

# Contenuti giornata

1. Appropriately Definizioni
2. La variabilità ingiustificata
  1. *Under-over-mis-use*
  2. *Patients decision aids*
  3. *Choosing wisely*
3. Controlli analitici per l'appropriatezza delle cartelle cliniche nel sistema sanitario regionale
  - a. Contesto normativo
  - b. Linee di indirizzo
  - c. PACA
4. Risultati Regione
5. Risultati Messina

Legge 06/08/2015, n. 125 - Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, recante disposizioni urgenti in materia di enti territoriali - Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale, 14 agosto 2015, n. 188, S.O.

[Elenco](#) delle prestazioni di specialistica ambulatoriale soggette a “condizioni di erogabilità” o “indicazioni di appropriatezza prescrittiva” recentemente presentato dal Ministro della Salute

**APPROPRIATEZZA**



**QUANDO UN PRESTAZIONE È INAPPRORIATA ?**

Appropriatezza prescrittiva. Individuate 208 prestazioni specialistiche a prescrizione limitata. Lorenzin illustra il Decreto ai sindacati medici che dicono no alle sanzioni

*Primo confronto tra il Ministro e i medici sul Decreto previsto dal Dl Enti locali per limitare prestazioni prestazioni maggioranze proposte mi*  
**ODONTOIA**

# Sanità, Tac, test, risonanze: 208

## prestazioni a rischio Se

### inappropriate Esami inappropriati, medici e costi a carico minacciano lo sciopero contro il decreto. Lorenzin: "Eccessi ci costano 13 mld l'anno"

*E' scontro sul provvedimento che mira a tagliare gli sprechi tagliando la spesa per accertamenti diagnostici. Il ministro: "Il medico dovrà giustificarla scientificamente per evitare la sanzione". I sindacati verso iniziativa nazionale: "No allo Stato che si sostituisce al dottore". Fonti governo: in Legge di stabilità misure contro denunce temerarie e contenzioso legale*

Le News del Sole 24Ore **Appropriatezza/ Ecco il documento con cui Fimmg boccia il Dm Lorenzin**

Per la Fimmg «il modello di Dm proposto» è «non accettabile». Tanto che «ci si riserva di agire per contrastarne la determinazione e la sua approvazione con tutti gli strumenti in nostro possesso, coinvolgendo anche i nostri pazienti in una azione di sostegno alle nostre motivazioni».

È una vera e propria dichiarazione di guerra quella lanciata dal sindacato dei medici di famiglia guidato da Giacomo Milillo, che oggi ha inviato - prima e per il momento unica tra le sigle che rappresentano i camici bianchi - al ministero della Salute il commento richiesto da Beatrice Lorenzin sulle 208 prescrizioni "inappropriate", e perciò foriere di sanzioni economiche per i medici che dovessero disattendere alle indicazioni.

Nelle due pagine di "osservazioni" messe a punto da Silvestro Scotti, che per la Fimmg ha seguito la partita, si conferma la linea già espressa nei giorni scorsi e su cui si ritrovano quasi compatte tutte le sigle.

Con la rilevante eccezione dei radiologi. «Gli unici insieme agli anestesisti - tiene a sottolineare Scotti - che per legge hanno la capacità di valutare e quindi di rifiutare di effettuare una prestazione, se la considerano non appropriata rispetto al quesito diagnostico che il Mmg o il pediatra sono tenuti a inserire nella ricetta».

Cinque le motivazioni con cui la Fimmg "cassa" la bozza di documento:

- impossibile dare un contributo professionale/scientifico alla evoluzione/rivalutazione del Dm, vista la carenza di documentazione fornita;
- inaccettabile «sul piano professionale e assistenziale» la scelta di condizionare per forza di legge il diritto/dovere del medico di libertà di cura del proprio paziente;
- assenza di un contestuale e appropriato sistema di prevenzione ed educazione sugli stili di vita, «alla base di ogni possibile intervento di razionalizzazione del sistema che così sarebbe capace di produrre salute come soluzione ad eccessi di sanità e non, come appare, razionandone l'offerta sanitaria»;
- assoluta mancanza di considerazione del «processo elaborativo diagnostico che è caratterizzato da una valutazione complessiva del medico»;
- infine, sul piano specifico della medicina di famiglia, «appare non tollerabile un messaggio di valutazione di appropriatezza troppo spesso sottoposto ad approvazione specialistica, oltretutto senza chiarimenti rispetto alle caratteristiche contrattuali di appartenenza dello specialista ovvero di struttura pubblica o anche soggetto privato».

# 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).
- • l' **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: Prescrivere 2012)

# Sprechi, frodi e inappropriata in Italia (alcuni esempi)

- Frodi e corruzione: Italia **5/6 Mia/anno (13.7 / 16.4 Mio €/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)

# Sprechi, frodi e inappropriata 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 risparmierebbero circa 1 Mia 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 Mio €/anno** (Fonte: Donzelli, Sal.Int. 2013)



È ETICO EVITARE GLI SPRECHI

## PERCHÉ DICO SÌ AI TAGLI SANITARI

di **Giuseppe Remuzzi**

La *spending review* può essere l'occasione per rilanciare il Servizio sanitario nazionale partendo dall'etica di evitare gli sprechi: certi servizi vanno ridotti e certi altri potenziati.

a pagina 29

### I TAGLI E LE RISORSE

# LA RICETTA PER LA SANITÀ EVITARE GLI SPRECHI E FINANZIARE LA RICERCA

di **Giuseppe Remuzzi**

## Un doppio binario

L'attenzione a quanto si spende non è in contrasto con l'etica professionale dei medici. Sono due facce della stessa medaglia. Affrontare il problema dei costi non incrina affatto il rapporto con gli ammalati

**I**l decreto legge appena approvato in Senato prevede altri dieci miliardi di tagli in tre anni sulla salute. Il Ministro Beatrice Lorenzin questa volta è ottimista, «è per salvare la sostenibilità del Ssn», ma medici e governatori sono contro: «Se si continua così salta il sistema della sanità pubblica». Chi

ha ragione? Vediamo. Il Servizio Sanitario nazionale lo hanno inventato gli inglesi, noi con la legge 883 del 1978 l'abbiamo fatto nostro. Quel giorno, con quella legge, l'Italia ha compiuto un atto di grande civiltà e si è portata ai vertici della classifica della buona sanità. A noi sembra normale che se uno è malato possa avere un trapianto di cuore o di fegato e le cure più avanzate per il cancro senza spendere un euro. In molte parti del mondo non è così; avere qualcuno di malato in famiglia significa perdere tutto e indebitarsi. Nonostante gli sforzi di Hillary Clinton prima e di Obama adesso, è così anche negli Stati Uniti. Ancora oggi chi non è abbastanza ricco da pagarsi un'assicurazione privata e nemmeno così povero da ricevere aiuti dallo Stato non ha di che curarsi, ma Howard Brody, che è professore di medicina nel Texas una ricetta ce l'ha. Lui sostiene che quello che si spende in interventi che non portano alcun beneficio agli ammalati arriva al 30 per cento del budget e «basterebbe evitare esami e interventi inutili per dare a tutti tutto quello che serve» anche negli Stati Uniti. L'articolo è nel *New England Journal of Medicine*, gli hanno messo un titolo bellissimo «Dall'etica dei tagli all'etica di evitare gli sprechi». Ma i medici criticano, anche là: «Noi dobbiamo curare non far quadrare i conti, se si spende troppo, pazienza». «No — scrive Brody — questo ragionamento non sta in piedi, se per dare tut-

# Appropriatezza - Prospettive

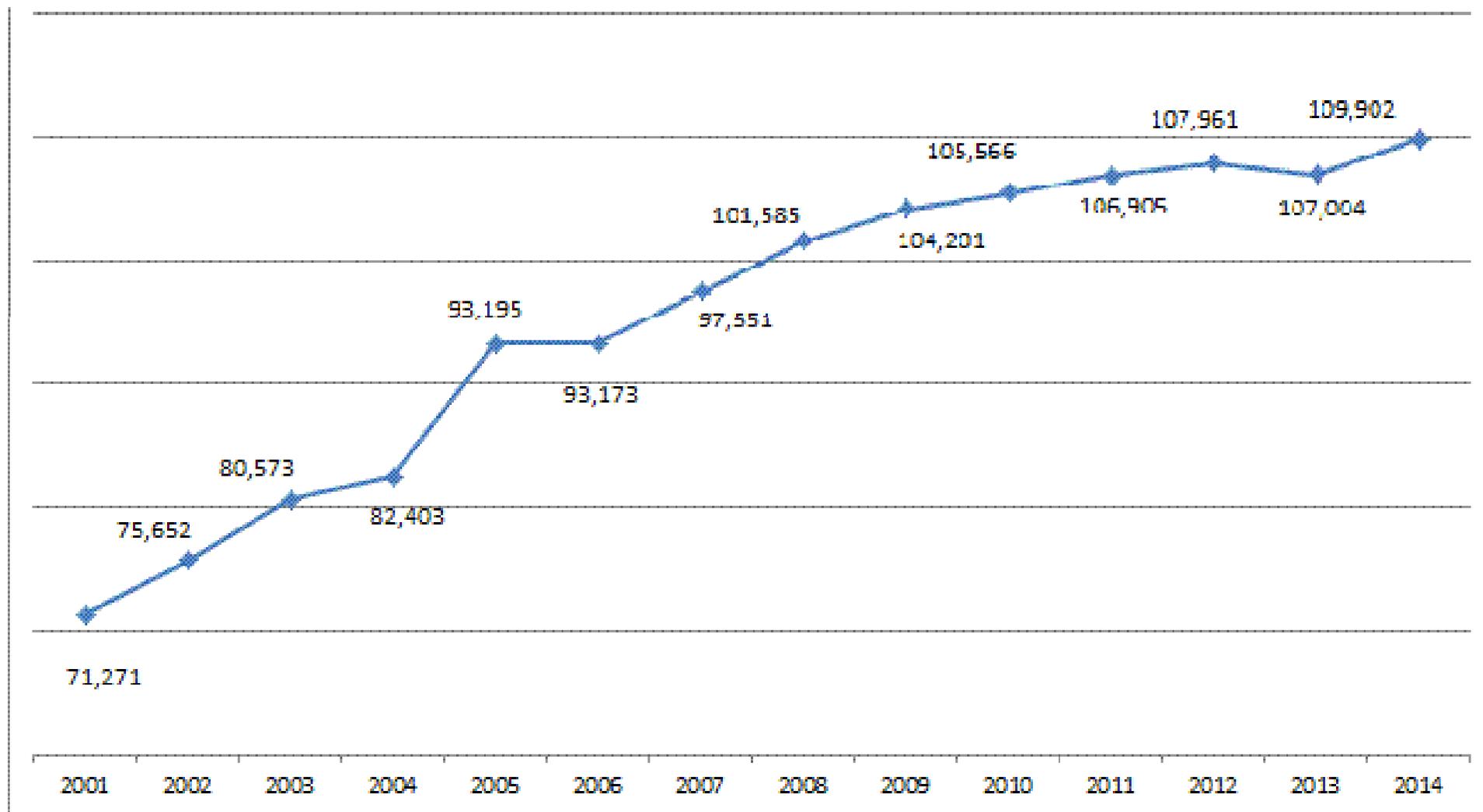
- paziente
- operatore
- sistema sanitario
- collettività
- società

# 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 corrente a carico dello Stato, 2001-2014 (Valori in miliardi di euro)



# 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, Ferraro (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'intervento 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

# Appropriatezza clinica e organizzativa

La revisione di letteratura di Sanmartin ha evidenziato due fondamentali *framework* concettuali inerenti l'appropriatezza.

- 1) Il primo è stato introdotto da Lavis ed Anderson, a fine anni '90, con il duplice concetto di "*appropriateness of a service*", o appropriatezza clinica,
- 2) "*appropriateness of setting*", solitamente intesa come determinante della appropriatezza organizzativa.

# 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".*

# REGIMI DI EROGAZIONE DELL'ATTIVITA' OSPEDALIERA

## RICOVERI ORDINARI

PAZIENTI AFFETTI DA PATOLOGIE CHE NECESSITANO DI  
UNA INTENSA ASSISTENZA SANITARIA

## RICOVERI DAY HOSPITAL

PAZIENTI AFFETTI DA PATOLOGIE CHE NECESSITANO DI  
MINORE INTENSITA' ASSISTENZIALE, E' UN  
RICOVERO PROGAMMATO CHE NECESSITA DI UN  
APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE

LA PRE-OSPEDALIZZAZIONE POSSIBILE  
CON COMMA 18 ART. 1 LEGGE 662/1996

## ATTIVITA' DI DAY SERVICE

il Day Service Ambulatoriale è un modello organizzativo ed operativo che affronta problemi clinici di tipo diagnostico e/o terapeutico in pazienti stabili, che necessitano di prestazioni multiple integrate e/o complesse che non richiedono sorveglianza od osservazione medica e/o infermieristica prolungata e che la modalità di erogazione delle prestazioni in day service, in vigore dal 2009 e quindi ampiamente sperimentato, rappresenta una valida alternativa ai ricoveri ospedalieri, presupponendo un minore assorbimento di risorse rispetto al medesimo DRG erogato in regime di DH-

## ATTIVITA' AMBULATORIALE

- ✓ sono erogate per finalità di assistenza specialistica ambulatoriale;
- ✓ sono prestazioni non esplicitamente riconducibili ad altri livelli di assistenza;
- ✓ sono prescrivibili, di norma, su apposito ricettario del SSN (fatte salve le previsioni di accesso diretto);
- ✓ sono programmabili in termini di accesso;
- ✓ sono individualmente identificate e tariffate;
- ✓ presentano caratteristiche e durata definite e predeterminabili.

# 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”*