

S.I.M.G.

Società Italiana di Medicina Generale

Come trasformare l'inappropriatezza in appropriatezza.

L'appropriatezza prescrittiva

Gaetano Piccinocchi



Concetto di appropriatezza

**Fare la cosa giusta nel
modo giusto**

*E' appropriata quella
prestazione per cui i
benefici per il paziente
superano i rischi in misura
tale da giustificarne
l'erogazione*



Appropriatezza di cosa ?

**Appropriatezza
prescrittiva**



**Si esalta il principio
della *prescrizione*
come paradigma
assoluta della misura
della qualità**

**Appropriatezza
delle
prestazioni**



Appropriatezza prescrittiva: definizione

Il beneficio che ci si aspetta da una cura supera, con un margine sufficientemente ampio, le aspettate conseguenze negative della terapia stessa (**beneficio/rischio**)

(Chassin MR, et al. Santa Monica: RAND Corporation, 1986.)

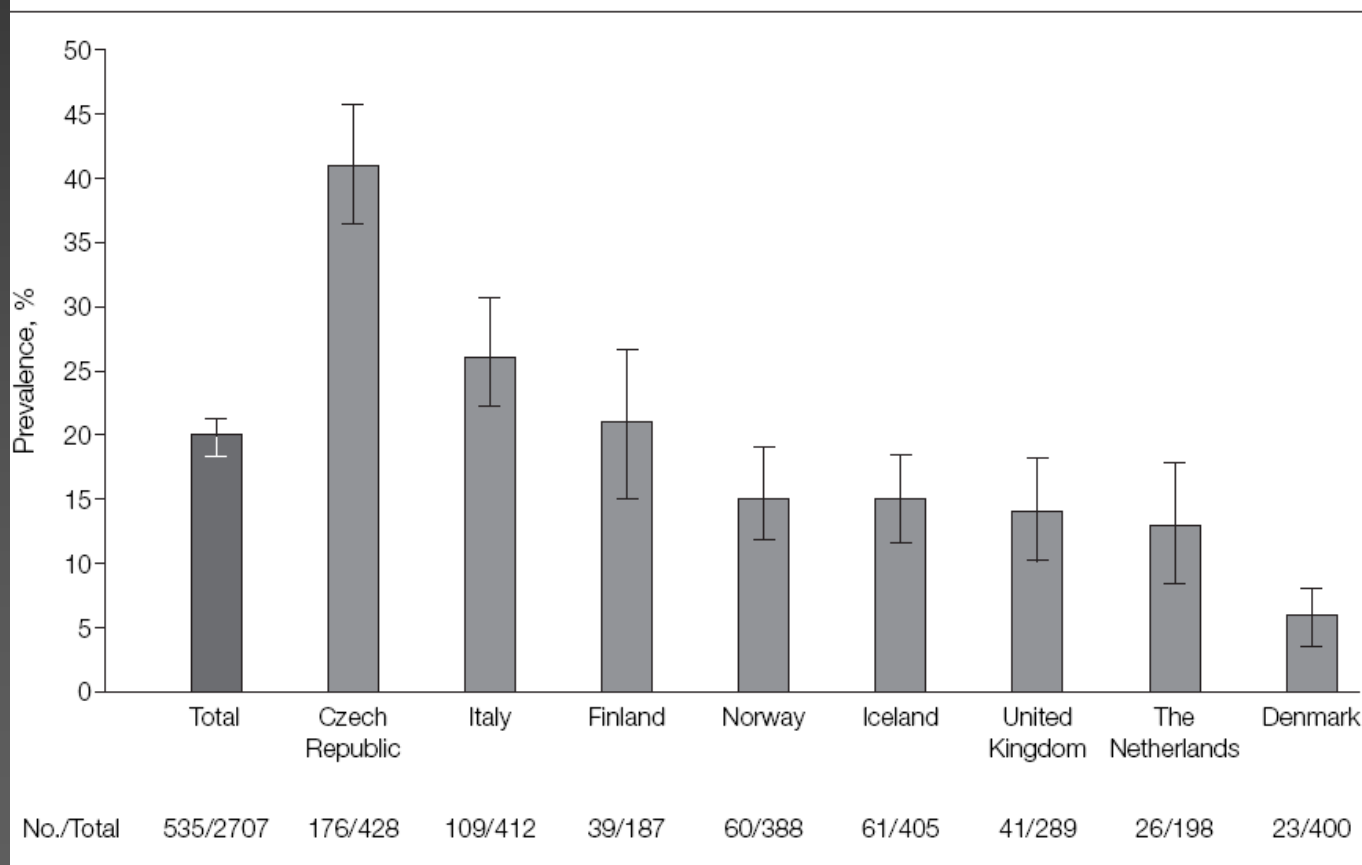
Sostenibilità economica

Dizione non definibile. In sanità, potremmo dire che si tratta di una serie di **misure strutturali per il governo della spesa sanitaria.**



L'inappropriatezza prescrittiva è... insostenibile...

Figure 1. Prevalence of Potentially Inappropriate Medication Use Considering All Explicit Criteria Combined (Beers 1997,¹⁵ Beers 2003,¹⁷ and McLeod 1997¹⁶)



Fialová D, et al. Potentially Inappropriate Medication Use Among Elderly Home Care Patients in Europe. *JAMA*. 2005;293:1348-1358



La sostenibilità economica... non è sempre appropriata...

Table 1. Inappropriate Medications and Classes to Avoid in Elderly Patients, as Defined by Expert Panel Criteria

Inappropriate Medication by Class	Expert Panel Criteria		
	Beers 1997 ¹⁵	McLeod 1997 ¹⁶	Beers 2003 ¹⁷
Analgesic/anti-inflammatory			
Indomethacin	✓	✓	✓
Ketorolac		✓	✓
Mefenamic acid		✓	✓
Meperidine	✓	✓	✓
Naproxen, oxaprozin, piroxicam		✓	
Naproxen, oxaprozin, piroxicam in full-dose, long-term use			✓
Pentazocin	✓	✓	✓
Phenylbutazone	✓	✓	✓
Propoxyphene and combinations	✓		✓
Antianemic			
Ferrous sulfate >325 mg/d			✓
Antiarrhythmic			
Amiodarone			✓
Digoxin >0.125 mg/d (except in atrial arrhythmias)			✓
Disopyramide	✓	✓	✓

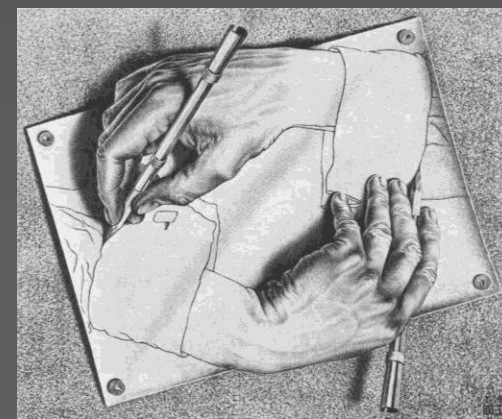
Fialová D, et al. Potentially Inappropriate Medication Use Among Elderly Home Care Patients in Europe. *JAMA*. 2005;293:1348-1358



Scelte di politica sanitaria per il contenimento della spesa farmaceutica

Fino ad oggi hanno riguardato farmaci:

- ugualmente appropriati, ma diversamente sostenibili
- inappropriati e diversamente sostenibili





Politica sanitaria per il contenimento della spesa

Farmaci ugualmente appropriati, ma diversamente sostenibili:

- Inibitori di Pompa
- Statine

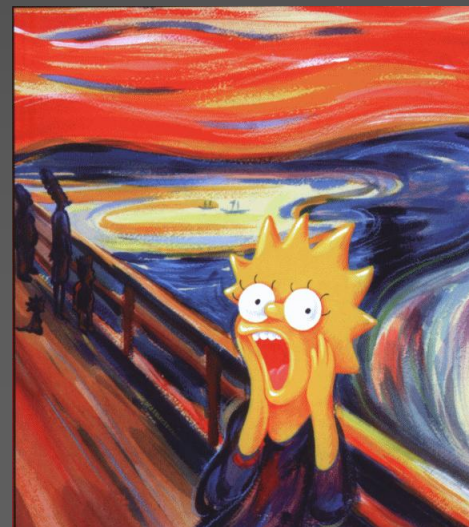




Politica sanitaria per il contenimento della spesa

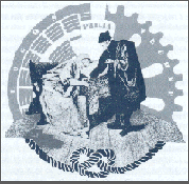
Farmaci inappropriati e diversamente sostenibili:

- Sartani
- Antibiotici Iniettivi



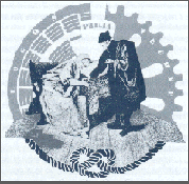


*Siamo sempre di fronte
ad un benchmarking
quantitativo*



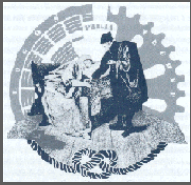
Qualche timore

- ◆ Underutilization of Cardiac Medications of Proven Benefit, 1990 to 2002
Randall S. Stafford, MD, PHD,* David C. Radley, BA†
Palo Alto, California; and New Haven, J. Am. Coll. Cardiol, 2003;41:56-61
- ◆ *Diminuzione di trattamenti di provata efficacia correlati alla deriva economicistica*



Un esempio

- ◆ **Prevalenza di pz ad alto rischio CV**
 - Medico A 5% Medico B 15%
- ◆ **% di pazienti in terapia**
 - Medico A 70% Medico B 85%
- ◆ **% di pazienti “a target”**
 - Medico A 25% Medico B 50%
- ◆ **Medico A “virtuoso” Medico B “spendaccione”**



Appropriatezza e variabilità delle cure

Variabilità intrinseca ad ogni fatto biologico, per cui ogni paziente è diverso da un altro ed ogni rapporto medico-paziente è irripetibile

La variabilità è influenzata dal contesto organizzativo, economico ed anche dalla insufficiente formazione dei medici !



VARIABILITA' E LG

La variabilità delle procedure è il punto di partenza della riflessione sulle attività dei medici

- ✦ sia con riferimento all'applicazione delle conoscenze scientifiche
- ✦ sia in relazione alle necessità di controllo dei risultati sanitari ed economici

(DL 20.6.96, art. 1 punto 4 "... qualora dal controllo risulti che un medico abbia prescritto un medicinale senza osservare le condizioni e le limitazioni l' ASL informa l'OOMM e il Ministero ...

il medico è tenuto a rimborsare il farmaco indebitamente prescritto")

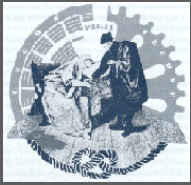


EQUIVOCI SU LINEE GUIDA E PERCORSI

Esistono delle parole chiave che se a lungo abusate o usate in maniera rituale perdono il loro reale contenuto come sta succedendo con “appropriatezza e linee guida”, “percorsi”, “budget”. E’ singolare, ma non strano quando si devono far quadrare i bilanci, come da un lato si enfatizzano queste parole d’ordine e nello stesso tempo si confondono, in documenti ufficiali di programmazione, “appropriatezza, linee guida, budget”.



Si parte enfatizzando il **budget come** “**strumento di programmazione e controllo**”, con i suoi cardini che sono un efficiente sistema informatico per la programmazione e la verifica, l’associazionismo, le linee guida e i percorsi, **per arrivare** ad accettare un **budget “come tetto di spesa”**, strumento di valutazione dell’operato del singolo medico secondo criteri di tipo economico



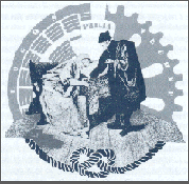
Il problema, alla base dei numerosi atteggiamenti contraddittori nelle leggi & norme & documenti, è che la medicina, come corpo professionale, in gran parte non sente propri i messaggi su cui si fonda il cambiamento organizzativo della sanità.

I termini di cui sopra inflazionano ormai ogni documento, dal Piano Sanitario Nazionale ai vari e diversi Piani Regionali, dagli Accordi di lavoro nazionali ai piani attuativi aziendali, con scarse ricadute pratiche.



LE LINEE GUIDA COME SUPPORTO ALLA DECISIONE CLINICA

- ✓ Nessuna LG può ovviare alla variabilità individuale dei bisogni di assistenza e di cura
- ✓ Le LG come elemento di supporto al risparmio non producono risultati stabili sul medio-lungo periodo
- ✓ La variabilità individuale tende poi a prendere il sopravvento
- ✓ Il fattore determinante del risultato è l'effetto della **decisionalità**



Qualche timore

- ◆ Controlled trial of effect of documented cardiovascular risk scores on prescribing
L M L Hall, R T Jung, G P Leese
BMJ, 2003;326:251-252
- ◆ L'applicazione delle LG aumenta la prescrizione in MG



Metodi per definire l'appropriatezza

La revisione sistematica della letteratura, integrata dal parere degli esperti (panel)



Giudizio di appropriatezza



Inappropriatezza per sovrautilizzo



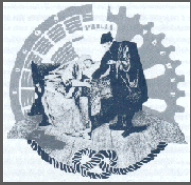
Giudizio di inappropriatezza per sottoutilizzo



Appropriatezza: come usarla

Modo intrusivo e con atteggiamento burocratico sul singolo caso

Verifica su ampie casistiche dell'aderenza o meno ai criteri precedentemente concordati.



Appropriatezza: come usarla

Con una impostazione di questo tipo i criteri di appropriatezza possono trasformarsi, da possibile vincolo, in strumento di tutela del professionista.



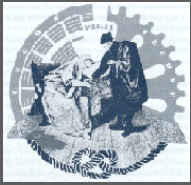
Appropriatezza: come usarla

Infatti, se condivisi dalla comunità scientifica e dagli organi regolatori (Regione, ASL), essi rappresentano un'arma di difesa del medico rispetto ad organismi che privilegiano solamente gli aspetti economici.



Che cosa succede nel mondo dei vivi

- ◆ Commissioni sull'appropriatezza prescrittiva
- ◆ Regioni e ragionieri
- ◆ Ricchi premi e cotillons per i mg risparmiatori



Riferimenti di legge/accordi

- ◆ Legge 229/99
 - ◆ 15.07.2011
 - ◆ 27.11.2012
 - ◆ 09.04.2013
- } AIFA
- ◆ Leggi regionali (1883 - 133 - 27)
 - ◆ Convenzione per la Medicina Generale prevede una Commissione Distrettuale per la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva

Lo scenario di riferimento

“ La sostenibilità del Ssn, nel prossimo futuro, potrebbe non essere garantita”

(M. Monti, 2012)

L'idea – sempre presente sin dalle riforme degli anni '90 – del *razionalizzare per non razionare*, nel mutato quadro economico, non è più una garanzia assoluta



La grande glaciazione



VERSO NUOVI ASSETTI

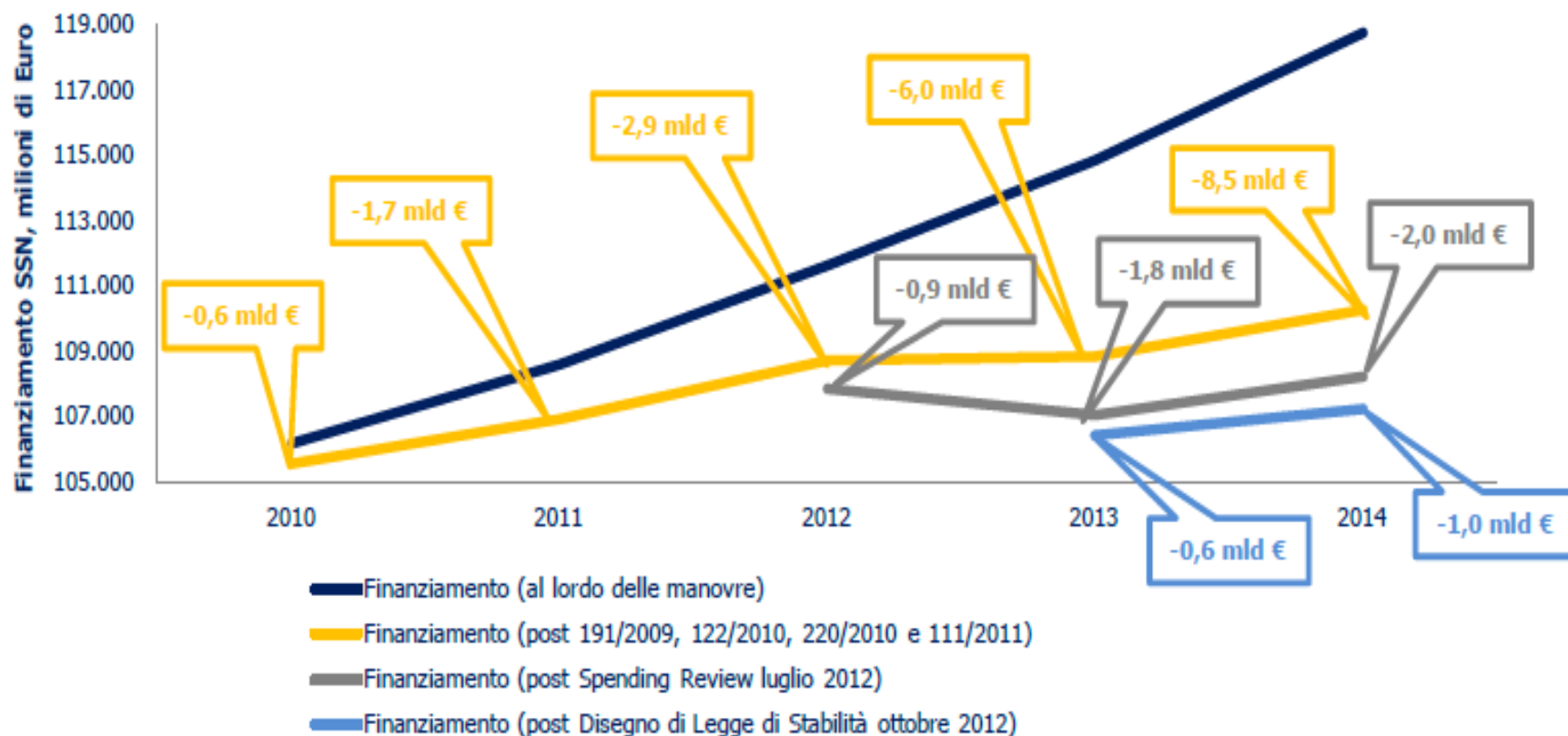


RIDUZIONE DEL PIL



Il finanziamento pubblico del SSN è stato abbondantemente ridotto dalle ultime manovre

Tagli previsti al Finanziamento del FSN



Fonte: rielaborazione The European House-Ambrosetti, 2012

**I tagli alla sanità su cui dovrà intervenire il Patto per la Salute.
(Legge 111/2011). Milioni di Euro**

Misure	Anno 2013	Anno 2014	Risparmi nel biennio
Prezzo riferimento beni e servizi	750	1.199	1.949
Tagli alla farmaceutica	1.000	1.090	2.090
Tetto di spesa dispositivi medici	750	817,5	1.567,5
Personale dipendente e convenzionato	0	163,5	163,5
Nuovi ticket	0	2.180	2.180
TOTALE	2.500	5.450	7.950

Fonte: Elaborazione Quotidiano Sanità





Un settore chiamato a contribuire al risanamento dei conti nei prossimi anni

Nel 2015 è stimato *in 17 miliardi* di euro il gap cumulato totale tra risorse necessarie a coprire i bisogni sanitari e i soldi pubblici che il SSN avrà a disposizione

(Patto per la Salute 2013-2015)



**Gli effetti sanitari delle
Crisi finanziarie:
diventare come la Grecia?**



Omens of a Greek tragedy

Var.% 2007-2009

<i>Visite mediche</i>	-15
<i>Ricoveri osp.</i>	+24
<i>Suicidi</i>	+17
<i>Infez. HIV</i>	+52
<i>Uso eroina</i>	+29

Kentikelenis et al., Lancet, 2011



H.S. Network

gennaio 2011

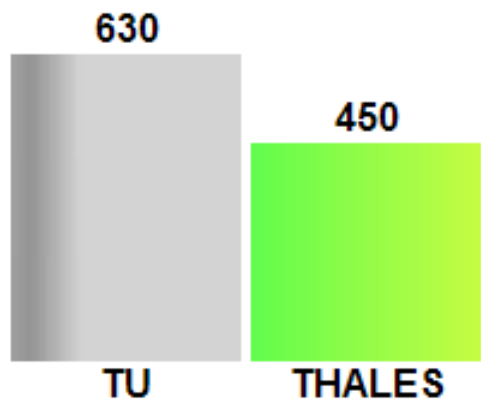
- **772 ricercatori
formati in 23
corsi**



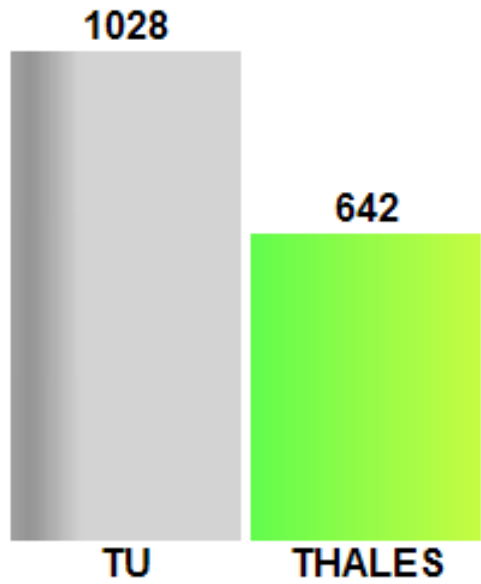
PREMESSA: "THALES" = Media dei MG THALES/HEALTH SEARCH

PAZIENTI - RICETTE

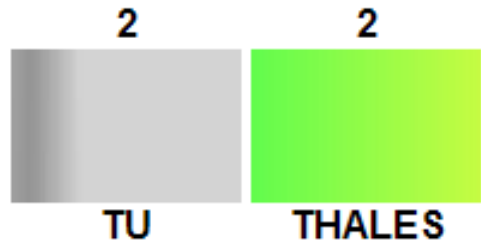
Numero di pazienti



**Numero di contatti
realizzati**

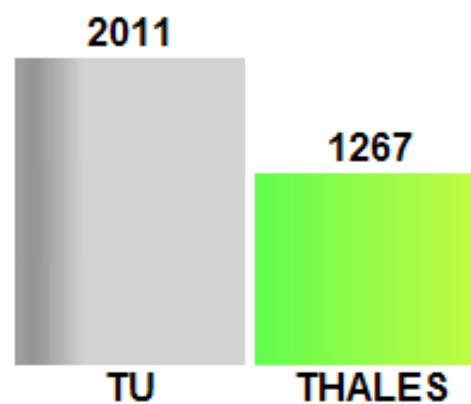


**Numero medio di farmaci
per contatto**



FARMACI PRESCRITTI

Numero totale di farmaci
prescritti



PRESCRIZIONI PER GRUPPO TERAPEUTICO

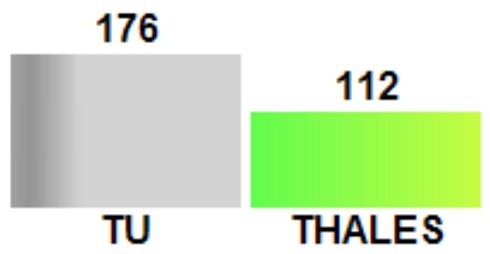
CARDIOVASCOLARI

Prescrizioni	TU	THALES
Ipolipidemizzanti	100	55.1
AntiDiabetici Orali	83	53
Antiipertensivi	513	336.1

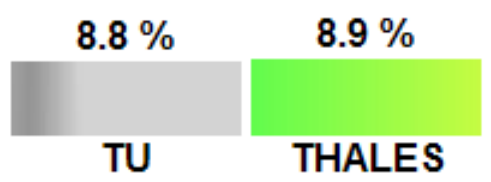
SISTEMA NERVOSO CENTRALE

Prescrizioni	TU	THALES
Antidepressivi	44	41.4
Ansiolitici	1	25.8
Ipnocici	0	12

Numero totale di Generici prescritti



Quota di Generici sul Totale farmaci prescritti



I 10 farmaci maggiormente prescritti

	TU	% sul Totale	THALES	% sul Totale
1	CARDIOASPIRIN	3.4%	CARDIOASPIRIN	3.1%
2	lansoprazolo	3%	lansoprazolo	1.8%
3	FURIFON	2.8%	FURIFON	1.5%



**Come vorrei
essere
valutato**



Valutazione “leale” e “utile”

- ◆ **Considerare la realta' globale**
 - Case mix assistiti
- ◆ **Riferimento alla salute del paziente**
 - Obiettivi linee guida
- ◆ **Completo calcolo dei costi**
 - Escludere spesa sicuramente indotta



Riferimento alla realta' "globale"

- ◆ **Quanti assistiti, sesso, eta'**
- ◆ **Quali assistiti**
 - Quali patologie
 - Quante patologie
- ◆ **Come trattati**
 - Quanti trattati per patologia
 - Quanti secondo LG
 - Quanti a "target"



Report solo economici

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1									
2	cognome e nome								
3	cognome/nome	xxx2							FARMACI
7									
8	codice regionale	yyy2							(confronto ASL)
9	distretto	Distr 04 - Valle Trompia							trattati 647
10	tipo medico	MMG	cod ass -->	zzz2					trattati / 100 assistiti pesati 34,6 39,9
11									prescrizioni 2.561
12									prescrizioni / trattato 4,0 3,7
13	ASSISTITI								prescrizioni / 100 assistiti pesati 137,0 147,4
14	classi di età	numero							
15	0 anni	1							
16	1-4 anni	4							
17	5-14 anni	47							
18	15-44 anni	628							
19	45-64 anni	534							
20	65-74 anni	188							
21	oltre 75 anni	101							
22	Totale assistiti	1.503							
23	Totale ass pesa:	1.869							
24									Indici di prezzo
25									importo medio prescrizione 33,94 27,6
									Indici di spesa
									importo 86.927,90
									importo / trattato 134,36 101,97
									importo / ass pesato 46,51 40,67
									Attribuibilità delle ricette (%)
									95 95,5



IL CHARLSON COMORBIDITY INDEX IN MEDICINA GENERALE

Consumo di risorse farmaceutiche 2012

Medici	n. pazienti trattati	spesa farmaceutica 2012 (euro)	spesa farmaceutica/trattato	scostamento dalla media
Medico A	1195	497316	416,1	1,18
Medico B	498	152633	306,4	0,87
Medico C	840	297002	353,5	1,00
Medico D	837	278100	332,2	0,94
media	-	-	352,1	1



IL CHARLSON COMORBIDITY INDEX IN MEDICINA GENERALE

Allocazione di risorse farmaceutiche ponderata per Case- Mix

			Spesa	
	Case Mix Individuale =Contributo % al Case Mix del gruppo	Spesa Farmaceutica osservata nel 2012 (in euro)	Farmaceutica attesa in base al case- Mix = (spesa complessiva del pool) x (Case Mix individuale)	Scostamento (Spesa osservata) / (Spesa attesa)
Medico A	0,497605959	497316	609592,6	0,81
Medico B	0,16385884	152633	200735,4	0,76
Medico C	0,175563043	297002	215073,6	1,38
Medico D	0,162972158	278100	199649,2	1,39
SOMMA	1	1225051	1225051	1

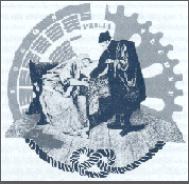
	Ipertensione senza diabete		Ipertensione con diabete	
<i>Gruppi terapeutici</i>	Senza eventi C.V.	Con eventi C.V.	Senza eventi C.V.	Con eventi C.V.
Antipertensivi	70.8	79.7	78.6	82.1
<i>ACE-inib.</i>	20.4 (<u>15</u>)	32.8 (<u>15.1</u>)	28.0 (<u>17.4</u>)	38.4 (<u>14.9</u>)
<i>Antagonisti atII</i>	12.0 (<u>12.4</u>)	13.0 (<u>12</u>)	15.6 (<u>14.6</u>)	18.0 (<u>12.8</u>)
<i>Betabloccanti</i>	20.5	33.0	10.2	34.7
<i>Diuretici</i>	15.7	27.2	19.9	33.3
<i>Ca-antagonisti (dp)</i>	17.9	26.6	25.2	32.4
Ipolipemizzanti	10.3	37.5	25.7	48.0
<i>Statine</i>	9.4	35.7	23.5	45.0
<i>Omega3</i>	0.9	6.3	2.0	8.7
Antiaggreganti piastrinici	15.4	59.3	32.4	64.8
Nessuna prescrizione	27.5	16.5	18.6	15.2



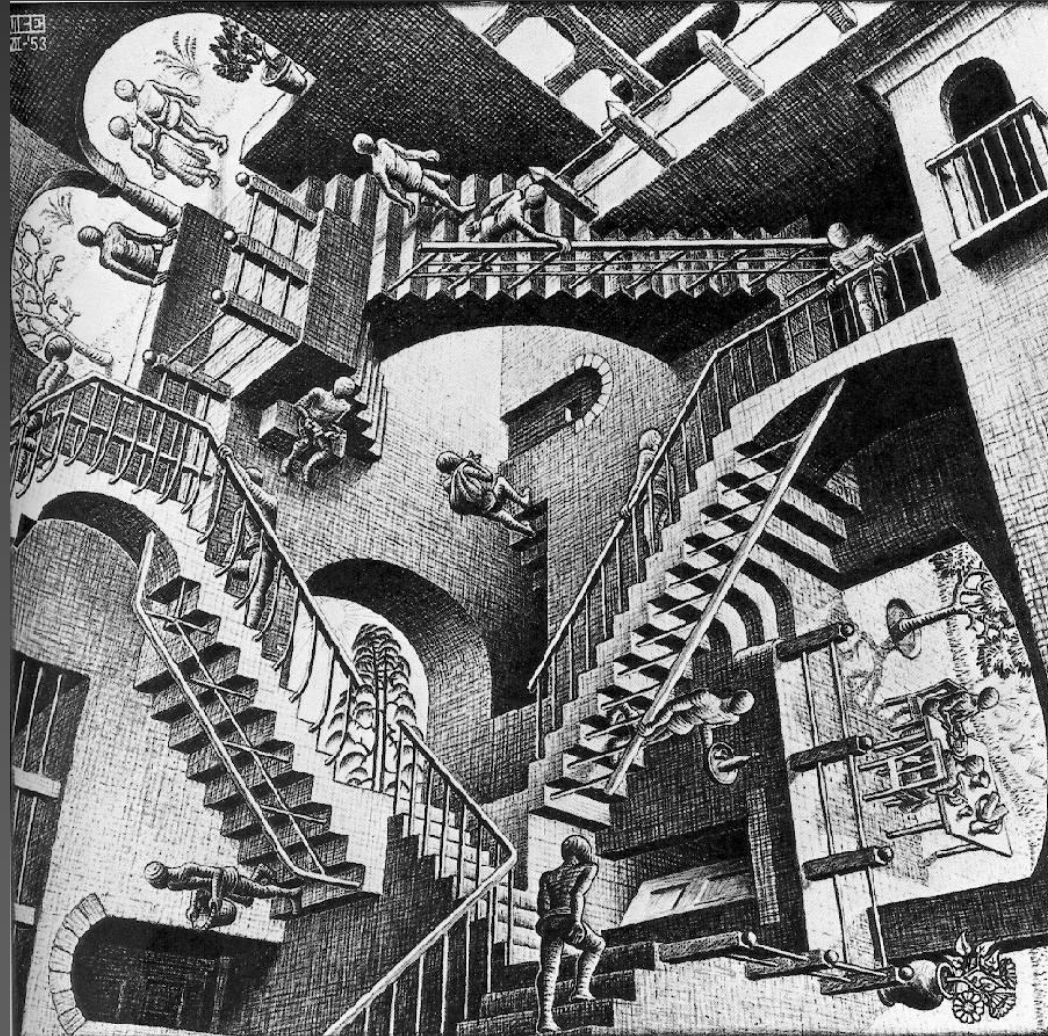
Riferimento alle linee guida

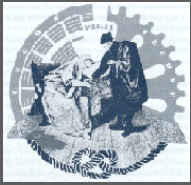
- ◆ Quanti pazienti necessitano una terapia?
- ◆ Quanti pazienti ricevono i farmaci raccomandati?
- ◆ Quanti pazienti raggiungono gli obiettivi raccomandati?





Soluzioni...





Verificare la possibilità di utilizzare gli indicatori già individuati e/o modificarli e/o individuarne di nuovi per:

- ◆ Costruire il case-mix della MG
- ◆ Coinvolgere in sequenza Regioni-ASL-Distretti (servizi farmaceutici) nel tentativo di costruire un data base della MG che contenga almeno i "motivi della prescrizione"



Verificare la possibilità di utilizzare gli indicatori già individuati e/o modificarli e/o individuarne di nuovi per:

- ◆ Costruire un progetto(anche prototipale) che contenga gli esiti della prescrizione e che tenga conto del case-mix della MG
- ◆ Stimolare il self-audit personale dei gruppi e dei medici di distretto



Verificare la possibilità di utilizzare gli indicatori già individuati e/o modificarli e/o individuarne di nuovi per:

- ◆ Premiare con Crediti ECM le riunioni di self-audit
- ◆ Smettere di incentivare i mmg sui risparmi farmaceutici
- ◆ Sperimentare incentivi su processi ed esiti di cura misurabili e misurati





Conclusioni

Il confronto tra i vari soggetti interessati alla prescrizione è inderogabile

La medicina generale, producendo dati e risultati concreti, può anticipare scelte regolatorie e diventare protagonista, forza vincolante, della politica sanitaria

Il SSN, pur con tutti i suoi limiti, garantisce cure di base a tutti i cittadini. Razionalizzare le risorse significa offrire al paziente la possibilità di ricevere un più alto livello di cura.