Appropriatezza e PACA

2019

Alcuni esempi…

- L`OMS stima che l`ammontare delle prestazioni che non danno **nessun beneficio** ai pazienti corrispondono a circa il **20 – 40% della spesa** sanitaria (WHO 2010), negli USA il **30%** (Brody NEJM 2012)
- Il **50%** delle **angioplastiche** su pazienti con angina stabile sono **inappropriate** (Fonte: JAMA 2011) come pure il **23,4%** delle **colonscopie** (Fonte:JAMA Int Med 2013), il **55,7%** delle **risonanze** magnetiche alla parte lombare della colonna vertebrale (Fonte: JAMA Int Med 2013).
- I` **80%** dei «nuovi» **farmaci** immessi sul mercato negli ultimi 30 anni non sono che **copie** degli esistenti e solo il **2,5%** rappresenta un **progresso** terapeutico (Fonte: Prescrire 2012)

Da G. Domenighetti

Sprechi, frodi e inappropriatezza in Italia (alcuni esempi)

- Frodi e corruzione: Italia **5/6 Miliardi/anno** (**13.7 / 16.4 Milioni €/giorno**) (Fonte: Agenas 2013)
- La Società Italiana di Radiologia Medica ha valutato che il **33%** di **tutti** gli esami radiologici sono **inappropriati** (Fonte: Quot.Sanità 2013)
- il **44%** delle richieste radiologiche **ambulatoriali** sarebbero **inappropriate** (Fonte: Radiol. Med. 2011)
- Ben **7** dei **12** laboratori di emodinamica dell`area metropolitana di Milano fanno meno di 400 angioplastiche all`anno (criterio minimo GISE) **trattando così da 0.4 a 0.9 pazienti al giorno** (Fonte: Costantino, Barbieri SDA Bocconi 2013)

Da G. Domenighetti

Sprechi, frodi e inappropriatezza in Italia (alcuni esempi)

Su **17 centri** che effettuano trapianti cardiaci **16 non hanno raggiunto** nel 2012-13 lo **standard minimo medio di 25 trapianti** annui definito dalla conferenza Stato-Regioni (Fonte: SIT 2012-13)

• Su **40 centri** che praticano trapianti di rene **16 non hanno raggiunto** nel 2012-13 lo **standard minimo medio di 30 trapianti** annui (Fonte: SIT 2012-13)

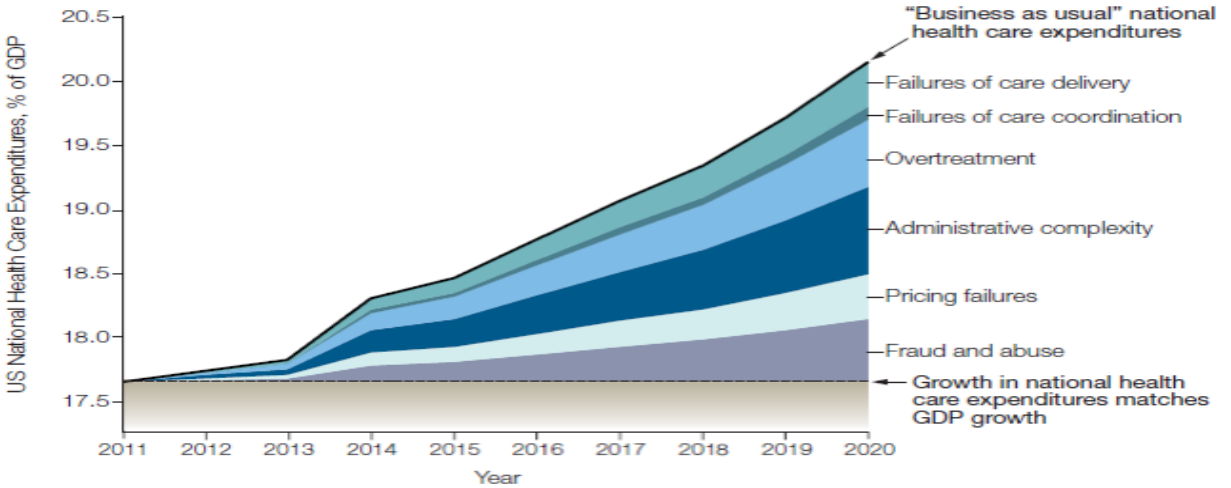
• Se gli **ACE-i** (in particolare il Ramipril) fossero i farmaci di prima scelta per l`ipertensione (sartani solo in caso di intolleranza) **si risparmierebbe circa 1 Miliardo di €/anno** (Fonte: Donzelli, Sal.Int.2013)

• Le capsule di **omega-3** non riducono la mortalità da tutte le cause, né per morte cardiaca, morte improvvisa, né infarti cardiaci o ictus: dunque il loro **uso** nella pratica clinica è **inappropriato**. Risparmio **circa 200 Milioni €/anno** (Fonte: Donzelli, Sal.Int. 2013)

Da G. Domenighetti

Gli sprechi e le loro categorie nella medicina degli USA

Figure. Proposed "Wedges" Model for US Health Care, With Theoretical Spending Reduction Targets for 6 Categories of Waste



Almeno il 20% della spesa sanitaria nei paesi industrializzati viene erosa dagli sprechi

Sei categorie di spreco[22]

Categorie di spreco	Costi in % del totale (300 mld di $)
1. Failures of care delivery, sottoutilizzo di cure efficaci	12
2. Failures of care coordination, difettoso coordinamento delle cure	10
3. Overtreatment, sovrautilizzo delle cure (terapia e diagnosi)	26
4. Administrative complexity, tempo speso in obblighi burocratici	12
5. Pricing failures, costi esagerati di tecnologie diagnostiche o terapeutiche	19
6. Fraud and abuse, frodi e sovra-interventismo medico	21

Nota: i termini "care" e "cure" comprendono diagnosi, screening, terapia e prevenzione

Berwick DM, Hackbarth AD. JAMA 2012; 307: 1513-16

Appropriatezza e PACA

- Sulla base di quale elementi un intervento può ritenersi appropriato?
- Come valutare?
- Quali strumenti sono disponibili per promuovere l’appropriatezza?

APPROPRIATEZZA IN AMBITO SANITARIO

- complessità
- incertezza
- asimmetria informativa
- qualità difficilmente misurabile
- conflitti di interesse
- variabilità delle decisioni cliniche

Definizione RAND

una procedura è **appropriata se:**

il beneficio atteso (ad es. un aumento della aspettativa di vita, il sollievo dal dolore, la riduzione dell'ansia, il miglioramento della capacità funzionale) supera le eventuali conseguenze negative (ad es. mortalità, morbosità, ansia, dolore, tempo lavorativo perso) con un margine sufficientemente ampio, tale da ritenere che valga la pena effettuarla

Finanziamento del servizio sanitario nazionale a carico dello Stato (€ mld.)

Anno	Importo finanziamento*
2011	106,905
2012	107,961
2013	107,004
2014	109,902
2015	109,715
2016	111,002
2017	112,577
2018	113,404
2019	114,474

Fonte: elaborazione Ministero della Salute su dati normativa

Finanziamento corrente a carico dello Stato, 2001-2019 (€ mld.)

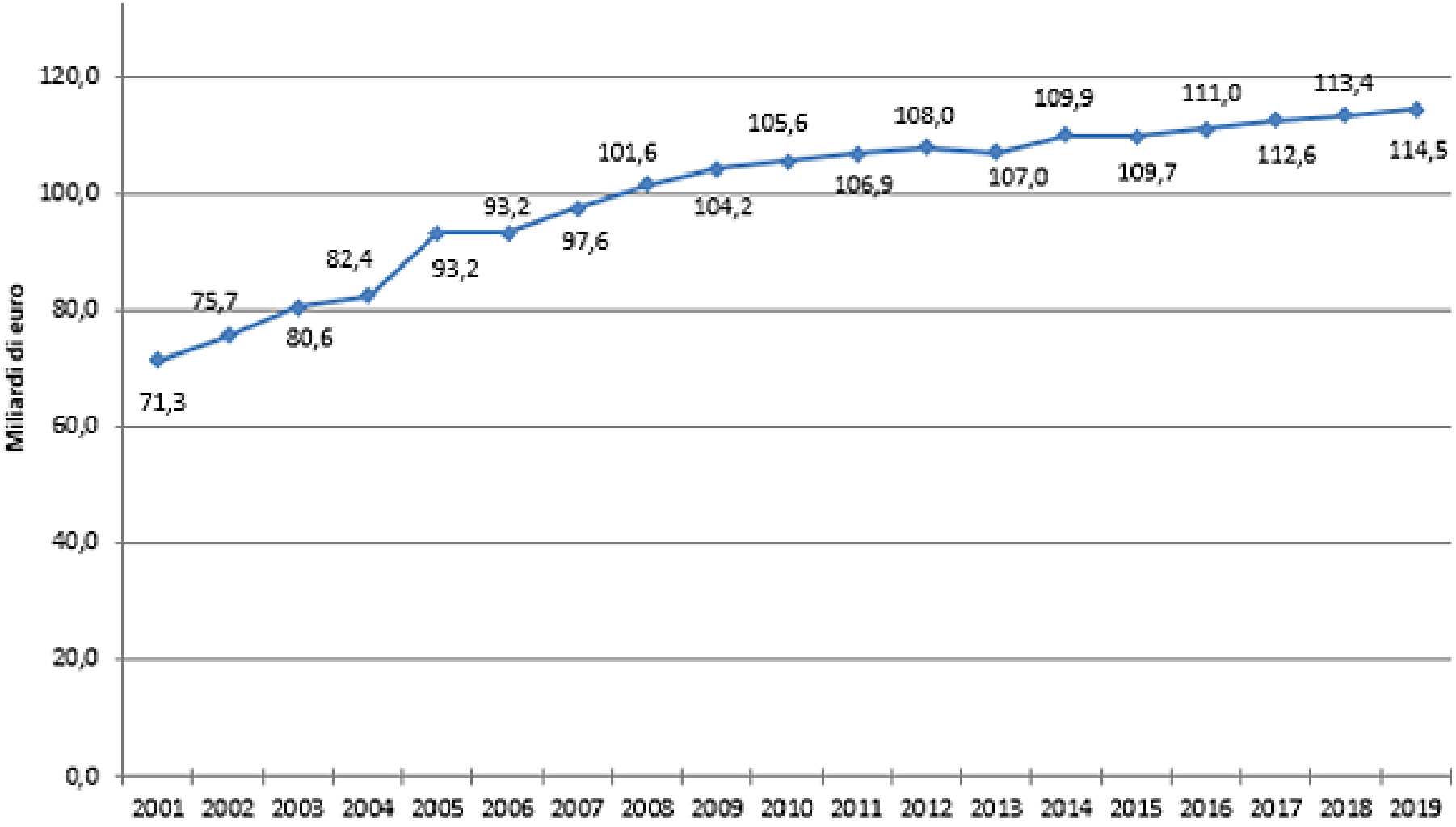


Tabella 3.7. Stima di sprechi e inefficienze della spesa sanitaria pubblica 2017 (dati in miliardi)

Categoria	%	Stima	Range (±20%)
1. Sovra-utilizzo	30	€ 6,45	€ 5,16 – € 7,74
2. Frodi e abusi	22	€ 4,73	€ 3,78 – € 5,67
3. Acquisti a costi eccessivi	10	€ 2,15	€ 1,72 – € 2,58
4. Sotto-utilizzo*	15	€ 3,22	€ 2,58 – € 3,87
5. Inefficienze amministrative	11	€ 2,36	€ 1,89 – € 2,84
6. Inadeguato coordinamento dell'assistenza	12	€ 2,58	€ 2,06 – € 3,10
TOTALE	**100**	**€ 21,49**	**€ 17,20 – € 25,79**

* Stima indiretta dei costi generati dal peggioramento degli outcome di salute conseguente al sotto-utilizzo di interventi sanitari efficaci e appropriati (§3.3.4)

4° Rapporto GIMBE Sostenibilità SSN, 2019

17-21% della spesa sanitaria pubblica

Ministero della Salute (glossario)

L'appropriatezza definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente (o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi.

Dalla letteratura - 1

Studio/Fonte	Paese	Elementi chiave della definizione	Prospettiva
Woodward et al (1984)	USA	Effetti positivi attesi per il paziente	Paziente
Hopkins (1993)	UK	Maggiore probabilità di ottenere gli esiti di salute attesi dal singolo paziente Accettabilità delle modalità dell'intervento da parte del paziente Scelta dell'intervento appropriato coinvolgendo il paziente e tenendo conto non solo degli esiti di salute ma anche dei rischi Deve tenere conto delle risorse disponibili, del contesto sociale e culturale	Paziente Sistema sanitario Società
Sharpe et al. (1996)	USA	Benefici clinici attesi per il paziente. Rapporto costi-benefici tale da consentire l'erogazione dei servizi in uno (specifico) contesto di risorse limitate.	Paziente Società
Zanetti et al. (1996)	Italia	Accettabilità e pertinenza rispetto a persone, circostanze e luogo, conoscenza	Paziente Sistema sanitario Società
Morosini (1999) Morosini, Perraro (2001)	Italia	Benefici attesi superiori alle conseguenze negative. Deve tenere conto dei costi. Inerente il processo decisionale, chiama in gioco il giudizio clinico Livello organizzativo di effettuazione dell'interevnto più gradito dall'utente e/o meno costoso	Paziente Sistema sanitario

Dalla letteratura - 2

Studio/Fonte	Paese	Elementi chiave della definizione	Prospettiva
RAND (2000)	USA, WHO Europe	Benefici attesi superiori alle possibili conseguenze negative	Paziente
Berti et al. (2004)	Italia	Beneficio effettivo per il paziente in ragione delle condizioni cliniche Quantità di risorse impiegate Contesto organizzativo dell'intervento	Paziente Sistema sanitario
Vasselli et al. (2005)	Italia	Erogazione dell'intervento secondo il quadro clinico del paziente e anche variabili non strettamente cliniche (qualità di vita) Erogazione dell'intervento nel momento giusto e secondo il regime organizzativo adeguato Deve tenere conto del contesto culturale e organizzativo del paziente e dell'operatore; deve tenere conto delle risorse	Paziente Operatore Sistema sanitario Società
Cinotti et al. (2005)	Italia	Intervento efficace per il singolo paziente Rispetto delle preferenze individuali e dei valori culturali e sociali Livello organizzativo di assistenza più idoneo	Paziente Sistema sanitario Società
Kelley, Hurst (2006)	OECD	Rilevanza rispetto ai bisogni clinici	Paziente
Ministero salute (2006)	Italia	Intervento correlato al bisogno del paziente o della collettività Erogazione dell'intervento secondo modi e tempi adeguati Bilancio positivo tra benefici, rischi e costi	Paziente Collettività Sistema sanitario
Tonelli (2008)	Italia	Compendia in sé efficacia ed efficienza ed è al tempo stesso considerata accettabile da chi riceve e da chi eroga le cure.	Paziente Sistema sanitario

Framework	Elementi	Variazioni	Strumenti
Appr.clinica Appr. organizzativa	Intervento Paziente Momento Durata Setting Professionista	Effective care Supply sensitive care Preference sensitive care	EBM Linee guida PDTA RAND/Delphi Cons. inf. Patients decision aids Priorità cliniche RAO Choosing Wisely Privileges e competenze PACA

Appropriatezza clinica

- identifica di fatto il livello di efficacia di una prestazione o procedura per un particolare paziente
- determinata sulla base sia delle informazioni cliniche relative alle manifestazioni patologiche del paziente sia delle conclusioni diagnostiche che orientano verso quel preciso intervento sanitario, dal quale ci si attende un beneficio per il paziente.
- "*ci si attende più benefici che effetti negativi in un paziente che presenta un set preciso di manifestazioni cliniche*"
- I costi, in questo caso, non sono considerati.

Appropriatezza organizzativa

- identifica la situazione in cui l'intervento viene erogato in condizioni tali (ambito assistenziale, professionisti coinvolti) da "consumare" un'appropriata quantità di risorse (efficienza operativa). Prende quindi in considerazione la relazione costi-efficacia.
- *il tipo di assistenza teoricamente richiesta dalle caratteristiche cliniche del paziente corrisponda al tipo di assistenza concretamente offerta*".

Le variazioni ingiustificate

overuse, underuse, misuse of care

Le variazioni ingiustificate

“non spiegabili sulla base delle malattie e delle preferenze dei pazienti, come anche dei bisogni della popolazione, ma legate maggiormente alle differenze nelle caratteristiche del sistema di servizi, in particolare all’offerta locale di strutture/servizi/professionisti e al comportamento dei singoli professionisti”

APPROPRIATEZZA

Da ('50…)

"always thought the right thoughts, and did the right things"

A ('70…)

"quando medici differenti raccomandano cose differenti in pazienti che sono essenzialmente uguali, è impossibile affermare che tutti stanno facendo la cosa giusta"

Da L. pagliaro
Professore Emerito di Medicina Interna, Università di Palermo

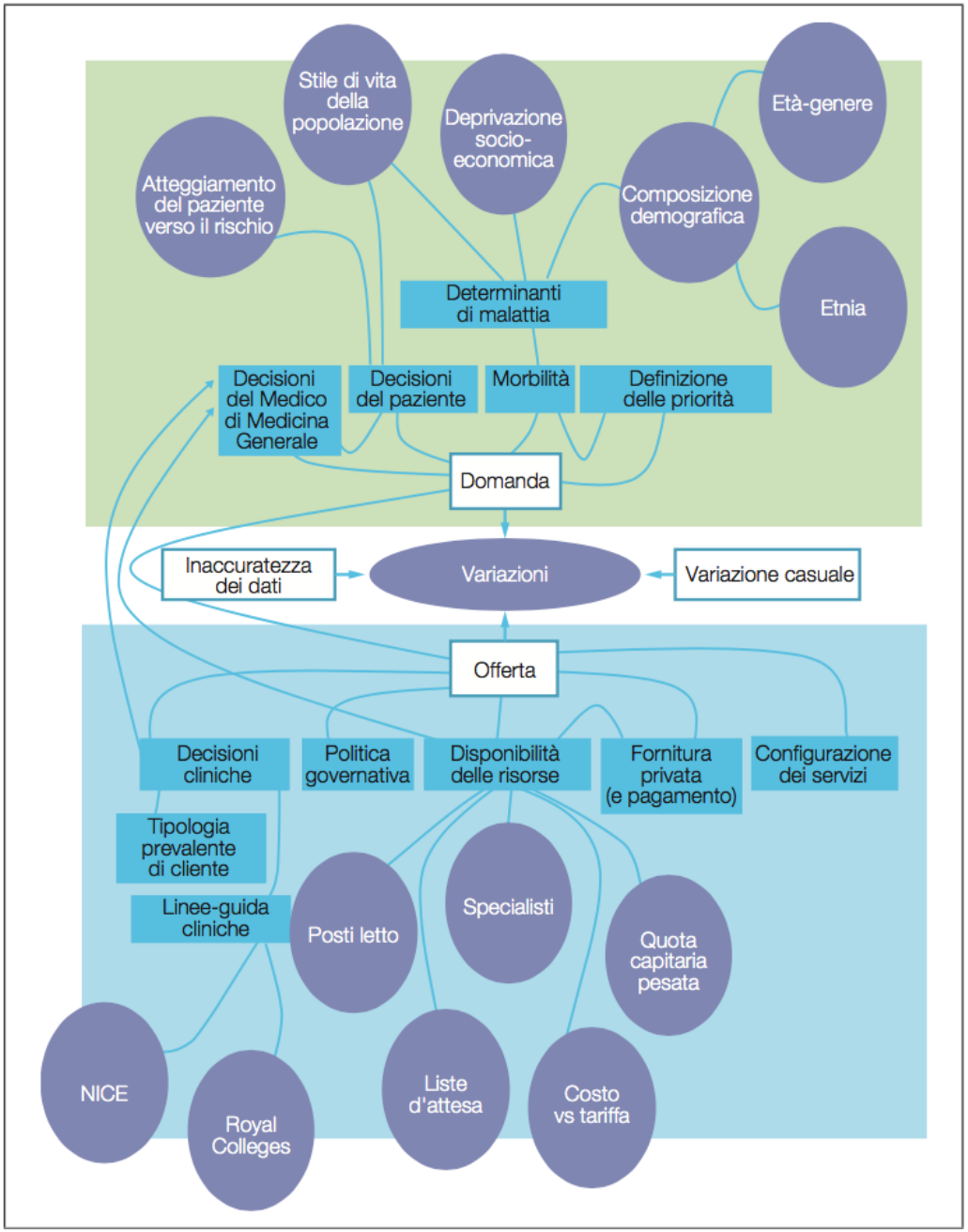


Figura 2.1 • Una possibile mappa delle cause di variazioni nel ricorso ai servizi sanitari (modificata da The King's Fund, 2011)

Variazioni ingiustificate delle cure -1

La ricerca sulle variazioni ingiustificate della pratica medica negli USA è stata sviluppata dal Dartmouth Atlas of Health Care, che prende nome dall'Università di Dartmouth nel New Hampshire e che vede ancora oggi Wennberg fra i suoi protagonisti. Il Dartmouth Atlas of Health Care ha identificato 306 ospedali di riferimento di altrettante aree negli USA, e ha studiato e analizzato le variazioni della pratica medica fra questi ospedali; i dati sono costantemente riportati per popolazione di ogni area.

La tabella mostra le variazioni ingiustificate di tre interventi chirurgici nel Vermont riportate nel lavoro originario di Wennberg e Gittelsohn: il rapporto tra ospedali con minor frequenza e ospedali con maggior frequenza d'uso delle cure va da 1/11,6 a 1/3,3.

Variazione del numero di interventi chirurgici per 10.000 cittadini nei 13 ospedali d'area del Vermont nel 1969[4]

Intervento	A: Negli ospedali con minor numero di interventi	B: Negli ospedali con maggior numero di interventi	Rapporto A/B
Tonsillectomia nei bambini	13	151	1/11,6
Prostatectomia	11	38	1/3,4
Colecistectomia, donne	17	57	1/3,3

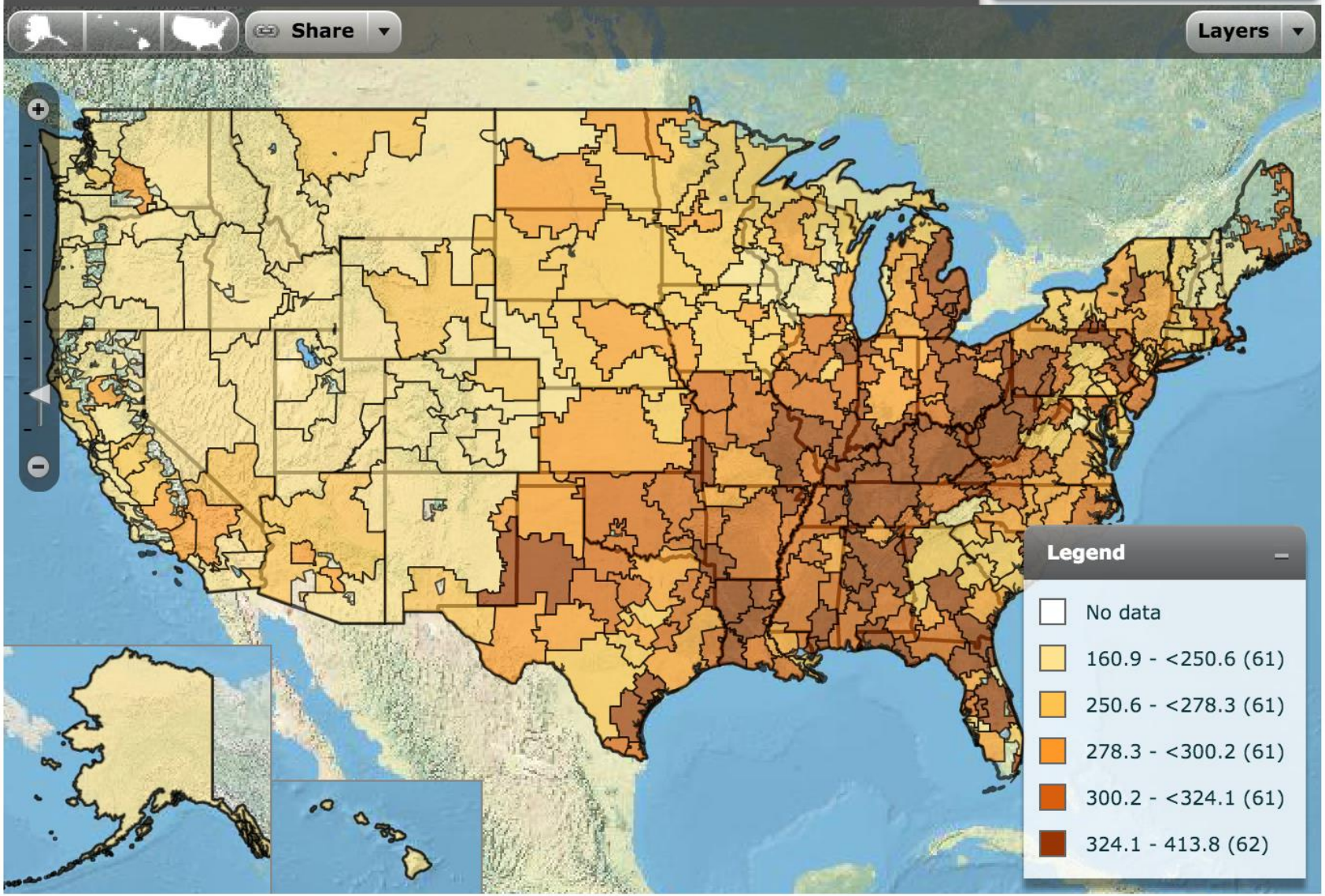
Prevalence of some elective surgical procedures in physicians, lawyers and in gen. pop.

	ODDS RATIOS			
	Tonsillectomy (children)	Hysterectomy	Cholecyste-ctomy	Herniorraphy
Physicians + wifes and children (N = 1522)	Most informed consumer-patient. 1	1	1	1
Lawyers + wifes and children (N = 826)	1.12 NS	0.85 NS	1.03 NS	1.13 NS
General population (N = 2960)	1.46 P < 0.001	1.58 P< 0.01	1.84 P< 0.02	1.83 P< 0.05

Domenighetti et al.Int J Tech Ass Health Care (1993) / Lancet (1995) for tonsillectomy.

HOSPITAL DISCHARGES PER 1,000 MEDICARE ENROLLEES, BY GENDER AND TYPE OF ADMISSION

(Gender: Overall; Type of Admission: Overall; Year: 2012)



3 categorie di variazioni ingiustificate

Categorie delle cure	Problema	
Effective care, cure efficaci;	*Underuse* - sottoutilizzo delle cure (*underuse*)	Bassa aderenza alla “good medical science” e alle linee guida
Supply sensitive care, cure indotte da un eccesso di risorse sanitarie	*Overuse* - sovrautilizzo delle cure senza beneficio in termini di salute (*overuse*)	Opinione diffusa (ma sbagliata) fra medici e popolazione che in termini di salute “il più è meglio”; difetti nella distribuzione delle risorse sanitarie (soldi, ospedali, specialisti)
Preference sensitive care, cure basate sulle opinioni localmente variabili dei medici	*Misuse* - Combinazioni locamente variabili di di sotto e sovra utilizzo	Incertezza fra più opzioni di trattamento; decision making dominato dai medici senza condivisione con i pazienti;

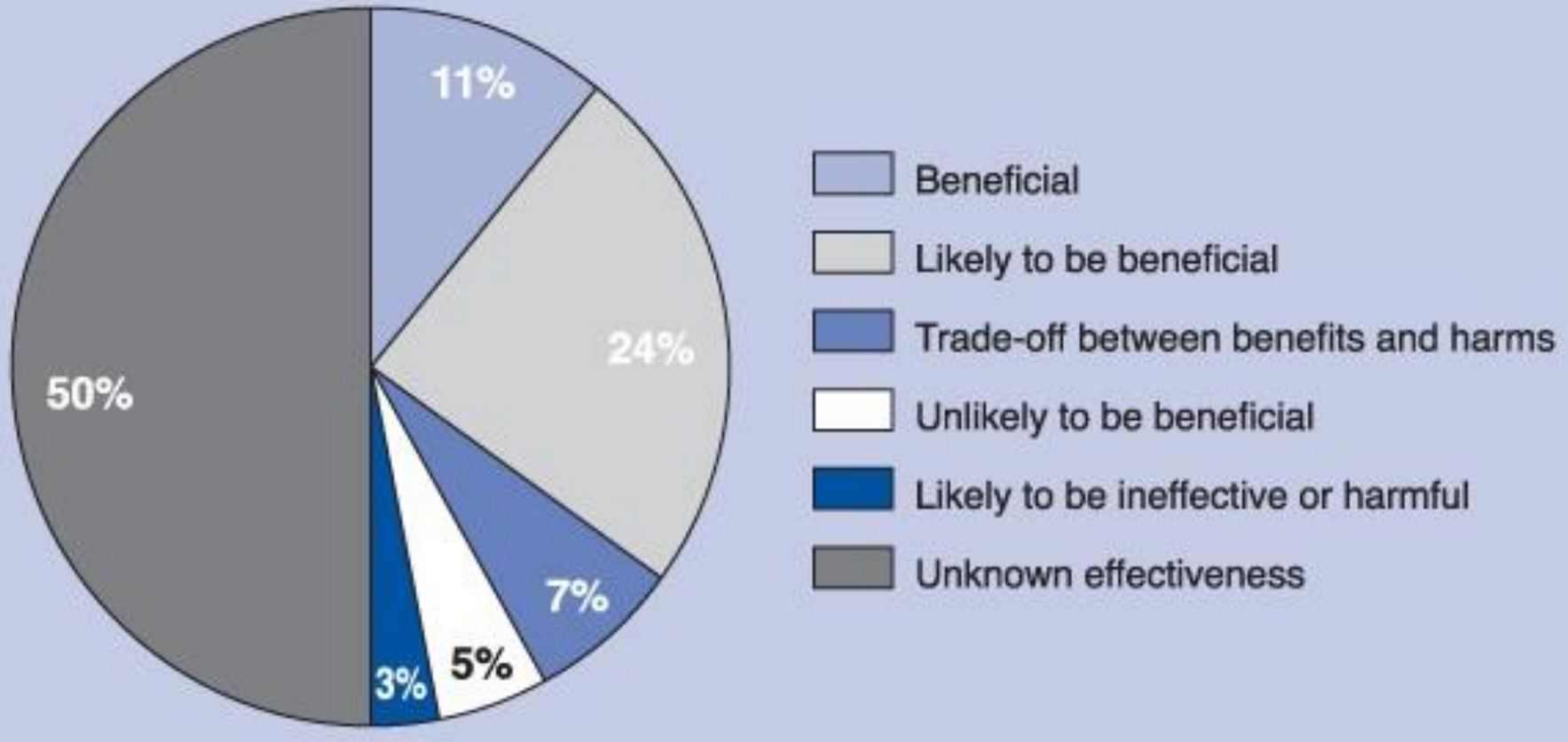
Effective care

Comprende le cure basate su solide evidenze scientifiche di cui si ritiene che il **beneficio superi i rischi**, e che perciò dovrebbero essere utilizzate su tutti i pazienti che ne hanno bisogno

"Il sottoutilizzo (*underuse*) delle cure basate su solide evidenze scientifiche (*effective care*) è molto frequente, anche nei migliori ospedali del paese (anche quelli accademici).

Le cause del sottoutilizzo di queste cure comprendono la "discontinuità delle cure (che aumenta all'aumentare del numero dei medici che trattano un singolo paziente) e carenze di un sistema che dovrebbe facilitare l'utilizzo appropriato di tali servizi."

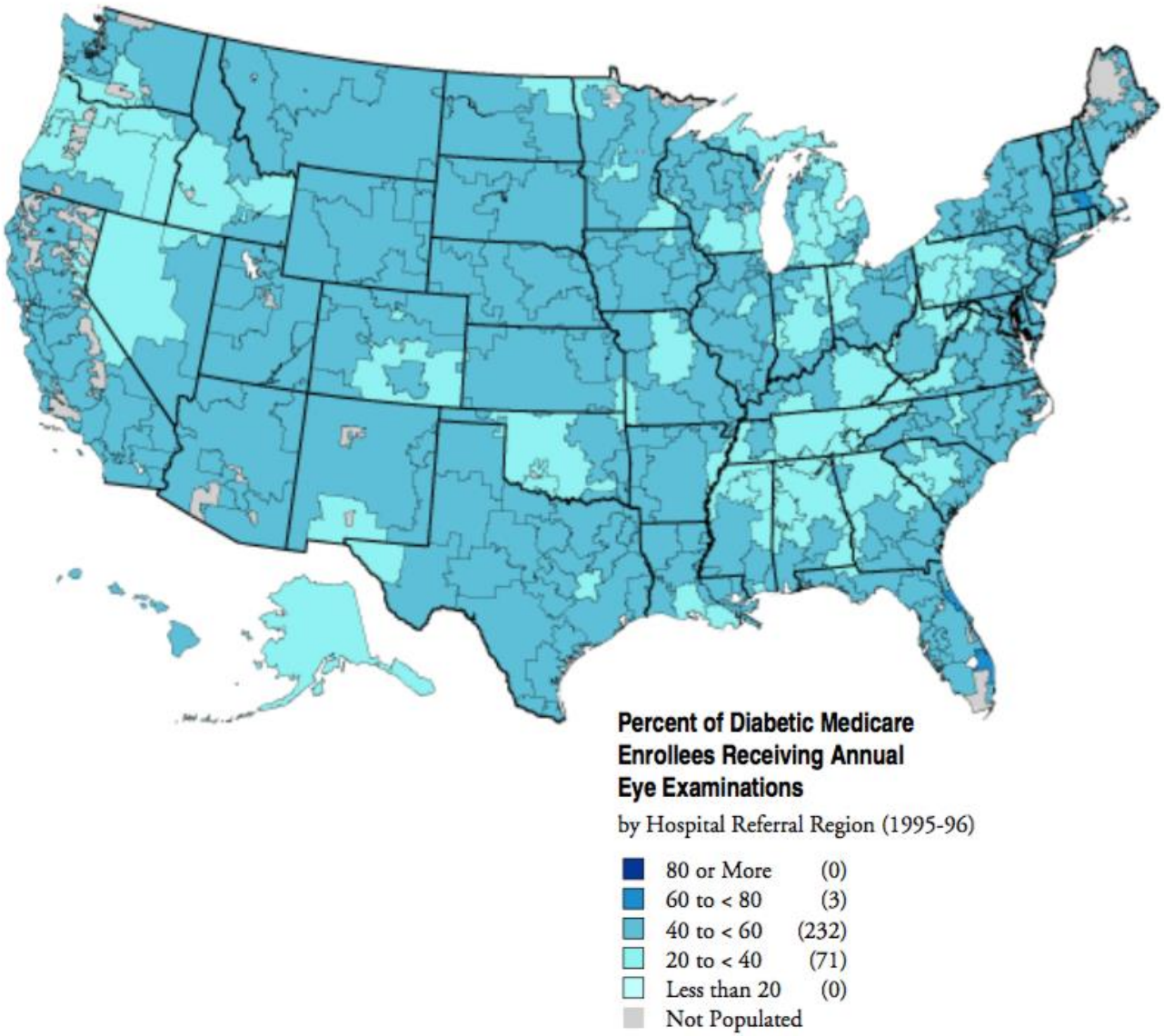
Intervention	Icon	Description
Beneficial		For which effectiveness has been demonstrated by clear evidence from systematic reviews, RCTs, or the best alternative source of information, and for which expectation of harms is small compared with the benefits.
Likely to be beneficial		For which effectiveness is less well established than for those listed under "beneficial".
Trade off between benefits and harms		For which clinicians and patients should weigh up the beneficial and harmful effects according to individual circumstances and priorities.
Unknown effectiveness		For which there are currently insufficient data or data of inadequate quality.
Unlikely to be beneficial		For which lack of effectiveness is less well established than for those listed under "likely to be ineffective or harmful".
Likely to be ineffective or harmful		For which ineffectiveness or associated harm has been demonstrated by clear evidence.



Effectiveness of 3000 treatments as reported in randomised controlled trials selected by Clinical Evidence. This does **not** indicate how oftentreatments are used in healthcare settings or their effectiveness in individual patients.

http://clinicalevidence.bmj.com/x/set/static/cms/efficacy-categorisations.html

Underuse of effective care services for diabetics



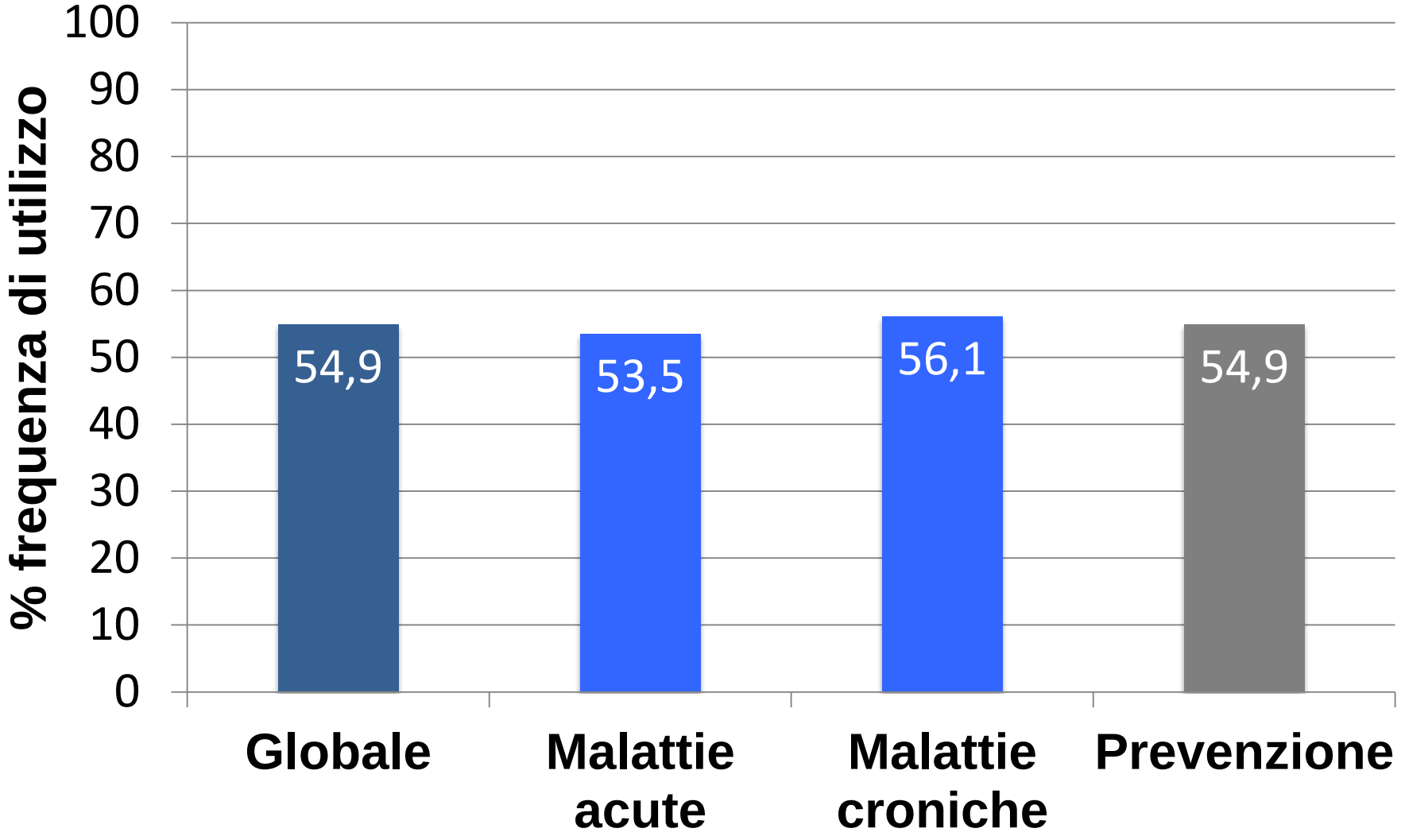
Esempi di sottoutilizzo

- Pazienti con **ipertensione** ricevono meno del 65% delle cure raccomandate. Lo scarso controllo della pressione arteriosa è associato a aumentato rischio di patologie del cuore, stroke, morte e contribuisce a più di 68.000 morti prevenibili annualmente.
- Pazienti con **patologie delle coronarie** ricevono il 68% delle cure raccomandate, solo il 45% dei pazienti con infarto del miocardio riceve betabloccanti e solo il 61% prende aspirina – trattamenti che potrebbero ridurre il rischio di morte del 20%.

Esempi di sottoutilizzo

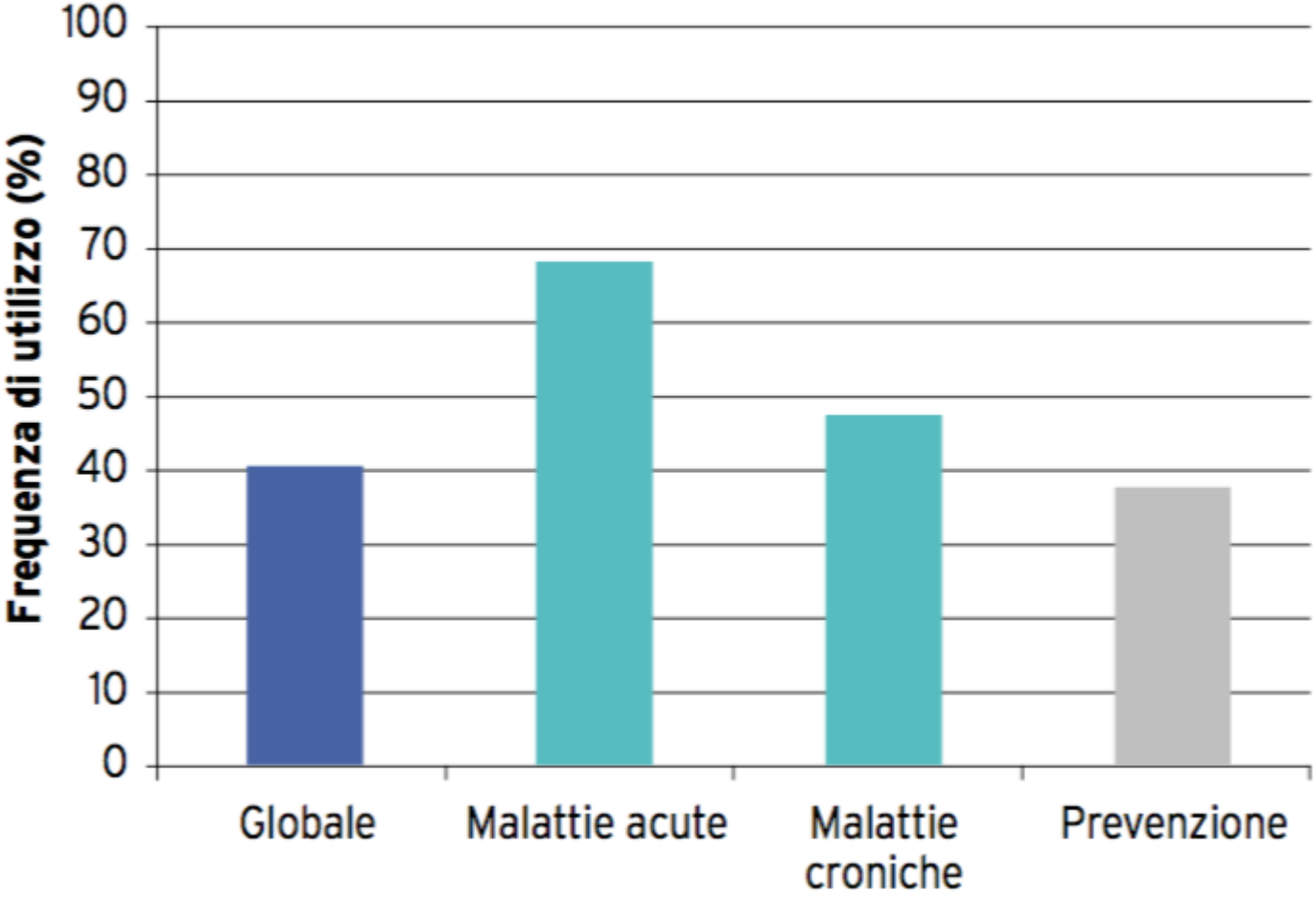
- Pazienti con **polmonite** ricevono solo il 39% delle cure raccomandate. Meno di 2/3 degli anziani americani vengono vaccinati contro la polmonite. Circa 10.000 morti potrebbero essere prevenute annualmente attraverso l'appropriata vaccinazione.
- Pazienti con **cancro colorettale** ricevono 54% delle cure raccomandate, ma solo il 38% degli adulti esegue lo screening appropriato, che potrebbbe prevenire 9.600 morti per anno.

Variazioni ingiustificate delle cure: sottoutilizzo di cure di provata efficacia e ridotto beneficio per i pazienti



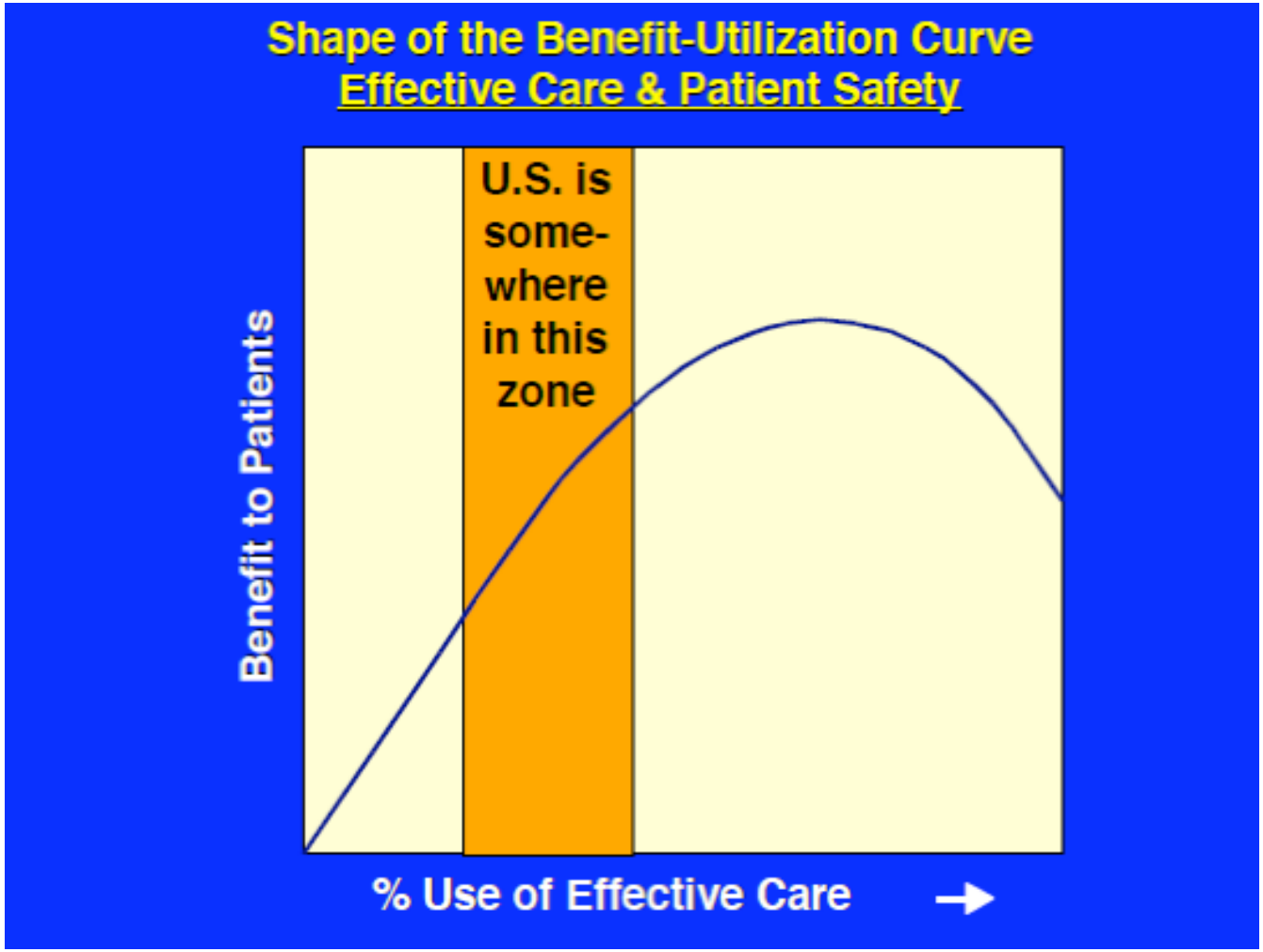
McGlynn EA & al. N Engl J Med 2003; 348: 2635-45

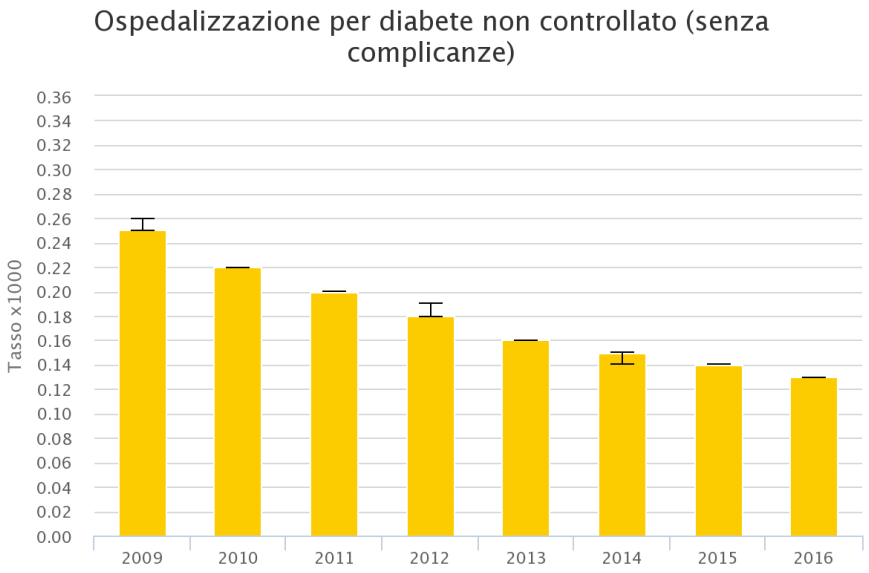
Variazioni ingiustificate delle cure: sottoutilizzo di cure di provata efficacia. Bambini

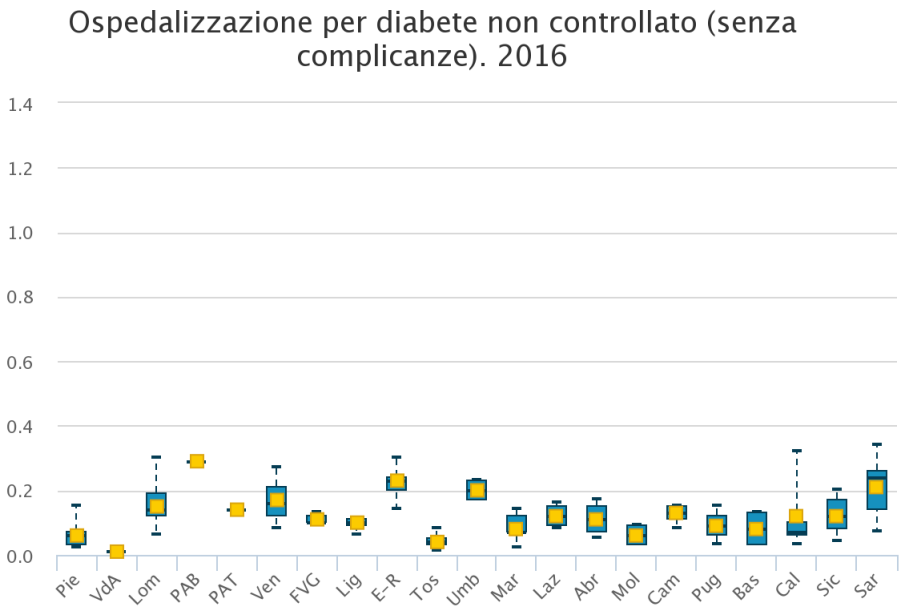


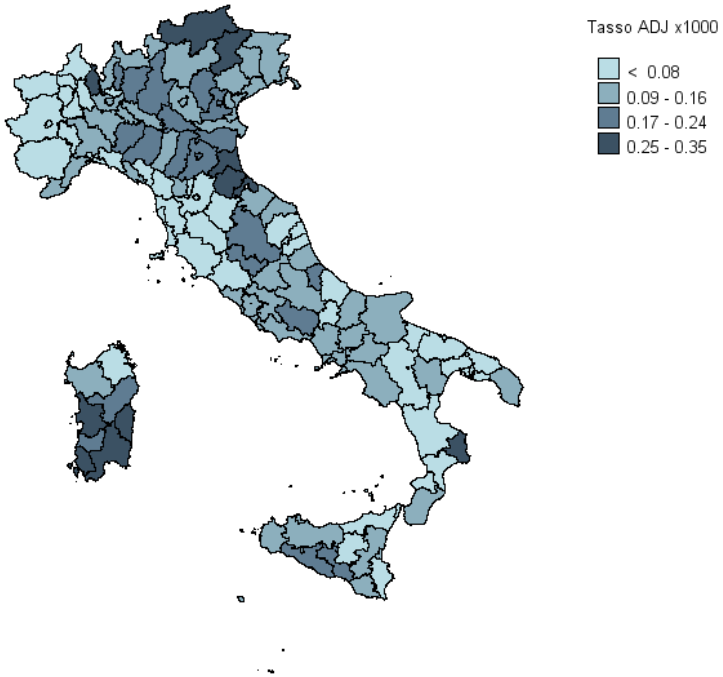
Mangione-Smith R, DeCristofaro AH, Setodji CM et al. The quality of ambulatory care delivered to children in the United States. N Engl J Med 2007; 357: 1515-23.

Variazioni ingiustificate delle cure: sottoutilizzo di cure di provata efficacia e ridotto beneficio per i pazienti

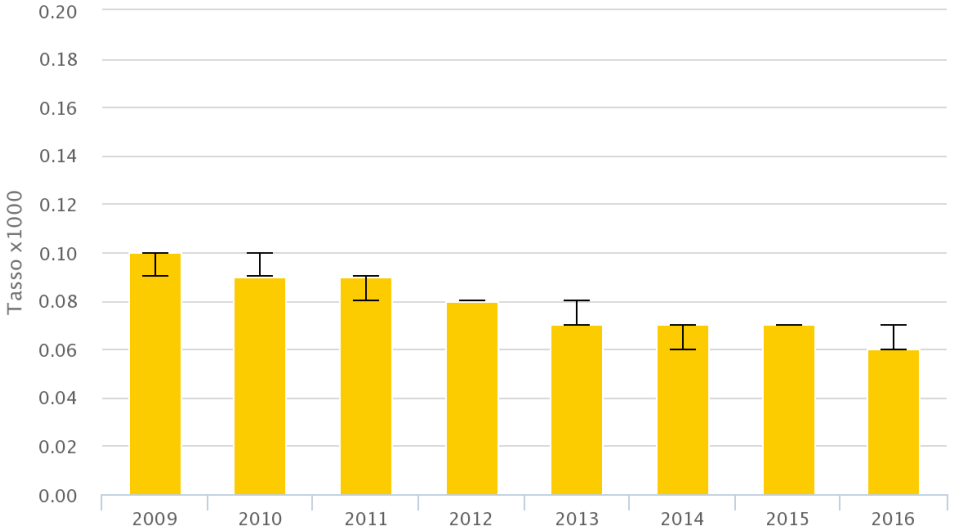



Ospedalizzazione per diabete non controllato (senza complicanze)
Tasso x1000
0.36
0.34
0.32
0.30
0.28
0.26
0.24
0.22
0.20
0.18
0.16
0.14
0.12
0.10
0.08
0.06
0.04
0.02
0.00
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016

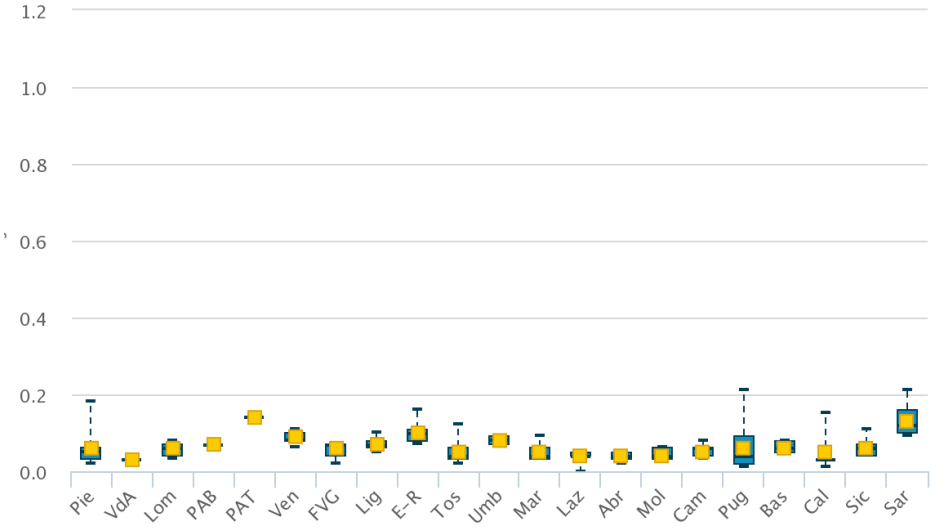

Ospedalizzazione per diabete non controllato (senza complicanze). 2016
1.4
1.2
1.0
0.8
0.6
0.4
0.2
0.0
Pie
VdA
Lom
PAB
PAT
Ven
FVG
Lig
E-R
Tos
Umb
Mar
Laz
Abr
Mol
Cam
Pug
Bas
Cal
Sic
Sar

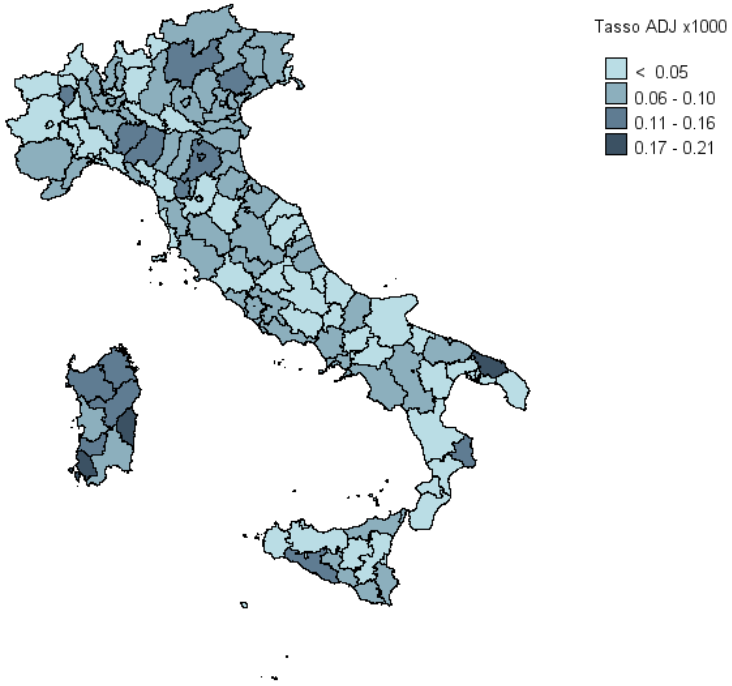

Tasso ADJ x1000
< 0.08
0.09 - 0.16
0.17 - 0.24
0.25 - 0.35

Ospedalizzazione per complicanze a breve termine del diabete

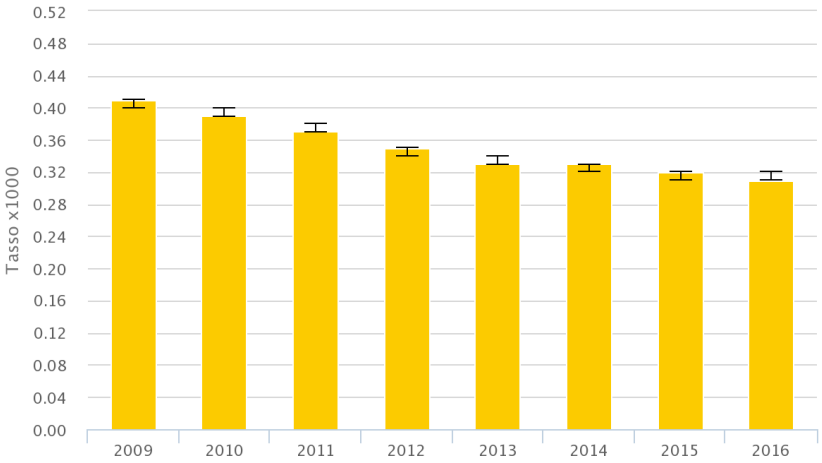


Ospedalizzazione per complicanze a breve termine del diabete. 2016

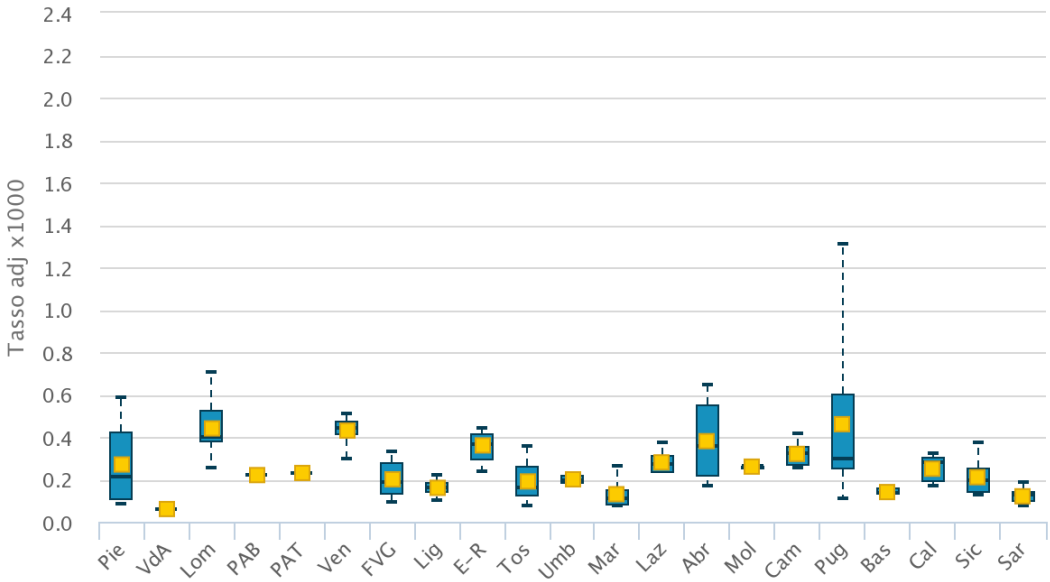


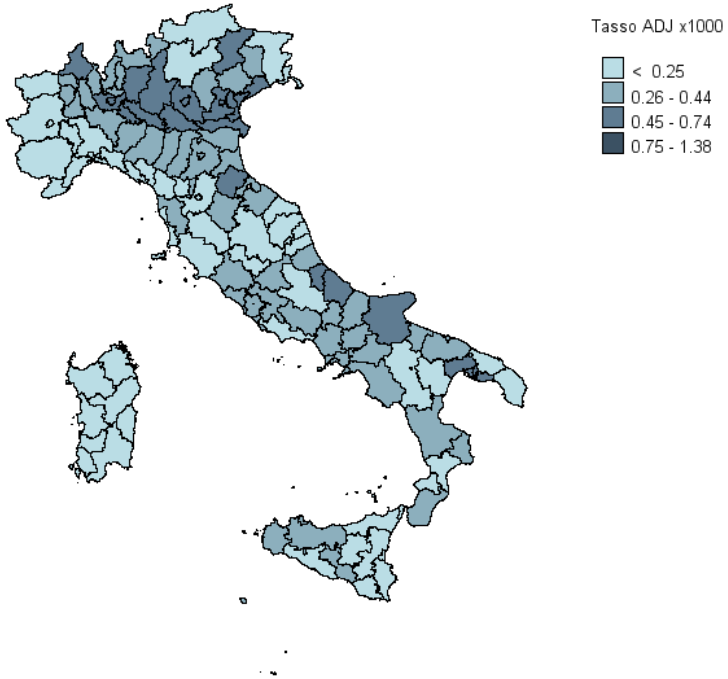


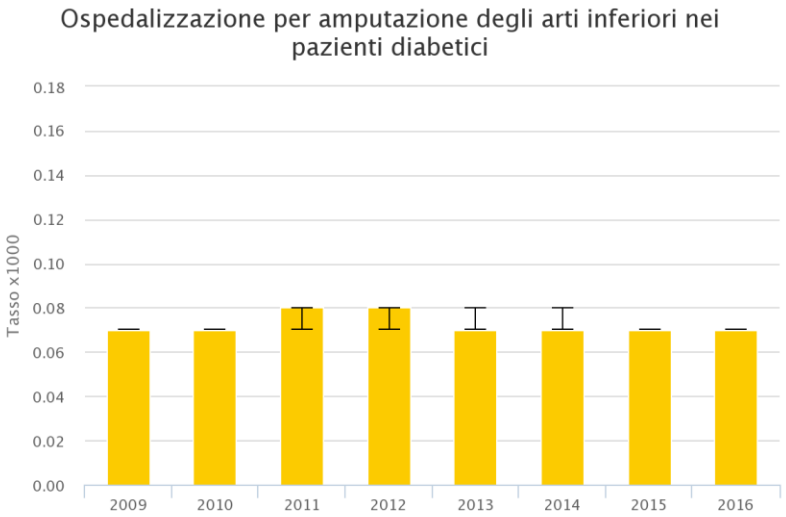
Ospedalizzazione per complicanze a lungo termine del diabete

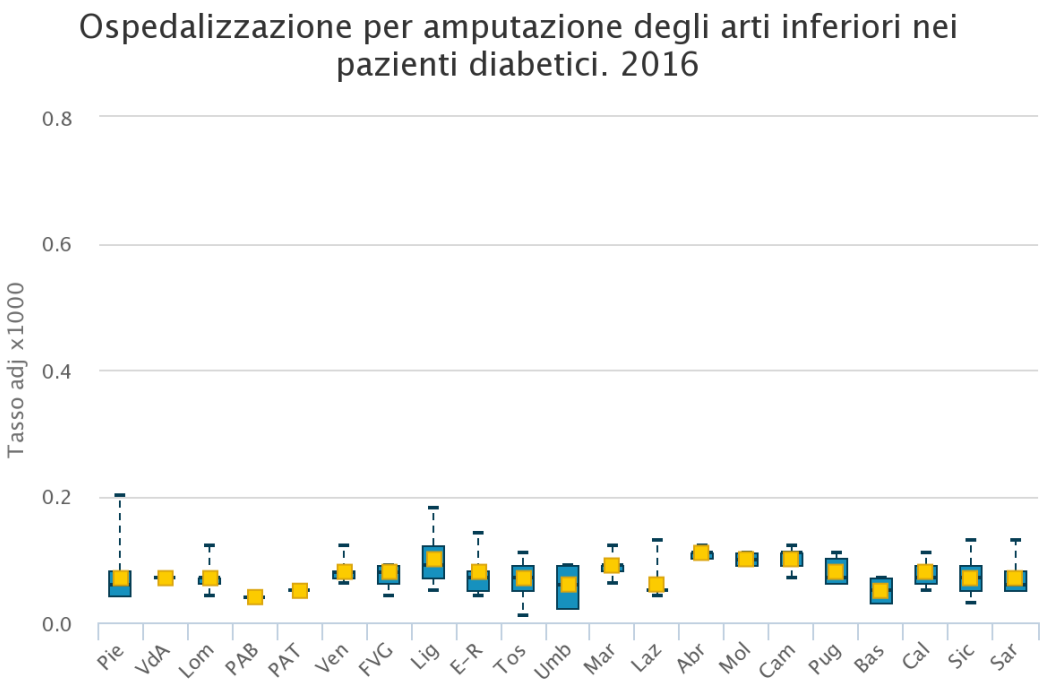


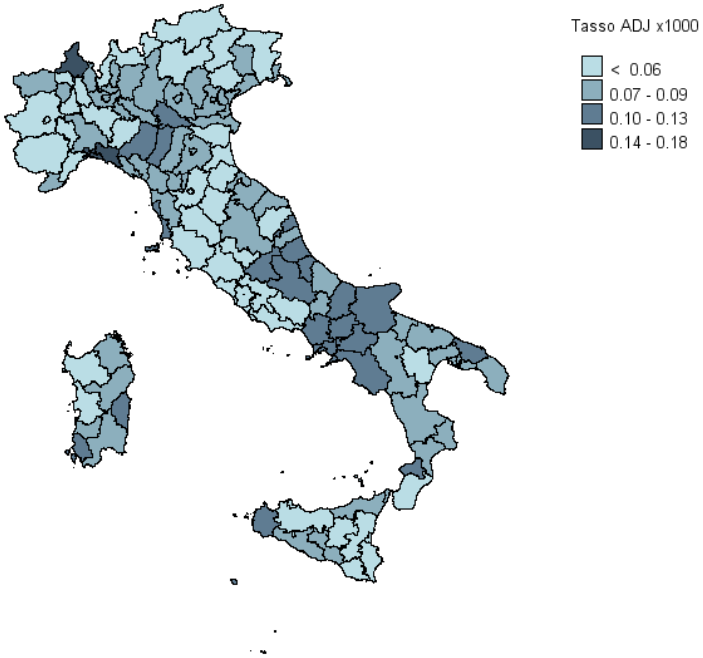
Ospedalizzazione per complicanze a lungo termine del diabete. 2016

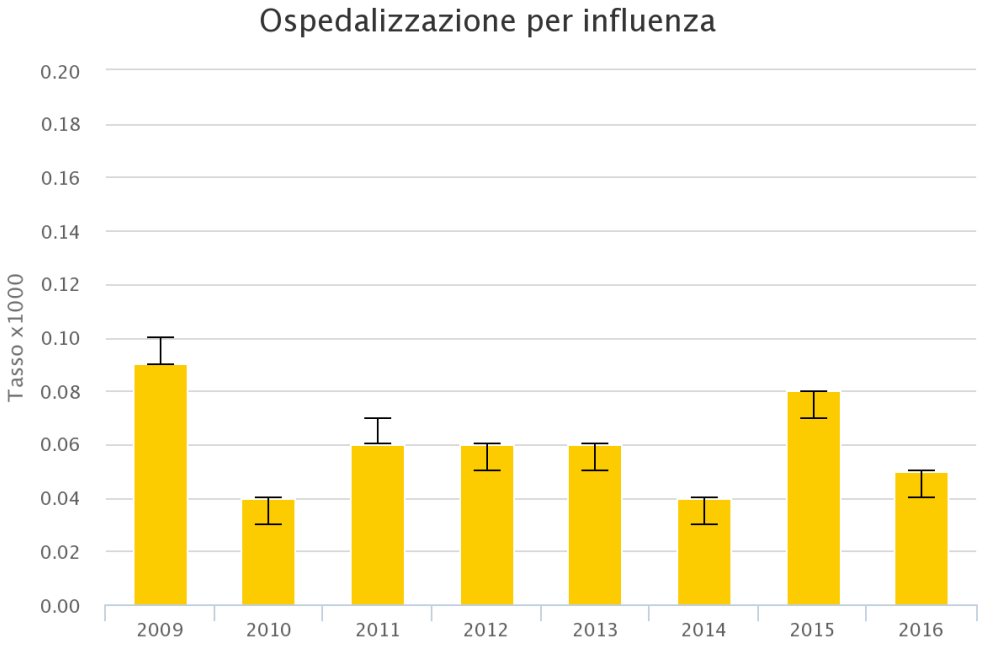


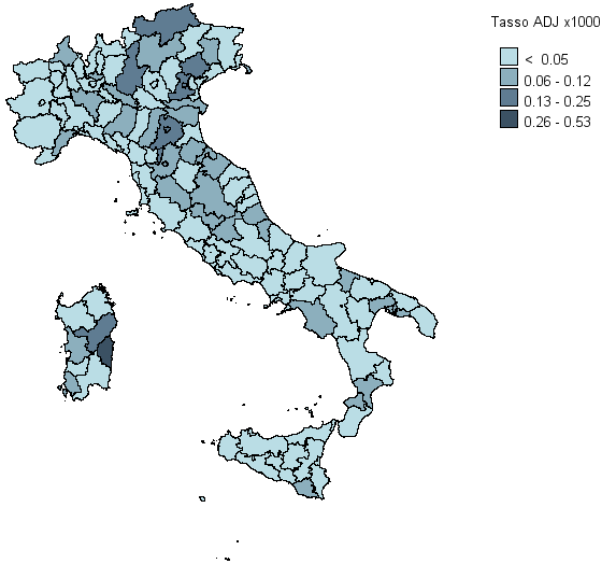


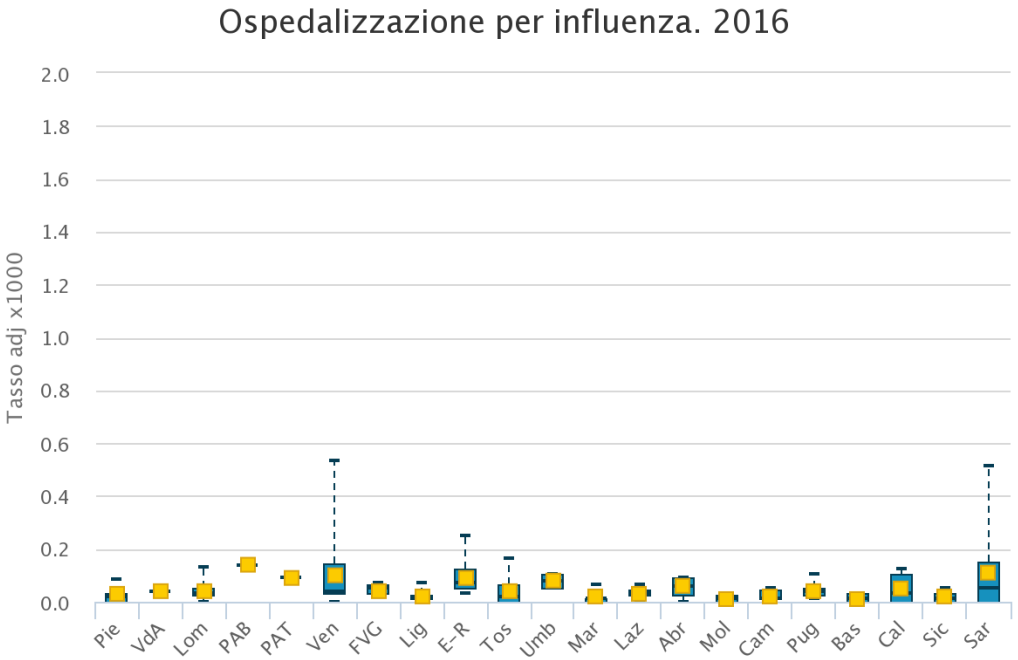

Ospedalizzazione per amputazione degli arti inferiori nei pazienti diabetici
Tasso x1000
0.18
0.16
0.14
0.12
0.10
0.08
0.06
0.04
0.02
0.00
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016

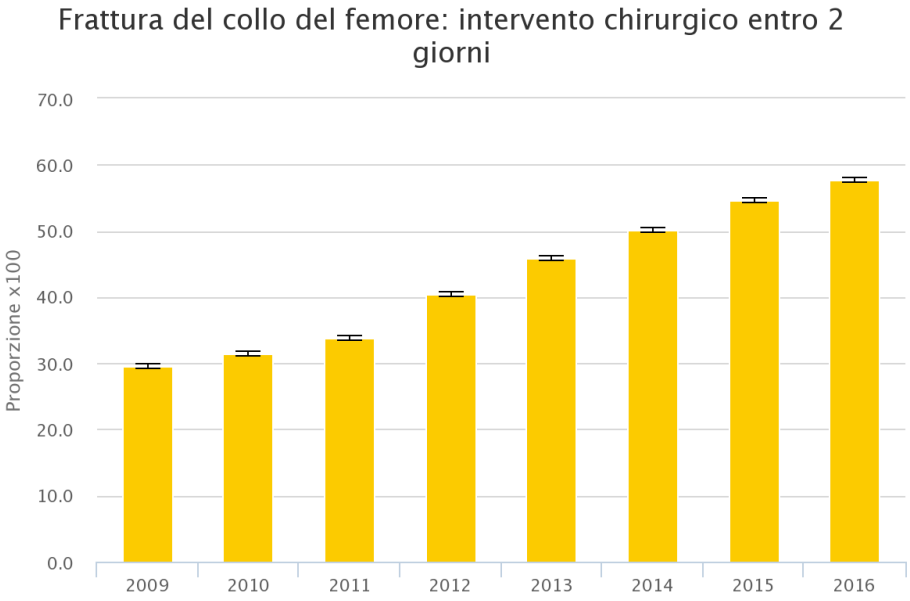

Ospedalizzazione per amputazione degli arti inferiori nei pazienti diabetici. 2016
Tasso adj x1000
0.8
0.6
0.4
0.2
0.0
Pie
VdA
Lom
PAB
PAT
Ven
FVG
Lig
E-R
Tos
Umb
Mar
Laz
Abr
Mol
Cam
Pug
Bas
Cal
Sic
Sar

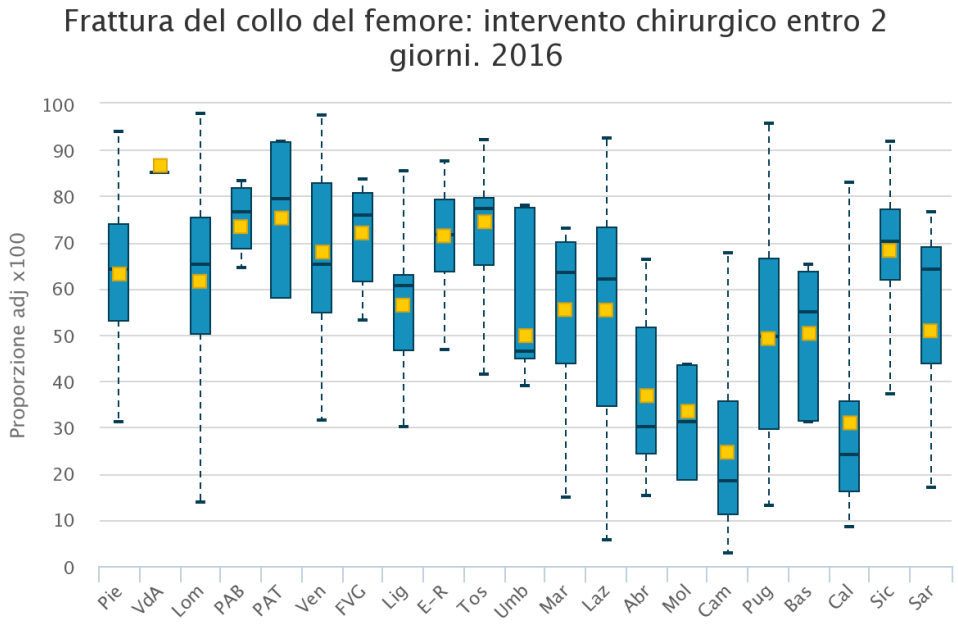

Tasso ADJ x1000
< 0.06
0.07 - 0.09
0.10 - 0.13
0.14 - 0.18

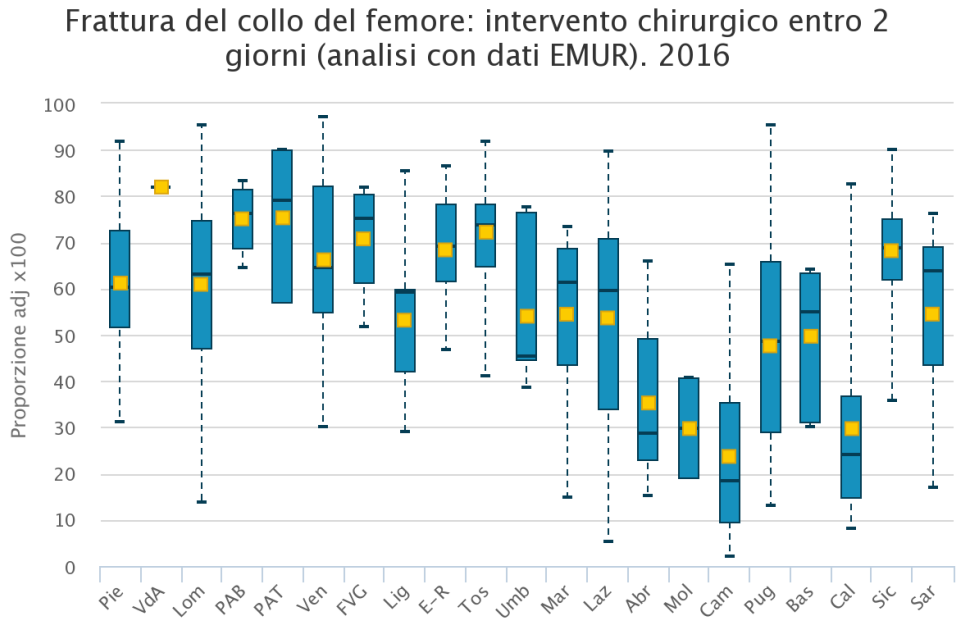

Ospedalizzazione per influenza
Tasso x1000
0.20
0.18
0.16
0.14
0.12
0.10
0.08
0.06
0.04
0.02
0.00
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016

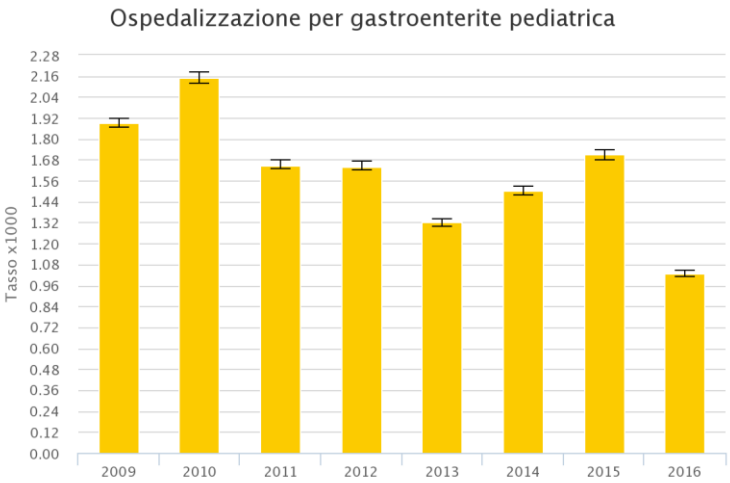

Tasso ADJ x1000
< 0.05
0.06 - 0.12
0.13 - 0.25
0.26 - 0.53

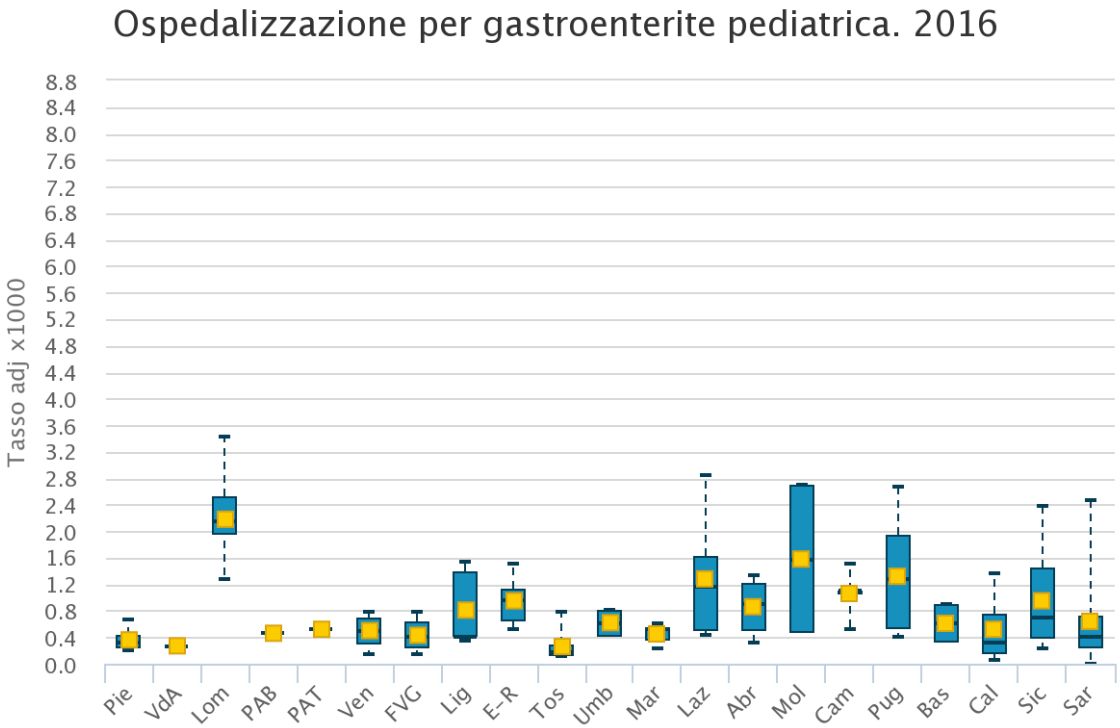

Ospedalizzazione per influenza. 2016
Tasso adj x1000
2.0
1.8
1.6
1.4
1.2
1.0
0.8
0.6
0.4
0.2
0.0
Pie
VdA
Lom
PAB
PAT
Ven
FVG
Lig
E-R
Tos
Umb
Mar
Laz
Abr
Mol
Cam
Pug
Bas
Cal
Sic
Sar

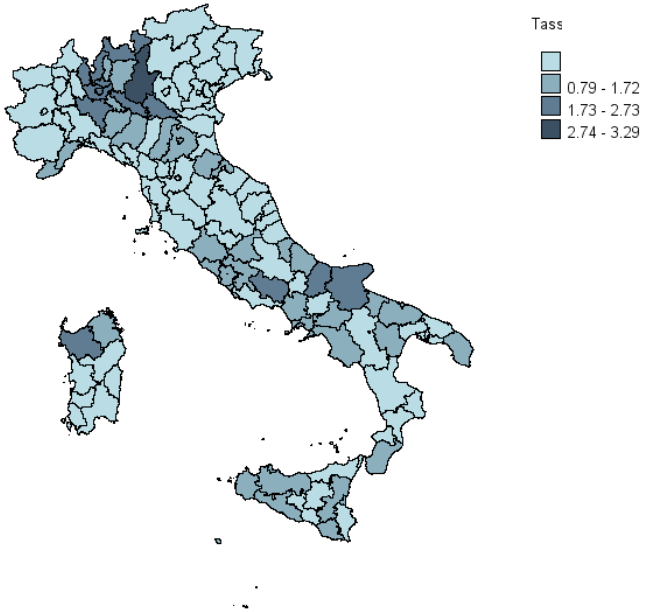

Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni
Proporzione x100
70.0
60.0
50.0
40.0
30.0
20.0
10.0
0.0
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016


Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni. 2016
Proporzione adj x100
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
Pie
VdA
Lom
PAB
PAT
Ven
FVG
Lig
E-R
Tos
Umb
Mar
Laz
Abr
Mol
Cam
Pug
Bas
Cal
Sic
Sar

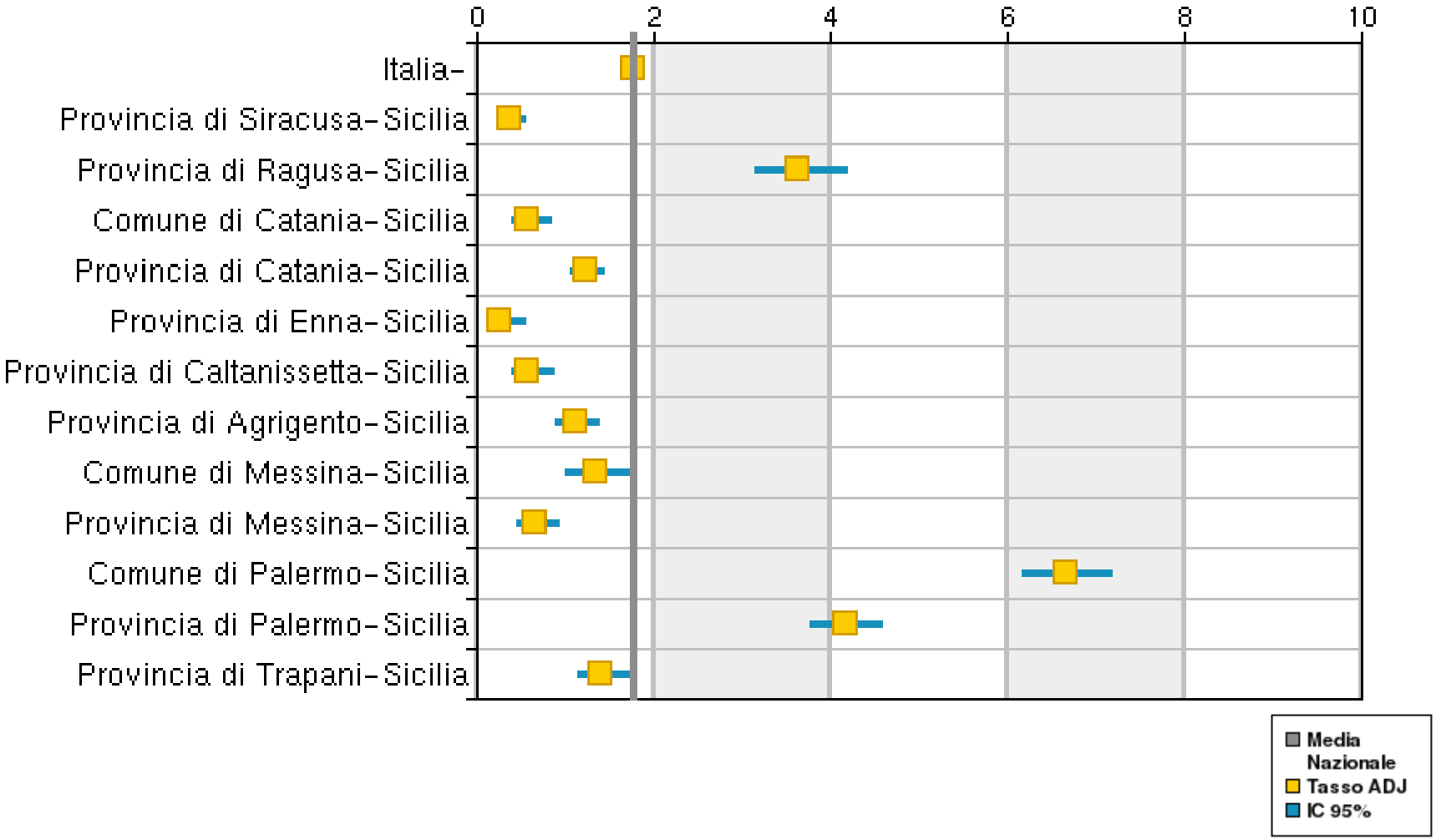

Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni (analisi con dati EMUR). 2016
Proporzione adj x100
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
Pie
VdA
Lom
PAB
PAT
Ven
FVG
Lig
E-R
Tos
Umb
Mar
Laz
Abr
Mol
Cam
Pug
Bas
Cal
Sic
Sar


Ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica
Tasso x1000
2.28
2.16
2.04
1.92
1.80
1.68
1.56
1.44
1.32
1.20
1.08
0.96
0.84
0.72
0.60
0.48
0.36
0.24
0.12
0.00
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016


Ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica. 2016
Tasso adj x1000
8.8
8.4
8.0
7.6
7.2
6.8
6.4
6.0
5.6
5.2
4.8
4.4
4.0
3.6
3.2
2.8
2.4
2.0
1.6
1.2
0.8
0.4
0.0
Pie
VdA
Lom
PAB
PAT
Ven
FVG
Lig
E-R
Tos
Umb
Mar
Laz
Abr
Mol
Cam
Pug
Bas
Cal
Sic
Sar

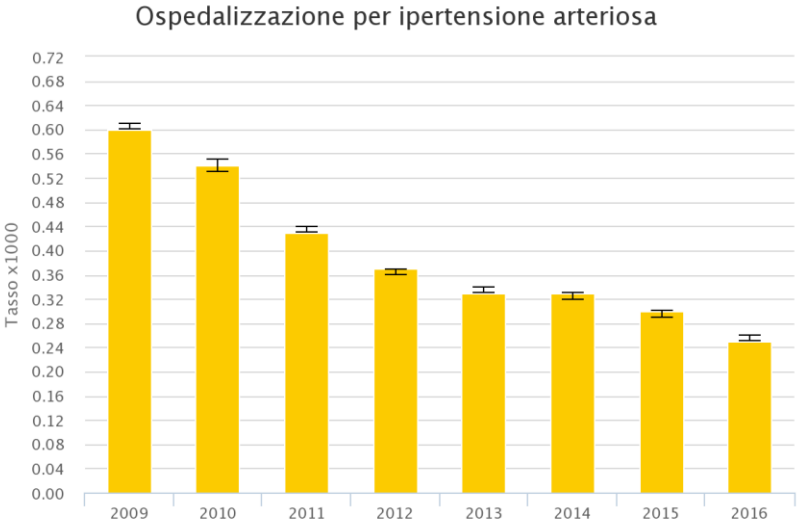

Tass
0.79 - 1.72
1.73 - 2.73
2.74 - 3.29

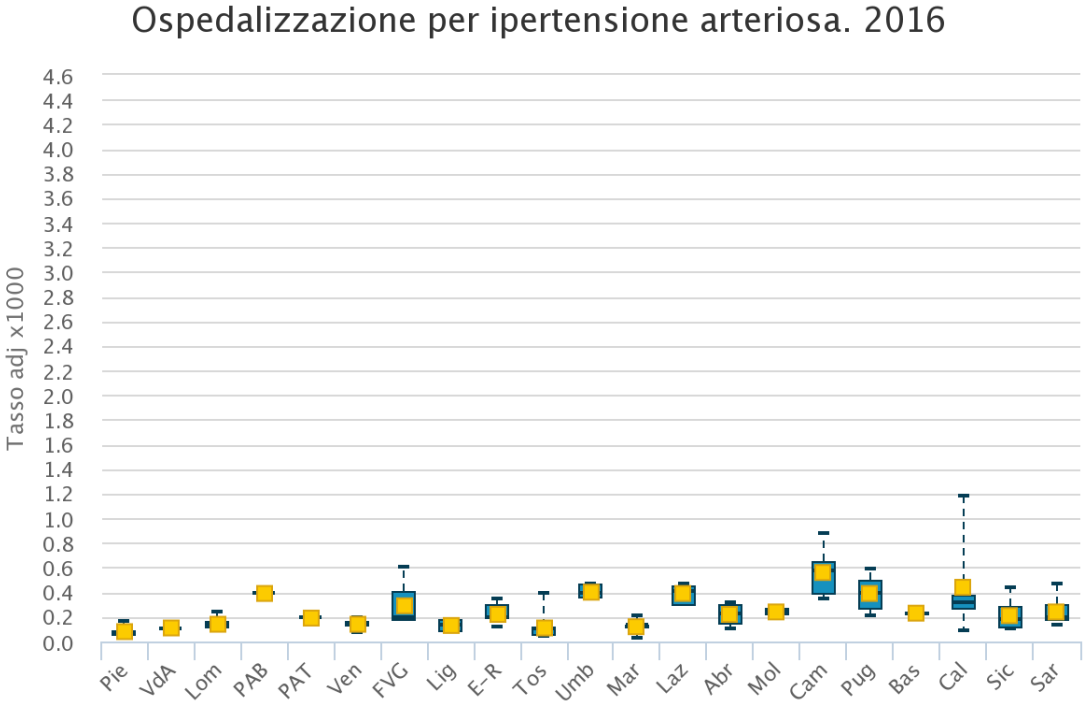
Ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica PNE 2016

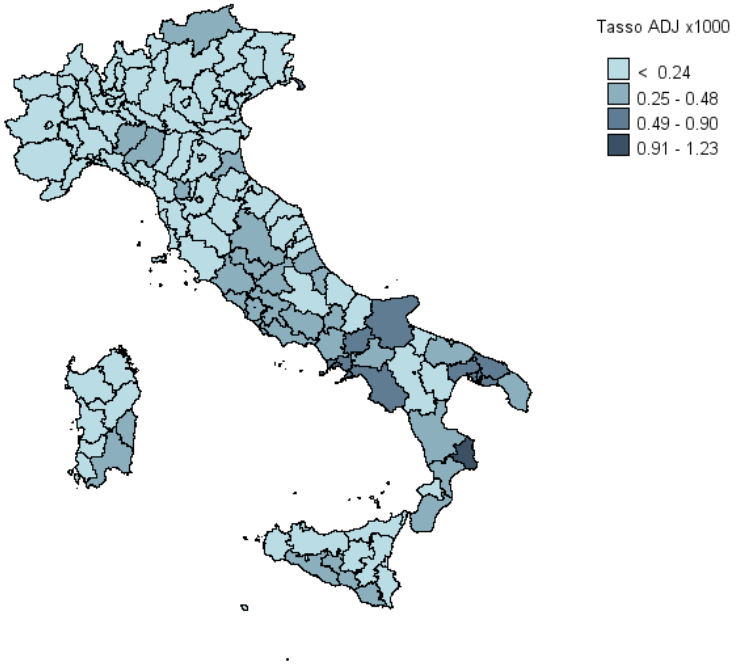


Ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica PNE 2016

AREA	N	TASSO GREZZ0 X1000	TASSO ADJ X1000	RR ADJ	P
Italia	16298	1,76	-	-	-
Provincia di Siracusa	23	0,36	0.36	0,21	0
Provincia di Ragusa	190	3,6	3.62	2,06	0
Comune di Catania	30	0,59	0.58	0,33	0
Provincia di Catania	169	1,22	1.22	0,7	0
Provincia di Enna	6	0,23	0.25	0,14	0
Provincia di Caltanissetta	25	0,54	0.58	0,33	0
Provincia di Agrigento	75	1,03	1.10	0,62	0
					0,0
Comune di Messina	47	1,32	1.34	0,76	6
Provincia di Messina	37	0,64	0.65	0,37	0
Comune di Palermo	742	6,8	6.66	3,78	0
Provincia di Palermo	423	4,14	4.16	2,36	0
					0,0
Provincia di Trapani	89	1,31	1.40	0,8	3


Ospedalizzazione per ipertensione arteriosa
Tasso x1000
0.72
0.68
0.64
0.60
0.56
0.52
0.48
0.44
0.40
0.36
0.32
0.28
0.24
0.20
0.16
0.12
0.08
0.04
0.00
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016


Ospedalizzazione per ipertensione arteriosa. 2016
Tasso adj x1000
4.6
4.4
4.2
4.0
3.8
3.6
3.4
3.2
3.0
2.8
2.6
2.4
2.2
2.0
1.8
1.6
1.4
1.2
1.0
0.8
0.6
0.4
0.2
0.0
Pie
VdA
Lom
PAB
PAT
Ven
FVG
Lig
E-R
Tos
Umb
Mar
Laz
Abr
Mol
Cam
Pug
Bas
Cal
Sic
Sar


Tasso ADJ x1000
< 0.24
0.25 - 0.48
0.49 - 0.90
0.91 - 1.23

Da Mythbusters. “myth: in healthcare, more is always better”

Supply sensitive helthcare

Sono le cure che vengono usate in eccesso perché è **eccessiva**, rispetto ai bisogni di popolazione, la **disponibilità locale di risorse sanitarie**. Dove sono presenti più ospedali per acuti sono più frequenti più ricoveri i ospedale per pazienti cronici o terminali, che non ne avrebbero bisogno (o ne hanno svantaggi).

"Il sovrautilizzo di trattamenti <*supply-sensitive*> è particolarmente evidente nella gestione delle patologie croniche (ad es. ricoveri ordinari nei pazienti con diabete al posto di assistenza ambulatoriale).

La causa risiede nell'eccessiva dipendenza dal setting per acuti e nella **carenza di infrastrutture per la gestione dei pazienti cronici** in altri setting assistenziali.

Lo studio delle variazioni della spesa per i servizi per il trattamento dei pazienti cronici evidenzia che una spesa più elevata non determina migliori outcome. [a,b,c]

a. K. Baicker, and A. Chandra, "Medicare Spending, The Physician Work- force, and Bene ciaries Quality of Care," Health Affairs 2004;Supp Web Exclusives:W4-184-97.

b. E.S. Fisher, D.E. Wennberg, T.A. Stukel, D. Gottlieb, F.L. Lucas, and E.L. Pinder, "The Health Implications of Regional Variations in Medicare Spending: Part 1. The Content, Quality and Accessibility of Care," Ann Intern Med 138 (2003):273-87;

c. E.S. Fisher, D.E. Wennberg, T.A. Stukel, and D.J. Gottlieb, "Variations in the Longitudinal Ef ciency of Academic Medical Centers," Health Affairs 2004;Suppl Web Exclusive:VAR19-32.

Supply Sensitive Healthcare

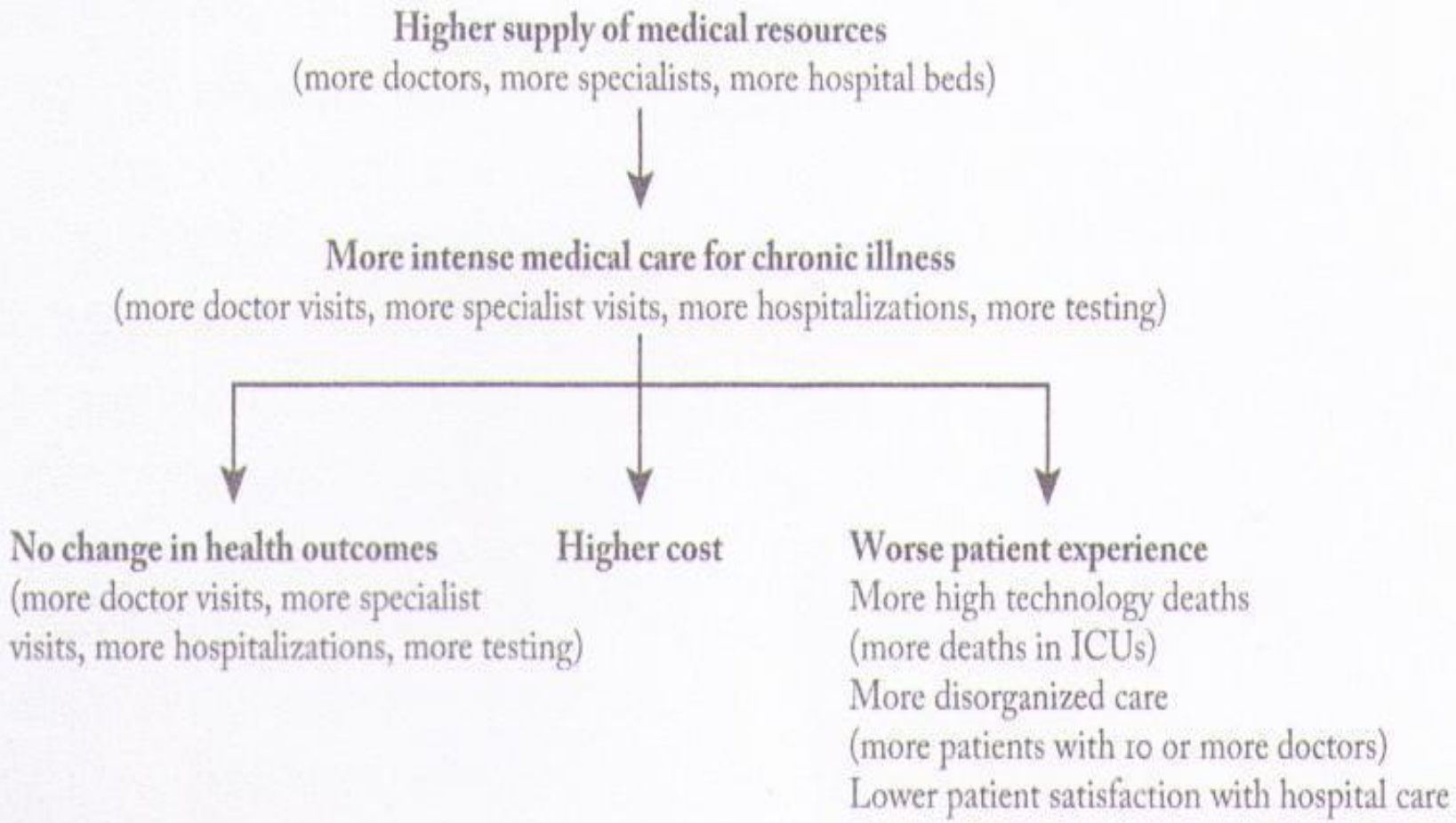


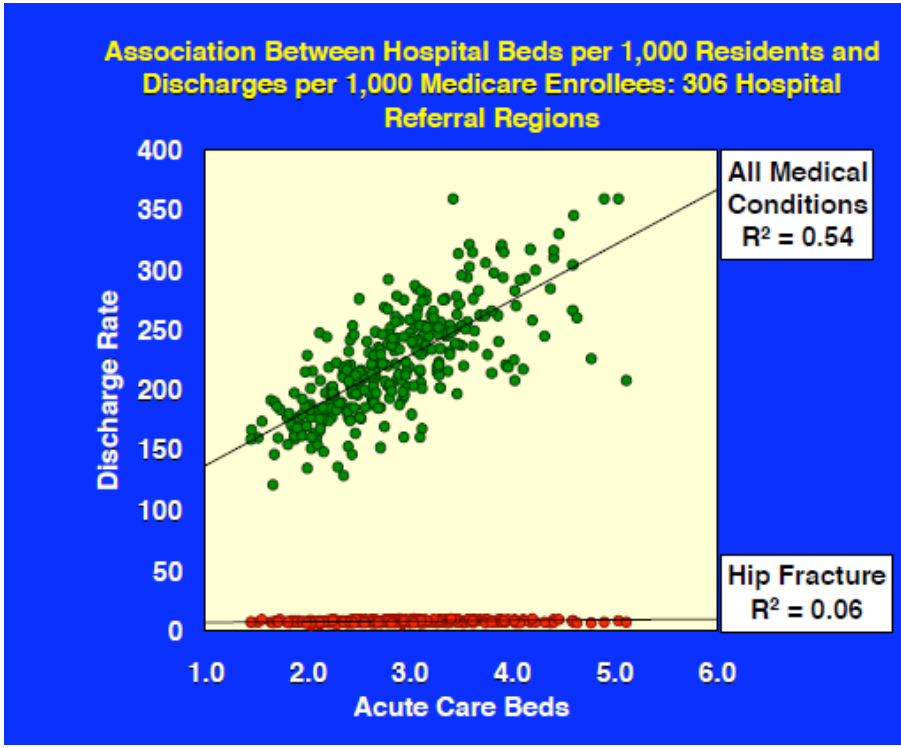
Figure 1.3. A model of supply-sensitive medical care.

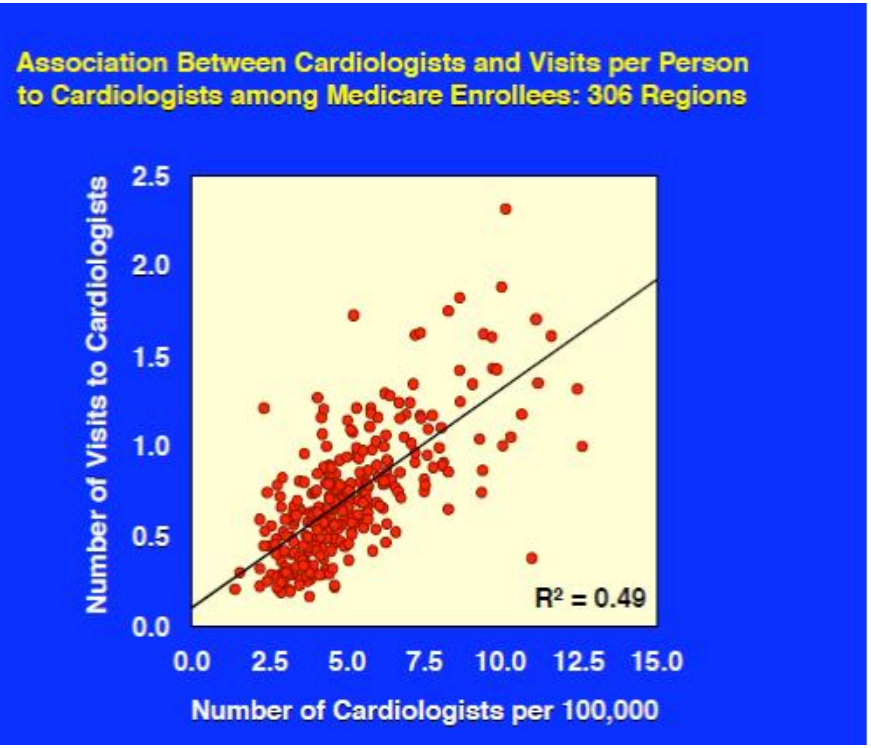
From JE Wennberg. Tracking Medicine. Oxford University Press 2010, p. 11

Variazioni ingiustificate delle cure: *supply sensitive healthcare.*

Eccesso di letti d'ospedale per acuti o di specialisti.

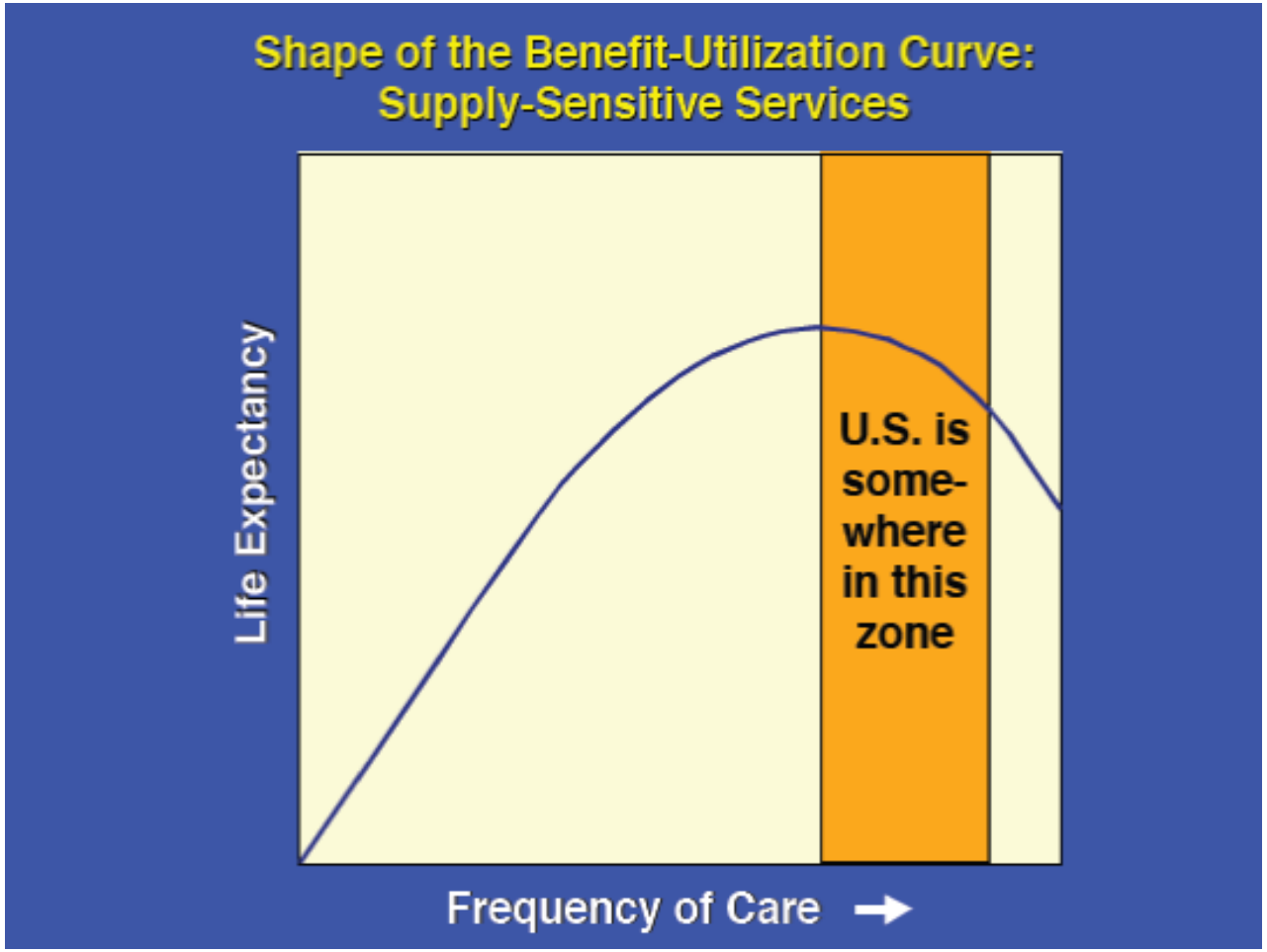
Il numero di ricoveri ospedalieri (discharge rate) cresce al crescere della disponibilità di letti (non per le fratture del femore, nelle quali il numero dei ricoveri è costante perchè il ricovero è inevitabile)





Slide 11. Variazioni ingiustificate delle cure: ma il sovrautilizzo delle cure *non migliora l'aspettativa o la qualità di vita*

(Fisher ES & al. Ann Intern Med 2003; 138: 273-87 & 288-98)



Preference sensitive healthcare

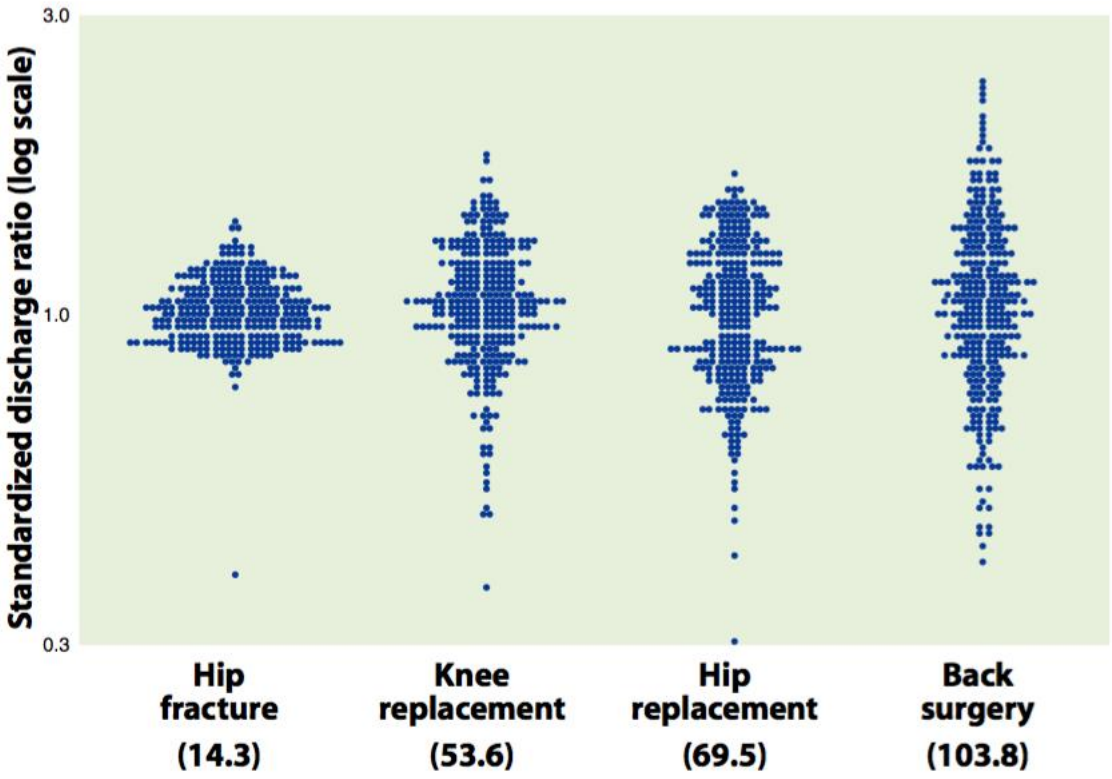
Sono le cure per le quali sono disponibili più opzioni (trade-offs), con differente rapporto benefici/rischi e benefici/svantaggi. Vengono scelte sulla base delle opinioni che prevalgono localmente tra i medici, e non alle preferenze dei pazienti o a decisioni condivise (mix di underuse e overuse:misuse)

Il misuse del preference sensitive deriva principalmente dal fallimento del processo di comunicazione dei rischi e dei benefici tra opzioni di cure e dal fallimento del processo di condivisione delle scelte con i pazienti e sulla dei loro valori e preferenze"

Clinical condition	Treatment options	Trade-offs among alternatives
Hip fracture	Surgical repair	No alternatives
Colorectal cancer	Colectomy	No alternatives
Chronic cholecystitis (intermittent abdominal pain from gallstones)	Watchful waiting	Avoids surgery, but carries a risk of a later serious attack (acute cholecystitis) and the need for urgent, open surgery
	Cholecystectomy (usually laparoscopic rather than open surgery)	Very effective, but there are small risks of serious complications
Chronic stable angina (chest pain or other symptoms from coronary artery disease)	Medical treatment	Avoids the downsides of interventions, but is less effective at improving symptoms and some patients have shorter survival
	Angioplasty	Lower procedure risks than surgery, but symptom relief is not as long lasting
	Bypass surgery	Effective and durable in relieving symptoms, but there are significant risks of mortality and disability, including stroke

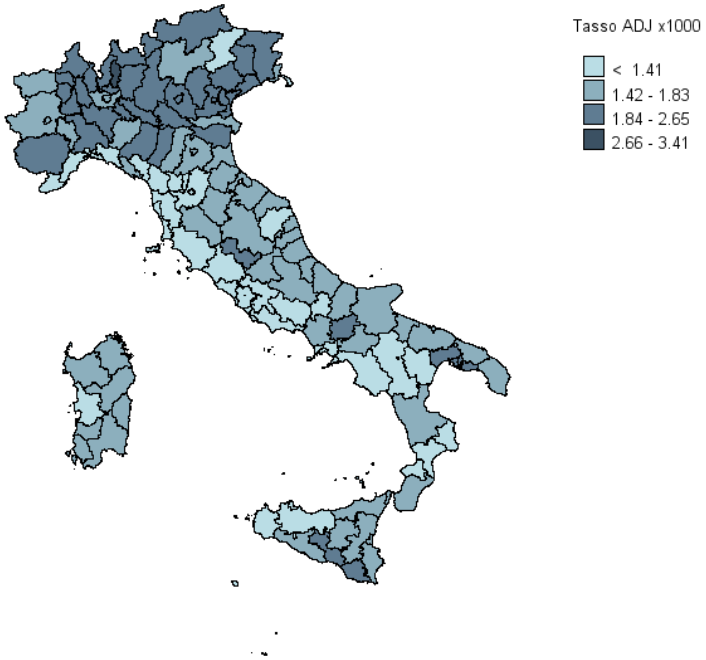
Clinical condition	Treatment options	Trade-offs among alternatives
Hip osteoarthritis	Medical treatment Hip replacement	Low risk, but not very effective in relieving symptoms Very effective, but there are modest risks of mortality and complications, as well as a long recovery period
Claudication (exertional leg pain from peripheral vascular disease)	Medical treatment, exercise Angioplasty Bypass surgery	Low risk, but only modestly effective Effective at improving symptoms, but there are risks of complications and subsequent interventions are often necessary Very effective and durable, but there are significant risks of complications and death
Carotid stenosis (stroke risk from narrowing of carotid artery)	Aspirin Carotid endarterectomy	Lower short-term risks, but higher risks of stroke over the long term Reduces overall stroke risks, but there are significant risks of mortality and of perioperative stroke

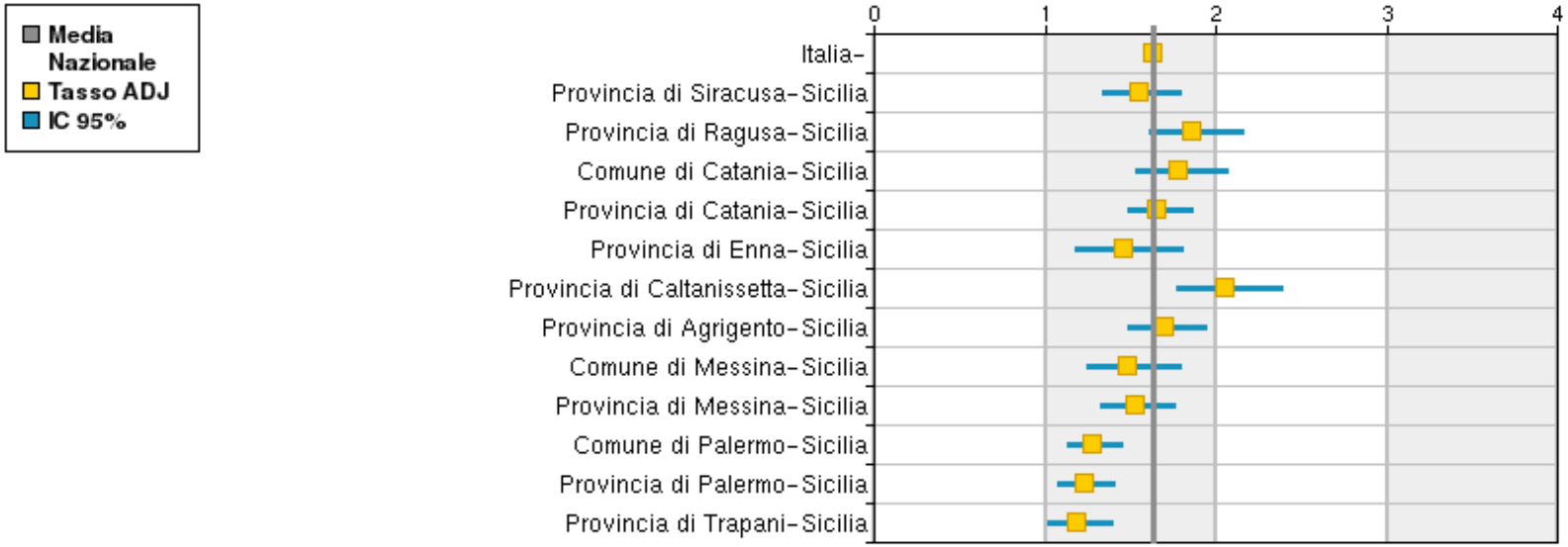
Clinical condition	Treatment options	Trade-offs among alternatives
Herniated disc or spinal stenosis (causing back pain or other symptoms)	Medical treatment, chiropractic, other	Symptoms often resolve without surgery, but might not
	Back surgery	Frequently relieves symptoms, but has complication risks and is not always effective
Early-stage prostate cancer	Watchful waiting	Many prostate cancers never progress to affect quality of life or survival, but some do
	Radiation (conventional or implant seeds)	Shrinks or eliminates cancer in the prostate, but there are risks of side effects
	Radical prostatectomy	Removes prostate cancer entirely, but there are substantial risks of incontinence and impotence



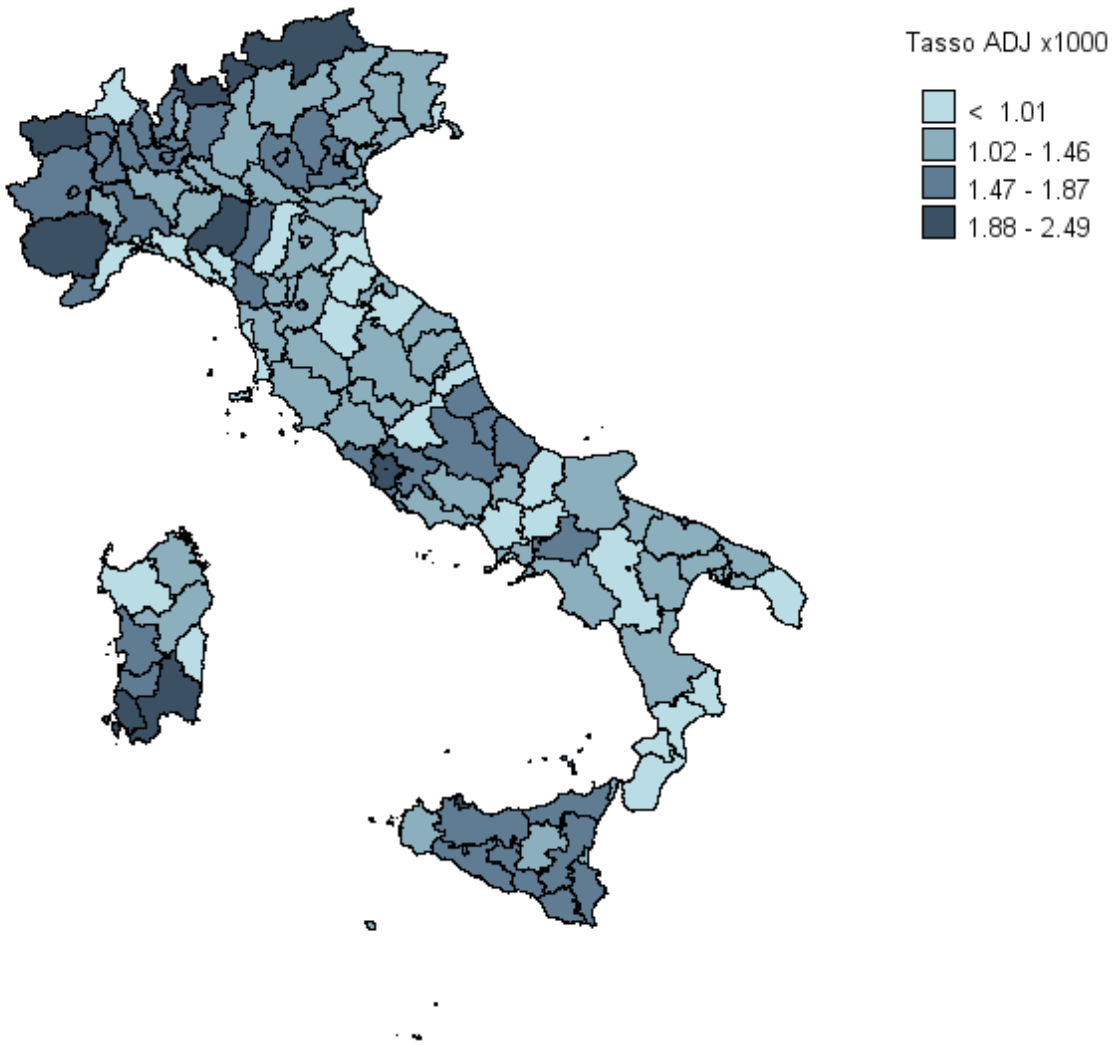
We measure the degree of variation of these procedures to illustrate the difference between situations where there is little uncertainty about the right thing to do (hip fracture repair) and those in which there is considerable disagreement (knee replacement and hip replacement). Knee replacement and hip replacement are almost four and five times more vari- able than hip fracture repair, respectively. Back surgery is more than seven times more variable than hip fracture repair.

Isterectomia

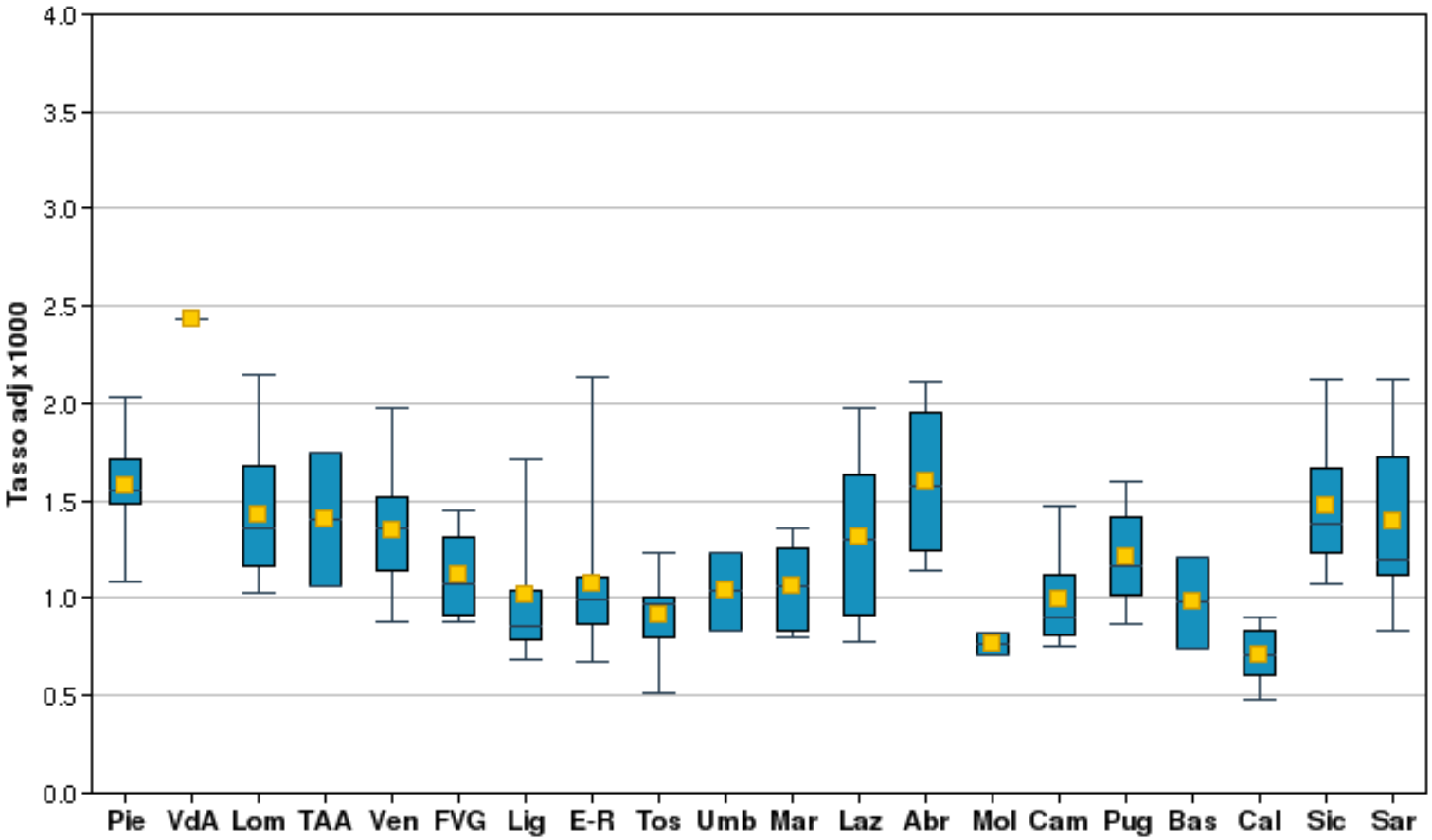




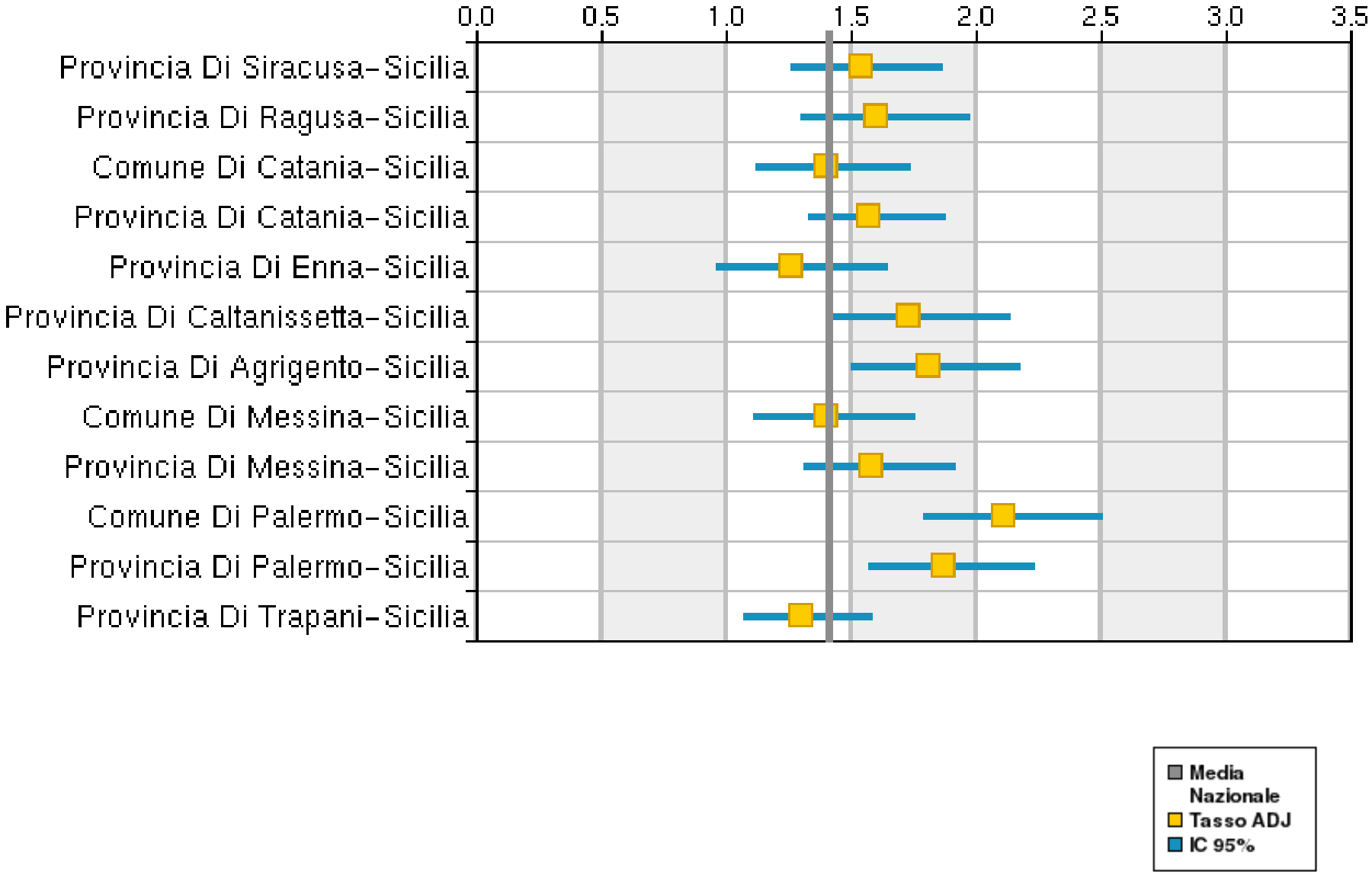
Prostatectomia trans uretrale per iperplasia benigna della prostata: ospedalizzazioni - PNE 2016



Prostatectomia trans uretrale per iperplasia benigna della prostata: ospedalizzazioni - PNE 2016



Prostatectomia trans uretrale per iperplasia benigna della prostata: ospedalizzazioni - PNE 2016



Low-value health care services

Come evitare l'uso dei *low-value health care services,* cioè dei test e dei trattamenti di incerto valore, il cui loro uso può determinare decisioni mediche non appropriate e uno spreco economico che negli Stati Uniti viene stimato pari al 20%-30% della spesa sanitaria totale (7, 12)?

Medici e pazienti dovrebbero porre in discussione i *low value health care services* usando come strumento il sistema del *choosing wisely* (13).

Choosing Wisely

- La fondazione statunitense ABIM (American Board of Internal Medicine) ha lanciato ad aprile 2012 l'iniziativa CHOOSING WISELY 2 con la collaborazione di Consumer Reports, organizzazione non profit e indipendente di consumatori.

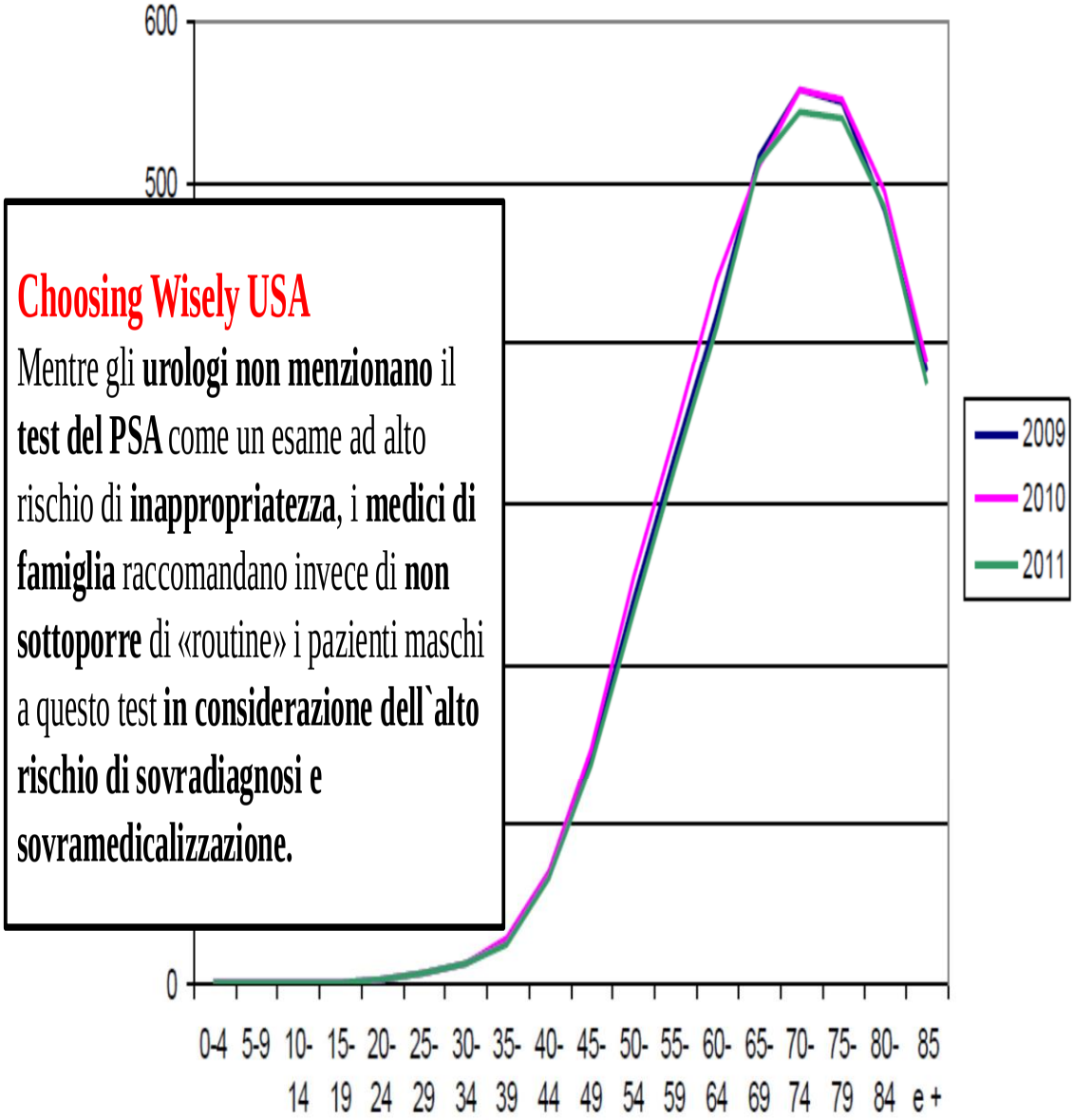
- A marzo 2014 sono complessivamente 52 le società che hanno presentato liste (alcune anche 2 liste e una, l'American Academy of Family Physicians, 3 liste) per un totale di 290 test e trattamenti3 sui quali, secondo l'iniziativa Choosing Wisely, medici e pazienti dovrebbero interrogarsi e parlare.

- E' importante l'informazione presente In ogni choosing wisely su "come la lista è stata creata", che ne documenta il carattere evidence-based.

Elenco completo delle società che hanno aderito al 2014

AMDA – Dedicated to Long Term Care Medicine
American Academy of Allergy, Asthma & Immunology: 2 liste
American Academy of Dermatology
American Academy of Family Physicians: 3 liste
American Academy of Hospice and Palliative Medicine
American Academy of Neurology
American Academy of Ophthalmology
American Academy of Orthopaedic Surgeons
American Academy of Otolaryngology — Head and Neck Surgery Foundation American Academy of Pediatrics : 2 liste
American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus
American College of Cardiology
American College of Chest Physicians and American Thoracic Society
American College of Emergency Physicians
American College of Medical Toxicology and American Academy of Clinical Toxicology American College of Obstetricians and Gynecologists
American College of Occupational and Environmental Medicine
American College of Physicians
American College of Radiology
American College of Rheumatology
American College of Rheumatology – Pediatric Rheumatology
American College of Surgeons
American Gastroenterological Association
American Geriatrics Society : 2 liste American Headache Society
American Psychiatric Association
American Society for Clinical Pathology
American Society for Radiation Oncology
American Society for Reproductive Medicine
American Society of Anesthesiologists
American Society of Anesthesiologists - Pain Medicine
American Society of Clinical Oncology: 2 liste
American Society of Echocardiography
American Society of Hematology
American Society of Nephrology
American Society of Nuclear Cardiology
American Urological Association
Commission on Cancer
Critical Care Societies Collaborative - Critical Care
Endocrine Society and American Association of Clinical Endocrinologists Heart Rhythm Society
North American Spine Society
Society for Cardiovascular Magnetic Resonance
Society for Maternal-Fetal Medicine
Society for Vascular Medicine
Society of Cardiovascular Computed Tomography
Society of General Internal Medicine
Society of Gynecologic Oncology
Society of Hospital Medicine – Adult Hospital Medicine
Society of Hospital Medicine – Pediatric Hospital Medicine
Society of Nuclear Medicine and Molecular Imaging
The Society of Thoracic Surgeons

Test PSA x 1000 residenti
(Regione Emilia-Romagna)



Choosing Wisely USA

Mentre gli **urologi non menzionano** il **test del PSA** come un esame ad alto rischio di **inappropriatezza**, i **medici di famiglia** raccomandano invece di **non sottoporre** di «routine» i pazienti maschi a questo test **in considerazione dell`alto rischio di sovradiagnosi e sovramedicalizzazione.**

Fonte: Sassoli de Bianchi et al. XI Convegno nazionale screening. Palermo dicembre 2012

ABLIN J. RICHARD

Ha scoperto il PSA nel 1970

«The Great Prostate Mistake»

«Non ho mai desiderato che la mia scoperta avrebbe portato ad un tale disastro di salute pubblica motivato dal profitto. La comunità medica deve rinunciare all`uso inappropriato del P.S.A. nello screening. Così facendo si risparmierebbero miliardi di dollari e si eviterebbero a milioni di uomini trattamenti debilitanti e non necessari».

(NYT, 9 March 2010)

OTIS BRAWLEY

Chief medical officer American Cancer Society

« Con il test del PSA avete 50 volte più probabilità di rovinarvi la vita che di salvarla »

(NYT, 23 March 2009)

Choosing Wisely

- Non eseguire screening di routine per cancro della prostata tramite antigene prostatico specifico (PSA) o esame digitale rettale.
  American Academy of Family Physicians

- Non effettuare test con PSA per lo screening del tumore della prostata in uomini senza sintomi di malattia con un'aspettativa di vita di meno di 10 anni.
  American Society of Clinical Oncology

Choosing wisely le prime 45 pratiche

Dimensioni della qualità

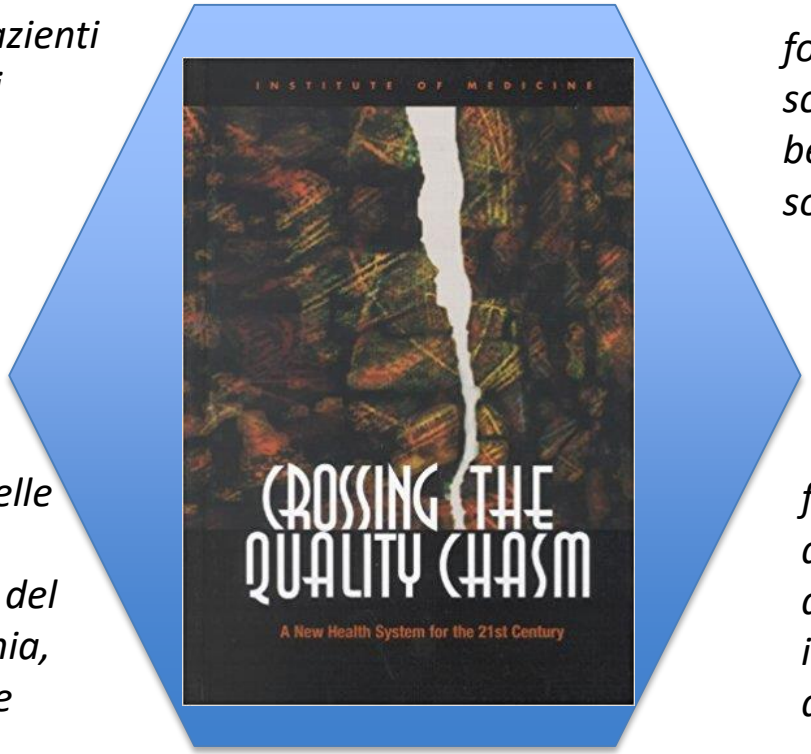
STEEEP (Safety, Timeliness, Effectiveness, Efficiency, Equity and Person Centeredness)

Sicurezza

evitare che i pazienti riportino danni

Efficacia

fornire servizi basati sulle conoscenze scientifiche a tutti coloro che possono beneficiarne (evitare sottoutilizzo e sovrautilizzo)



Equità

assicurare una qualità delle cure indipendente dalle caratteristiche personali del paziente, quali sesso, etnia, provenienza geografica e condizione socio-economica

Centralità del paziente

fornire cure rispettose e rispondenti alle preferenze, ai bisogni e ai valori del singolo paziente e assicurarsi che i suoi valori orientino tutte le decisioni cliniche

Efficienza

evitare sprechi

Tempestività

ridurre le attese e i ritardi potenzialmente dannosi

Potenziali conseguenze dei tempi di attesa

- aumento rischio di esiti negativi
- aumentato rischio di eventi avversi
- aumento mortalità (l'Istituto Fraser ha stimato che 44,273 donne canadesi hanno preso la vita tra il 1993 e il 2009 come conseguenza dei tempi di attesa)
- sconforto e ansia
- qualità percepita
- aumentati costi per il paziente

1. *B.Barua,Waitingyourturn:Wait times for Health Care in Canada,2015Report,Fra- ser Institute, Canada, 2015.*
2. *C. Propper, The disutility of time spent on the United Kingdom's National Health Service waiting list, The Journal of Human Resources 30 (1995) 667–700.*
3. *L.Siciliani,J.Hurst,Tacklingexcessivewaitingtimesforelectivesurgery:acomparative analysis of policies in 12 OECD countries, Health Policy 72 (2005) 201–215.*
4. *J.C.Prentice,S.D.Pizer,Delayed access to health care and mortality, HealthServices Research 42 (2) (2007) 644–662.*
5. *N. Globerman, S. Esmail, Canada's Long Wait Times for Health Care Leading to Patient Depression and Death, 2013 (Canada).*

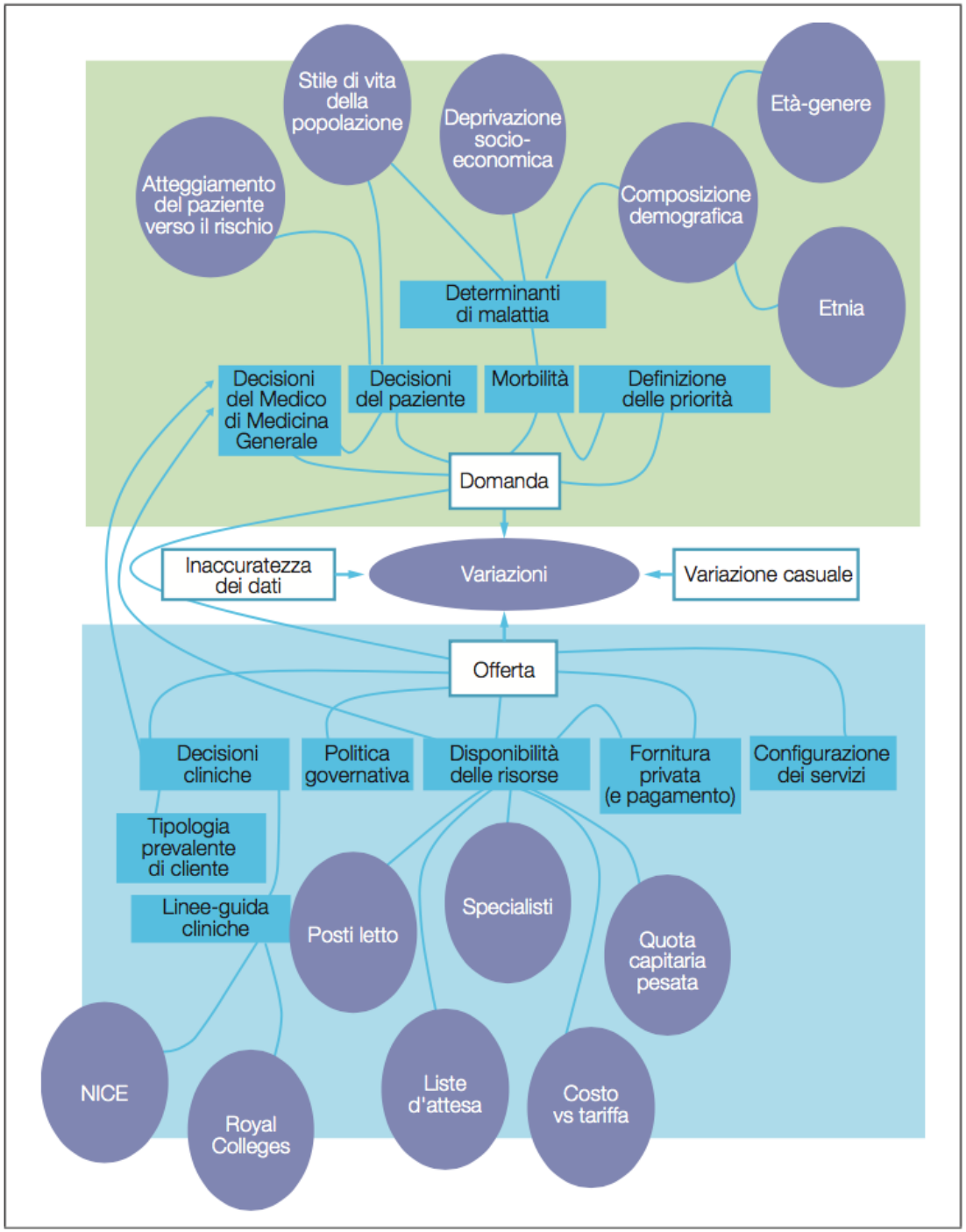


Figura 2.1 • Una possibile mappa delle cause di variazioni nel ricorso ai servizi sanitari

Gestione dei tempi di attesa

Aumento Offerta

- Inappropriatezza nell'indicazione e nell'uso della metodica
- Effetto paradosso : allungamento delle liste d' attesa

Domanda

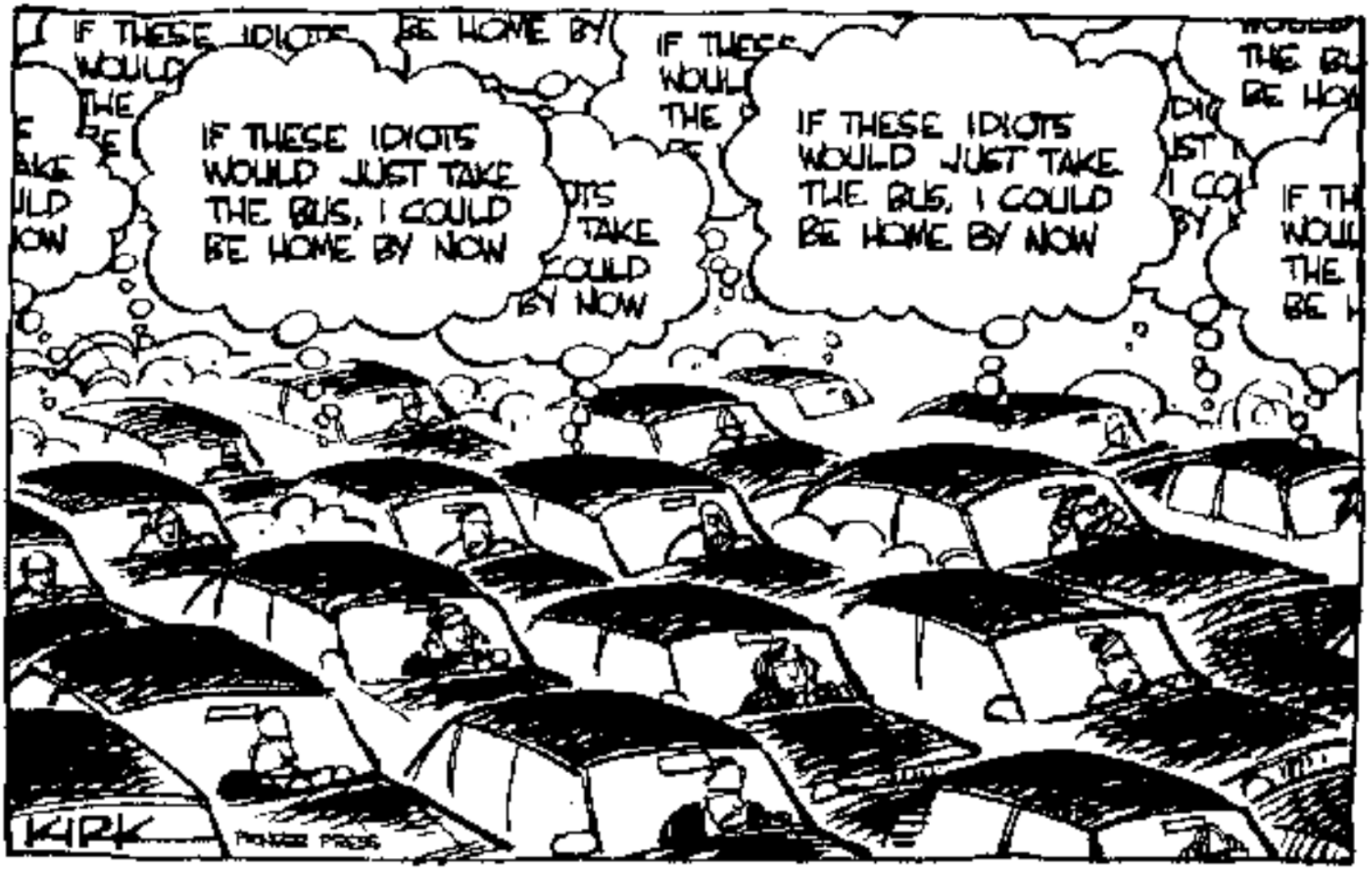
Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

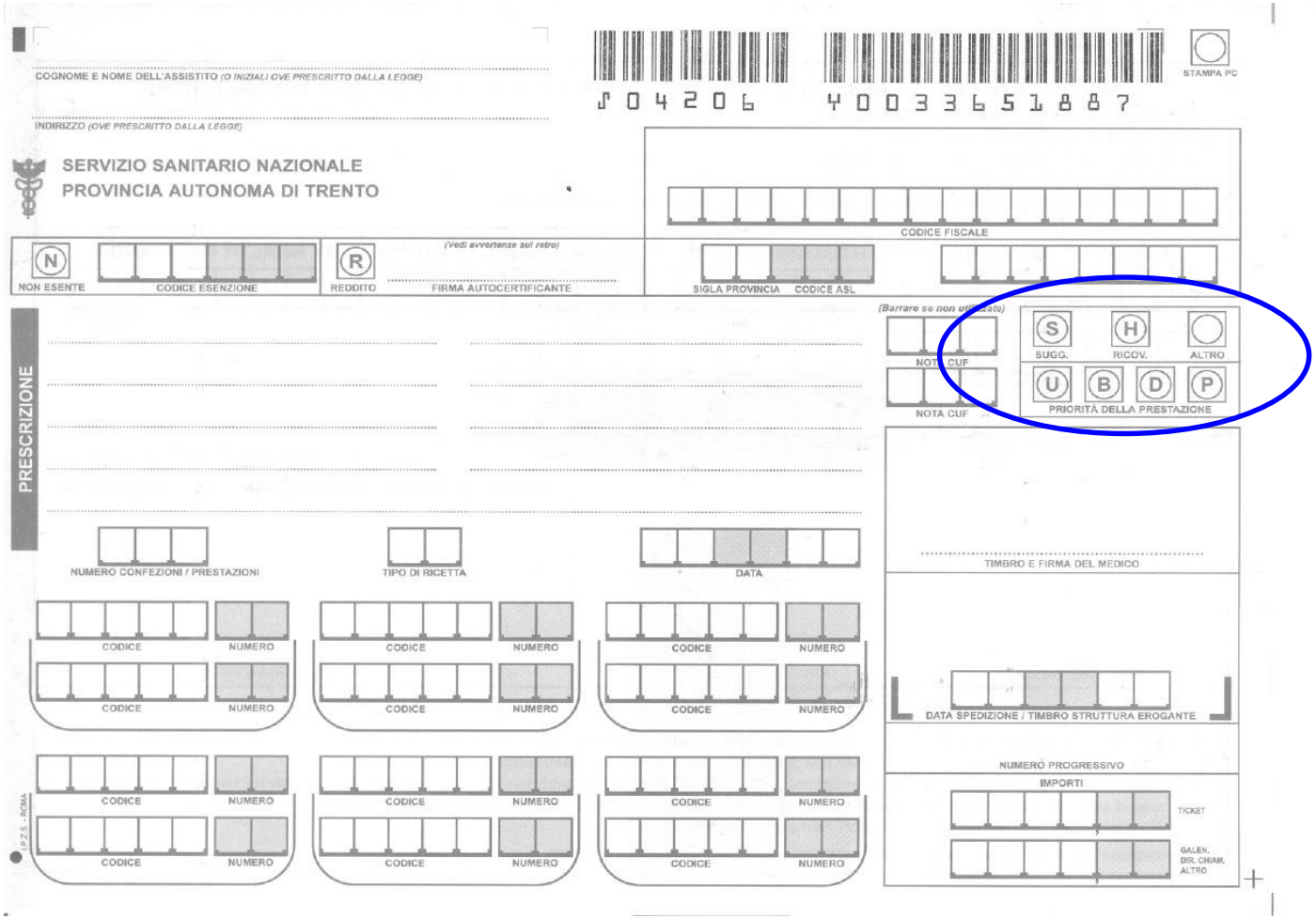
Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO

agenas. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

Via Piemonte 60 - 00187 Roma
tel. 06 427491 - fax 06 42749488
agenas@pec.agenas.it

Via Puglie 23 - 00187 Roma
tel. 06 427491 - fax 06 42749488
agenas@pec.agenas.it


IF THESE IDIOTS WOULD JUST TAKE THE BUS, I COULD BE HOME BY NOW
IF THESE IDIOTS WOULD JUST TAKE THE BUS, I COULD BE HOME BY NOW
KIRK



Il ricettario standardizzato del SSN prevede il campo "priorità della prestazione" e identifica 4 livelli che, dopo il Decreto 17.3.2008, sono:

- U (non oltre 72 ore)
- B (entro 10 giorni)
- D (entro 30 giorni per visite, entro 60 giorni per prestazioni strumentali)
- P (senza priorità)

Priorità cliniche

Indicazione clinica che consente al medico di prescrivere ad un paziente una prestazione specialistica attribuendo un tempo differito di attesa che, sulla base di linee guida, raccomandazioni condivise da società scientifiche o scelte motivate clinicamente dal prescrittore, si ritiene, in considerazione della diagnosi differenziale posta o del quadro clinico di cui è nota la diagnosi, non ne comprometta la prognosi.

RAO (Raggruppamenti d'Attesa Omogenei):

Categorie di attesa per prestazioni specialistiche ambulatoriali, i cui contenuti clinici sono definiti in base ad accordi locali (regionali e aziendali) fra rappresentanti dei medici delle cure primarie e rappresentanti dei medici specialisti. L'utilizzo dei RAO prevede: (a) l'attribuzione delle priorità anche da parte degli specialisti eroganti le prestazioni; (b) l'analisi della concordanza, rispetto alle Classi di priorità assegnate ai singoli casi, tra medici proponenti e specialisti eroganti le prestazioni.

Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care (Review)

Grimshaw JM, Winkens RAG, Shirran L, Cunningham C, Mayhew A, Thomas R, Fraser C

THE COCHRANE COLLABORATION®

This is a reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in *The Cochrane Library* 2007, Issue 1

http://www.thecochranelibrary.com

WILEY
Publishers Since 1807

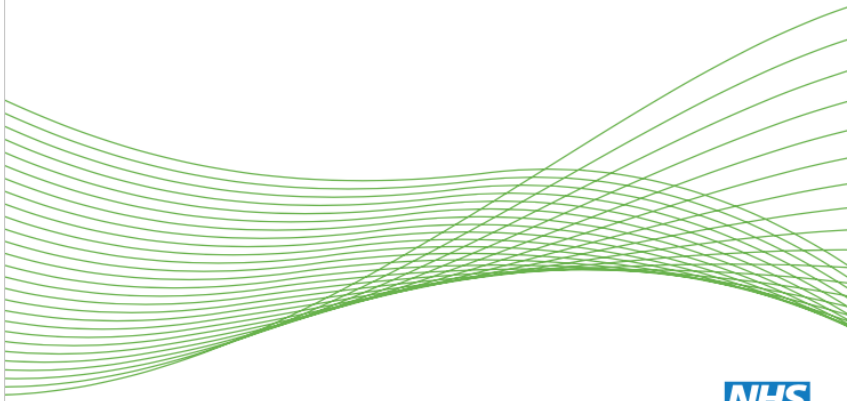
Copyright © 2007 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd

HEALTH SERVICES AND DELIVERY RESEARCH

VOLUME 3 ISSUE 24 MAY 2015
ISSN 2050-4349

What is the evidence on interventions to manage referral from primary to specialist non-emergency care? A systematic review and logic model synthesis

Lindsay Blank, Susan Baxter, Helen Buckley Woods, Elizabeth Goyder, Andrew Lee, Nick Payne and Melanie Rimmer



DOI 10.3310/hsdr03240

NHS
National Institute for Health Research

QUALITY IMPROVEMENT REPORT

Influencing referral practice using feedback of adherence to NICE guidelines: a quality improvement report for dyspepsia

Glyn Elwyn, Diane Owen, Llinos Roberts, Kathie Wareham, Paul Duane, Miles Allison, Alan Sykes

Qual Saf Health Care 2007;**16**:67–70. doi: 10.1136/qshc.2006.019992

Lessons learnt: Referral assessment can be successfully introduced and shows promise as a way of improving the quality of referrals and reducing demand. **Hospital clinicians are more resistant than GPs to referral assessment** but nevertheless responded to the feedback by reducing their endoscopy gastroscopy requests.

Most such referrals are generated in hospitals rather than in primary care: this finding has important implications for demand management.

SET DI PRESTAZIONI "PILOTA"
COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Codice 45.23 COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA - Codice 45.23.3 COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.23.4
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO - Codice 88.71.4
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI - Codice 88.73.5
ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO - Codice 88.76.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE - Codice 88.75.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.74.1
ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.1 ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.2
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] - Codice 45.13 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA - Codice 45.16.1 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.16.2 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA DELL'ESOFAGO - Codice 42.24
MAMMOGRAFIA BILATERALE - Codice 87.37.1 MAMMOGRAFIA MONOLATERALE - Codice 87.37.2
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA - Codice 89.7A.3
RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE - Codice 88.93.4 RM DEL RACHIDE LOMBO-SACRALE SENZA E CON MDC - Codice 88.93.9
TC CRANIO-ENCEFALO - Codice 87.03 TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC - Codice 87.03.1
TC DEL TORACE - Codice 87.41 TC DEL TORACE SENZA E CON MDC - Codice 87.41.1

Shared decision making

“Shared decision making” è il processo interazione con il paziente al fine di aiutarlo ad effettuare una una scelta informata e basata sui suoi valori e le sue preferenze.

patient decision aids are standardized, evidence-based tools designed to facili- tate that process.”

I “patient decision aids” sono strumenti standardizzati, basati sull’evidenza che supportano la condivisione dei processi decisionali

Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review)

Stacey D, Légaré F, Col NF, Bennett CL, Barry MJ, Eden KB, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Thomson R, Trevena L, Wu JHC

THE COCHRANE COLLABORATION®

improve their knowledge of the options (high-quality evidence);

feel more informed and more clear about what matters most to them (high-quality evidence);

option grid

Breast cancer: surgical options

Use this **Option Grid™** decision aid to help you and your healthcare professional talk about how best to treat breast cancer.

Frequently Asked Questions ↓	**Lumpectomy with radiotherapy**	**Mastectomy**
What is removed?	The cancer lump is removed, with some surrounding tissue.	The whole breast is removed.
Which surgery is best for long-term survival?	Survival rates are the same for both options.	Survival rates are the same for both options.
What are the chances of cancer coming back in the breast?	Breast cancer will come back in the breast in about 10 in every 100 women (10%) in the 10 years after a lumpectomy. Recent improvements in treatment may have reduced this risk.	Breast cancer will come back in the area of the scar in about 5 in every 100 women (5%) in the 10 years after a mastectomy. Recent improvements in treatment may have reduced this risk.
Will I need more than one operation on the breast?	Possibly, if there are still cancer cells in the breast after the lumpectomy. This can occur in up to 20 in every 100 (20%) women.	No, unless you choose breast reconstruction
How long will it take to recover?	Most women are home within 24 hours of surgery.	Most women are home within 48 hours after surgery.
Will I need radiotherapy?	Yes, for up to six weeks after surgery	Radiotherapy is not usually given after mastectomy.
Will I need to have my lymph glands removed?	Some or all of the lymph glands in the armpit are usually removed.	Some or all of the lymph glands in the armpit are usually removed.
Will I need chemotherapy?	You may be offered chemotherapy, but this does not depend on the operation you choose.	You may be offered chemotherapy, but this does not depend on the operation you choose.
Will I lose my hair?	Hair loss is common after chemotherapy.	Hair loss is common after chemotherapy.

©2015 Trustees of Dartmouth College. All rights reserved."

Lung cancer screening: yes or no?

Use this **Option Grid™** decision aid to help you and your healthcare professional decide whether or not to screen for lung cancer.

Frequently Asked Questions ↓	**Screening using low dose computed tomography (CT)**	**No screening**
Who is it offered to?	To high-risk smokers or ex-smokers, aged 55 to 80, who have smoked at least 1 pack a day for thirty years. It is not offered to those who have symptoms of lung cancer. Ex-smokers are offered screening if they have quit in the last 15 years.	Only those at high risk of lung cancer are offered low-dose CT for screening. People who are not at high risk of lung cancer are not offered screening because there is no proven benefit to them.
How is lung cancer found?	It is often found using low-dose CT: an x-ray offered once a year. It takes a few minutes and needs no special preparation.	Without screening, lung cancer is usually found after symptoms are present or when other tests are done. In these cases, lung cancer is more likely to be found at a later stage.
What are the benefits of screening?	Low-dose CT finds signs of possible lung cancer in roughly 1 in every 100 screened (1%), and at a time when treatment has a better chance of success. 65 in every 100 scans (65%) will not find any problems.	Does not apply
What are the harms or risks?	**False alarms:** Roughly 25 in every 100 people (25%) have small nodules found in their lungs. To make sure these nodules are not cancer, more tests are done, for up to 2 years. **Unnecessary treatment:** Some suspicious nodules might be treated even though they might never cause problems. **Finding more problems:** Low-dose CT sometimes reveals findings in other parts of the body. These may lead to more tests and possible treatment. **Radiation:** Consider the possible benefit of finding lung cancer early against the small radiation risk of many CTs.	If you know that you are at risk for lung cancer and do not get a low-dose CT, you might worry that you have missed a chance to find the cancer early. If cancer is found because of symptoms like unexplained weight loss and coughing up blood, then the cancer is probably more advanced, and treatment will be more difficult.
What are the possible results?	25 people in every 100 screened (25%) will be told they have nodules, but few of these will be cancer. More tests will probably be done. Roughly 10 in every 100 people screened (10%) will be told about other problems, such as infections or lung damage from smoking.	Does not apply

©2015 Trustees of Dartmouth College. All rights reserved."

option grid

Sore throat: antibiotics or not?

Use this **Option Grid™** decision aid to help you and your healthcare professional talk about how to best treat your sore throat.

The likelihood of having a bacterial infection increases if you have pus on the tonsils, tender neck glands, a fever, and do not have a cough. If you have 3 or more of these 4 symptoms (pus, tender neck, fever, no cough), it is moderately likely that you have a bacterial infection. If you have 2 or fewer of these issues, it is unlikely that you have a bacterial infection.

Frequently Asked Questions ↓	**Treatment with antibiotics**	**Treatment without antibiotics**
It is moderately likely that my sore throat is bacterial. Will I get better faster with this treatment?	Roughly 50 in every 100 people (50%) who take antibiotics will feel better about 1 day earlier than they would without antibiotics. They may not feel better for the first day or two. Roughly 50 in every 100 people (50%) will not benefit.	No, the symptoms are usually a problem for about 3-7 days.
It is unlikely that my sore throat is bacterial. Will I get better faster with this treatment?	Roughly 20 in every 100 people (20%) will feel better about 1 day earlier than they would without antibiotics. Roughly 80 in every 100 people (80%) will not benefit.	No, the symptoms are usually a problem for about 3-7 days.
What does this treatment consist of?	Taking antibiotics, as well as taking over-the-counter pain relievers, drinking fluids, eating ice cubes or other cold foods.	Taking over-the-counter pain relievers, drinking fluids, eating ice cubes or other cold foods.
What problems might this treatment cause?	About 16 in every 100 people (16%) will have one or more of the following problems: upset stomach, rash, or diarrhea. Using antibiotics can lead to bacteria becoming resistant to the treatment.	You avoid any problems antibiotics might cause.
Will this treatment lower my chance of having other infections?	Depending on the type of infection you have, you are slightly less likely to develop an ear or sinus infection.	No

option grid

Carpal tunnel syndrome: treatment options

Use this **Option Grid™** decision aid to help you and your healthcare professional talk about how best to treat carpal tunnel syndrome.

Frequently Asked Questions ↓	**Splinting and exercises**	**Local steroid injection**	**Surgical release**
What type of treatment is this?	A splint holds your wrist in a position to reduce the pressure on the nerve. It is used for six weeks or so.	A small amount of steroid is injected into your wrist to reduce swelling and pressure on the nerve.	Surgery is done on the palm side of your wrist. Tissue is cut to reduce pressure on the nerve.
For whom does this treatment work best?	For mild to moderate symptoms, e.g. problems noticed during sleep	For mild to moderate symptoms, e.g. problems noticed during sleep	Surgery is the most effective treatment for moderate and severe symptoms, e.g. problems noticed continuously.
What are the advantages of this treatment?	Least expensive, easy and safe	Convenient because it can be done during a normal appointment. Most patients improve for up to 4 months or more.	Surgery provides long-term improvement for about 95 in every 100 people (95%).
What are the disadvantages of this treatment?	Wearing a splint can be inconvenient. The relief is often only for a short period.	Steroid injections provide relief but the problem is likely to come back.	You may need to stop working for a few weeks. If you've had the problem for a long time, the nerve may be too damaged to recover, and you might continue to have weakness and numbness.
What are the risks?	No risks	Problems are rare. The injection can be painful, give you worse numbness as well as a temporary tingling sensation in the hand.	Up to 5 in every 100 people (5%) may have some remaining problems. Sometimes the pain, numbness or weakness, persist or worsen.
How long before I can use my hand again?	No delay	You can usually return to work the day of the injection.	Typically, it takes a week or more until you can use your hand again.
How soon do the symptoms come back after this treatment?	You may be free of symptoms for up to 3 months or more.	You may be free of symptoms for up to 4 months or more.	Symptoms do not come back very often.

Editors: Tessa Reinke, Carolyn Kerrigan, Donald Lalonde, Lance Warhold, Loree Kalliainen, Glyn Elwyn
Evidence document: http://optiongrid.org/admin/resources/grid/evidences/3.pdf?x=FLQM7Alen
Publication date: 2015-05-27 **Expiry date:** **ISBN:** 978-0-9926733-9-0 **License:** CC BY-NC-ND 4.0 (International)
Download the most current version from: http://optiongrid.org/option-grids/grid-landing/3
This Option Grid does not constitute medical advice, diagnosis, or treatment. See Terms of Use and Privacy Policy at www.optiongrid.org.

Metodo RAND/UCLA

Passaggi	Osservazioni
1. Si decide la procedura diagnostica o terapeutica che si intende valutare	Per esempio: rivascolarizzazione coronarica
2. Si compone un panel di 9 membri	Multidisciplinare, non monospecialistico
3. Revisione della letteratura sulla procedura in valutazione	Tutta la letteratura sulla rivascolarizzazione coronarica è messa a disposizione di tutti i membri del panel
4. Lista delle indicazioni e degli "scenari"	Per esempio: indicazioni e scenari della rivascolarizzazione coronarica: presentazione clinica; severità dell'angina; estensione dell'ischemia e altri fattori prognostici; terapia medica; estensione anatomica delle stenosi coronariche
5. Prima valutazione (rating iniziale)	Giudizio di appropriatezza della rivascolarizzazione coronarica per le indicazioni e gli scenari identificati: ciascuno dei membri del panel esprime un giudizio = 9 giudizi
6. Periodo di riflessione e di contatti a distanza fra i membri del panel; poi:	Due giorni; discussione e analisi del rating iniziale
7. Incontro del panel e discussione	
8. Giudizio finale di appropriatezza ed eventuale disaccordo fra i membri del panel	Un giudizio da parte di ciascuno dei membri del panel = 9 giudizi
9. Valutazione finale della procedura per ognuna delle indicazioni: • 3/9 giudizi di procedura appropriata per l'indicazione, senza disaccordo = procedura inappropriata • Da 4/9 a 6/9 = procedura di appropriatezza equivoca • ≥ 7/9 giudizi di procedura appropriata per l'indicazione, senza disaccordo = procedura appropriata • Disaccordo: almeno uno dei giudizi cade nell'intervallo 1-3 mentre almeno un altro cade nell'intervallo 7-9 = procedura di appropriatezza equivoca	