cronica avanzata (CKD): Percentuale di pazienti con pressione ematica inferiore a 130/80 mmHg e che ricevono eritropoietina o un analogo.	+				
30. Valori pressori nei pazienti con pregresso TIA o stroke (17) (E; BMA; NO)	Stroke e attacco ischemico transitorio (TIA): Percentuale di pazienti con una storia di TIA o stroke nei quali l'ultima registrazione della pressione sanguigna (misurata nei precedenti 15 mesi) è di 150 /90 o inferiore.	+				
31. Dosaggio delle creatinina	Percentuale di pazienti ipertesi sottoposti al dosaggio della creatinemia nel precedente anno.				+	

SCHEMA INTEGRATO – IPERTENSIONE		AHRQ	JAGS	PICENUM	QOF	ARS-ISA65+	FSC
32. Valutazione della funzionalità renale	Valutazione della funzionalità renale entro 3 mesi (se non effettuata nei precedenti 3 mesi) in anziano fragile con ipertensione di recente diagnosi.		+				
33. Piano di cura	Ipertensione: percentuale di visite di pazienti durante le quali entrambi o la pressione sistolica è più elevata di o uguale a 140 mmHg o la pressione diastolica è più elevata di o uguale a 90 mmHg, con documentato piano di cura per l'ipertensione.	+					
(4) (P; ACC; AHA; PCPI; AMA; NO)							
34. Trattamento non farmacologico	Diagnosi e trattamento dell'ipertensione: Percentuale di pazienti con ipertensione presentatisi in clinica entro l'ultimo mese per i quali è stata documentata nella registrazione medica un intervento di educazione sui fattori di rischio modificabili / Documentazione entro 3 mesi di una discussione sugli obiettivi pressori o sui rischi di una prolungata ipertensione in soggetto anziano fragile con ipertensione di recente diagnosi.	+	+				
(18) (P; ICSI; NO)							
35. Interventi non farmacologici	Raccomandazione di un intervento non farmacologico (ad esempio dieta, esercizio, perdita di peso, riduzione dell'alcool) (se non effettuato nei 3 mesi precedenti) in soggetto anziano fragile con ipertensione di recente diagnosi.		+				

36. Interventi per l'ipertensione che superi gli obiettivi della pressione sanguigna sistolica	Intervento farmacologico, sugli stili di vita o sulla compliance o documentazione di una causa reversibile o di altre giustificazioni per la elevazione pressoria in soggetto anziano fragile con ipertensione e persistente pressione sanguigna sistolica superiore all'obiettivo (a 2 consecutive visite).	+				
37. Ipertensione refrattaria	Documentazione della sospetta ragione per la quale l'obiettivo non è stato raggiunto e dello sforzo finalizzato per raggiungere il limite in soggetto anziano fragile con ipertensione persistente (a 2 visite consecutive) che abbia una elevazione della pressione sanguigna sistolica superiore all'obiettivo.	+				
38. Controllo dell'ipertensione ortostatica	Valutazione per l'ipertensione ortostatica al momento in cui ciò viene riportato (o entro una settimana se fuori dall'ambulatorio) o modificazione del regime farmacologico se il regime farmacologico antipertensivo è cambiato (nuovi farmaci o cambiamento della dose) ed entro 1 settimana l'anziano riferisce vertigini, sincope o pre-sincope, cadute o pre-cadute.	+				

SCHEMA INTEGRATO – IPERTENSIONE		AHRQ	JAGS	PICENUM	QOF	ARS-ISA65+	FSC
39. Urgenza ipertensiva	Terapia immediata o riferimento ad un dipartimento di emergenza o un ospedale in anziano fragile senza danno di organi bersaglio con una pressione diastolica di 120 mmHg o più elevata in soggetto anziano fragile senza danno di organi bersaglio con una pressione diastolica di 120 mmHg o più elevata.		+				
40. Intensificazione terapia nei nefropatici cronici in fase avanzata (12) (P; RPA; NO)	Malattia cronica renale avanzata: Percentuale di pazienti con terapia antipertensiva intensificata.	+					
41. Terapia con ACE inibitori o ARBs nei nefropatici cronici in fase avanzata (13) (P; RPA; NO)	Malattia cronica renale avanzata (CKD): percentuale di pazienti in terapia con inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE) o bloccanti del recettore per l'angiotensina II (ARBs).	+					
42. Trattamento (ACE-I, ARBs) in nefropatici cronici ipertesi	Malattia renale cronica: Percentuale di pazienti sul registro delle malattie renali croniche con ipertensione che sono trattati con un inibitore dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE-I) o con un bloccante del recettore per l'angiotensina (ARB) (almeno che siano registrati una controindicazione o un effetto avverso) / Anziano fragile iperteso con una storia di scompenso cardiaco, ipertrofia ventricolare sinistra, malattia cardiaca ischemica, malattia renale cronica o accidente cardiovascolare (JAGS).	+	+				
(21) (P; BMA; NO)							

<p>43. Monitoraggio degli effetti avversi dei farmaci antinfiammatori non steroidei: rischio di insufficienza renale (31) (P; Arthritis Rheum2004 Apr 15;51(2):193-202. Arthritis Rheum2004 Jun 15;51(3):337-49. NO)</p>	<p>Monitoraggio da parte della practice degli effetti avversi della terapia farmacologica antinfiammatoria non steroidea (NSAIDs): Percentuale di pazienti trattati quotidianamente con NSAIDs (selettivi o non selettivi) con fattori di rischio per lo sviluppo di insufficienza renale per è quali è valutata la creatinina sierica al baseline ed almeno una volta nel primo anno successivo all'inizio della terapia.</p>	+						
<p>44. Valutazione dei fattori di rischio gastrointestinali o renali in pazienti in terapia con FANS (32) (P; AAOS, PCPI; NO)</p>	<p>Osteoartrite: Percentuale di pazienti sotto terapia farmacologica antinfiammatoria non steroidea su prescrizione o da banco che sono valutati per i fattori di rischio gastrointestinali/renali.</p>	+						
<p>45. Ospedalizzazione (16) (S; A; AHRQ; NO)</p>	<p>Tasso di ammissione per ipertensione.</p>	+						

BIBLIOGRAFIA.

1. <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/>
2. www.picenumstudy.it
3. www.arsanita.toscana.it
4. E Klerup. Quality Indicators for the Care of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Vulnerable Elders. JAGS. 2007. 55:S270–S276.
5. P Shekelle, S Vijan. Quality Indicators for the Care of Diabetes Mellitus in Vulnerable Elders. JAGS. 2007. 55:S312–S317.
6. L.C. Min, R Mehrotra, C H. Fung. Quality Indicators for the Care of Hypertension in Vulnerable Elders JAGS. 2007 55:S359–S365.
7. E M. Cheng, C H. Fung,. Quality Indicators for the Care of Stroke and Atrial Fibrillation in Vulnerable Elders. JAGS. 2007. 55:S431–S437.
8. Paul A. Heidenreich, and G C. Fonarow. Quality Indicators for the Care of Heart Failure in Vulnerable Elders. JAGS. 2007. 55:S340–S346.
9. Annex A to the new GMS contract, defining QOF indicators:
www.dh.gov.uk/assetRoot/04/07/86/59/04078659.pdf





Finito di stampare in Firenze
Presso la tipografia editrice Polistampa
Aprile 2008

