

## WORKSHOP

*Fare di più non significa fare meglio.  
Verso una rete di Ospedali Slow.  
Dove siamo e dove andremo*

**CUNEO**  
8 - 9 Ottobre 2015

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Titolo del progetto</b> | Prestazioni cardiologiche ambulatoriali. L'esperienza dell'Azienda ospedaliera Papa Giovanni XXIII di Bergamo. |
| <b>Autori</b>              | Carmelo Mammana, Elona Çolaku, Anita Iorio, Roberta Rossini, Michele Senni.                                    |
| <b>Affiliazioni</b>        | Socio ANMCO, Socio Slow medicine   |
| <b>Email degli autori</b>  | cmammana@hpg23.it  |

**Razionale:** individuare possibili ambiti di miglioramento del percorso assistenziale, successivo alla valutazione cardiologica eseguita presso gli ambulatori della U.S.C. Cardiologia 1 dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII di Bergamo.

**Metodi:** abbiamo valutato retrospettivamente nel periodo 1 gennaio - 31 marzo 2014, i referti di visita cardiologica con elettrocardiogramma che sono presenti nel sistema di archiviazione Galileo di tutti i pazienti non selezionati provenienti dal territorio che sono afferiti ai nostri ambulatori cardiologici generici, cioè ambulatori non dedicati a sottogruppi con specifiche patologie cardiache. Le variabili analizzate sono state: età, sesso, precedente diagnosi di coronaropatia, ipertensione, fibrillazione atriale, precedente rivascolarizzazione coronarica chirurgica, diabete mellito, se si trattava di prima visita cardiologica, la presenza o meno di sintomi, se durante la visita è stata fatta una prescrizione di un esame diagnostico e quale, se durante la visita era stata apportata una modifica alla terapia, ed il medico che ha firmato la valutazione cardiologica. L'analisi descrittiva è stata fatta con il test di Fischer, ed sono state considerate come statisticamente significative tra le variabili analizzate, differenze con  $P < 0.05$ .

**Risultati** Sono stati generati ed analizzati 538 referti consecutivi. Età media dei pazienti era 64 anni, 320 erano maschi (59.5%). I pazienti potevano essere affetti da nessuno, uno o più dei seguenti fattori di rischio: 188 affetto da coronaropatia (35%) e 33 era stato sottoposto a rivascolarizzazione coronarica chirurgica (6%), 191 era affetto da ipertensione arteriosa (35.5%), 43 da fibrillazione atriale (8%) e 42 da diabete (7.8%). In 366 non venivano riportati sintomi alla visita (69%) e in 228 durante la visita non è stato preso nessun provvedimento diagnostico o effettuata nuova prescrizione terapeutica (42%): le 310 visite nelle quali è stata effettuata una prescrizione di un esame diagnostico e/o è stata prescritta una nuova rivalutazione cardiologica hanno generato 444 nuove prestazioni. Nel gruppo degli asintomatici 366 (69%) in 247 durante la visita non è stato preso nessun provvedimento diagnostico e terapeutico (67%) così come in 134 (78%) di quello dei 172 sintomatici (31%). Nel sottogruppo delle prime visite cardiologiche 98 (19%), i sintomatici

erano 62 (63%) ed in 37 durante la visita non è stato preso nessun provvedimento diagnostico e terapeutico (38%). Al fine di valutare la associazione tra una delle variabili indagate e la probabilità di una prescrizione diagnostica solo la presenza di coronaropatia e il medico che ha effettuato la visita sono risultate statisticamente significative ( $P=0.022$  e  $0.019$  rispettivamente).

**Conclusioni:** La ricerca dell'appropriatezza prescrittiva rappresenta uno strumento ineludibile per contribuire al miglioramento delle cure offerte. Le caratteristiche della popolazione non selezionata che accede ai nostri ambulatori cardiologici ed in particolare quella dei pazienti asintomatici non giustifica da parte dello specialista cardiologo l'elevato numero di esami diagnostici prescritti e per alcuni di essi alto è il rischio di essere inappropriati. Pur non avendo aggiustato per medico/numero di prestazioni, si può ipotizzare una significativa differenza nella frequenza delle prescrizioni diagnostiche tra i diversi medici dell'equipe.