



2016 MOTORE
SANITÀ
OSPEDALE e
TERRITORIO

**LA GOVERNANCE
DELL'INNOVAZIONE
IN VENETO:
QUALI NUOVI
SCENARI NELLA
GESTIONE
DELL'EPATITE C**

4 NOVEMBRE 2016 PADOVA
AULA MAGNA PALAZZINA DEI SERVIZI
AZIENDA OSPEDALIERA
VIA GIUSTINIANI 2

Dr. Alfio Capizzi

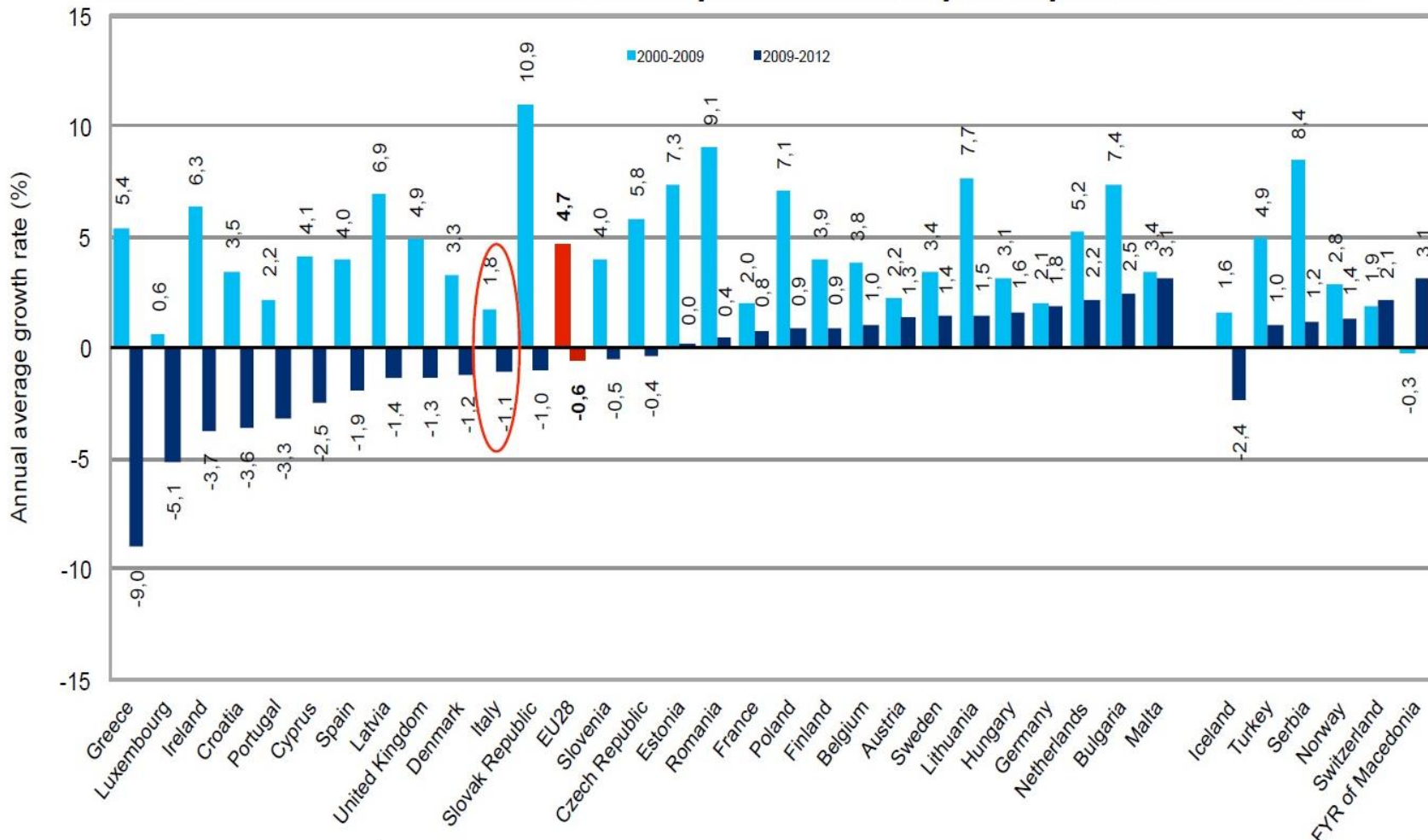
Coordinatore

NUCLEO REGIONALE DI CONTROLLO



Evoluzione della spesa nei Paesi europei tra 2000 e 2012

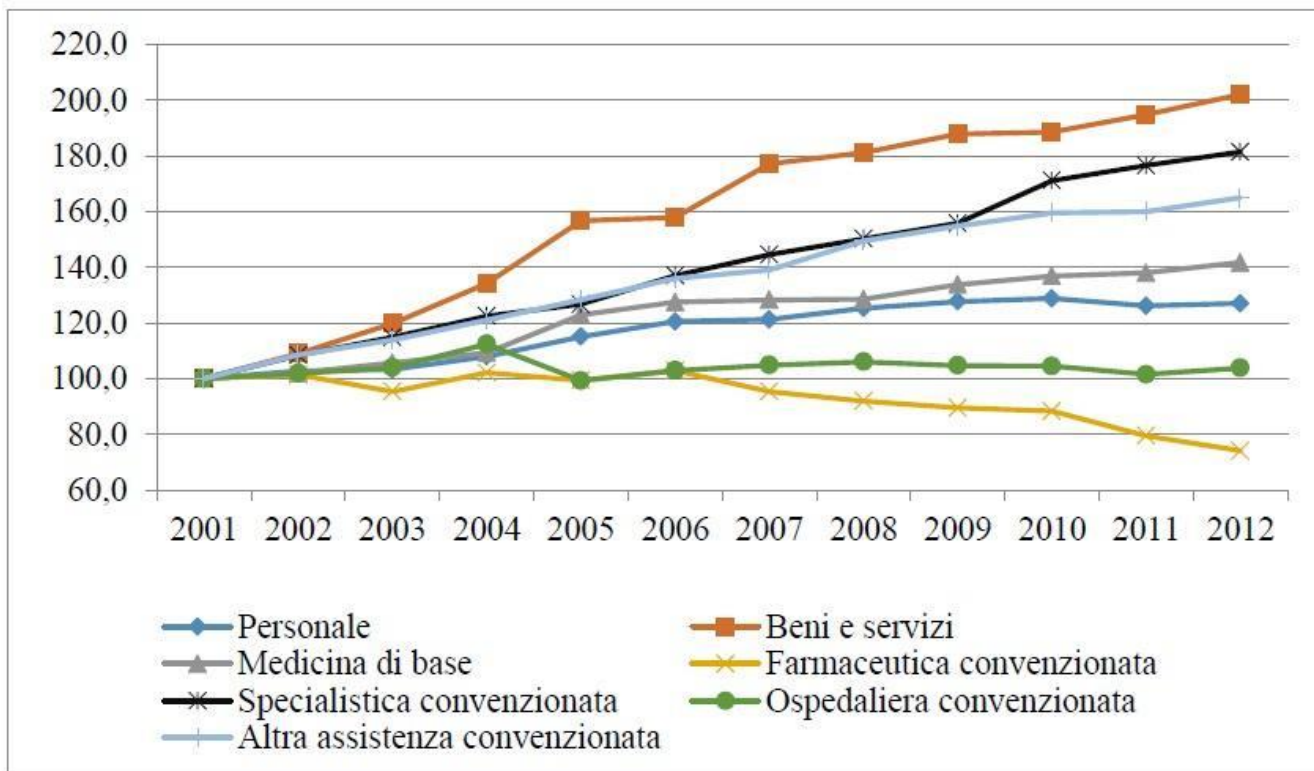
Tasso di crescita medio annuo della spesa sanitaria pro-capite in termini reali





Appropriatezza e sostenibilità

Spesa sanitaria pubblica per funzioni. Numeri indice (2001 = 100), anni 2001-2012

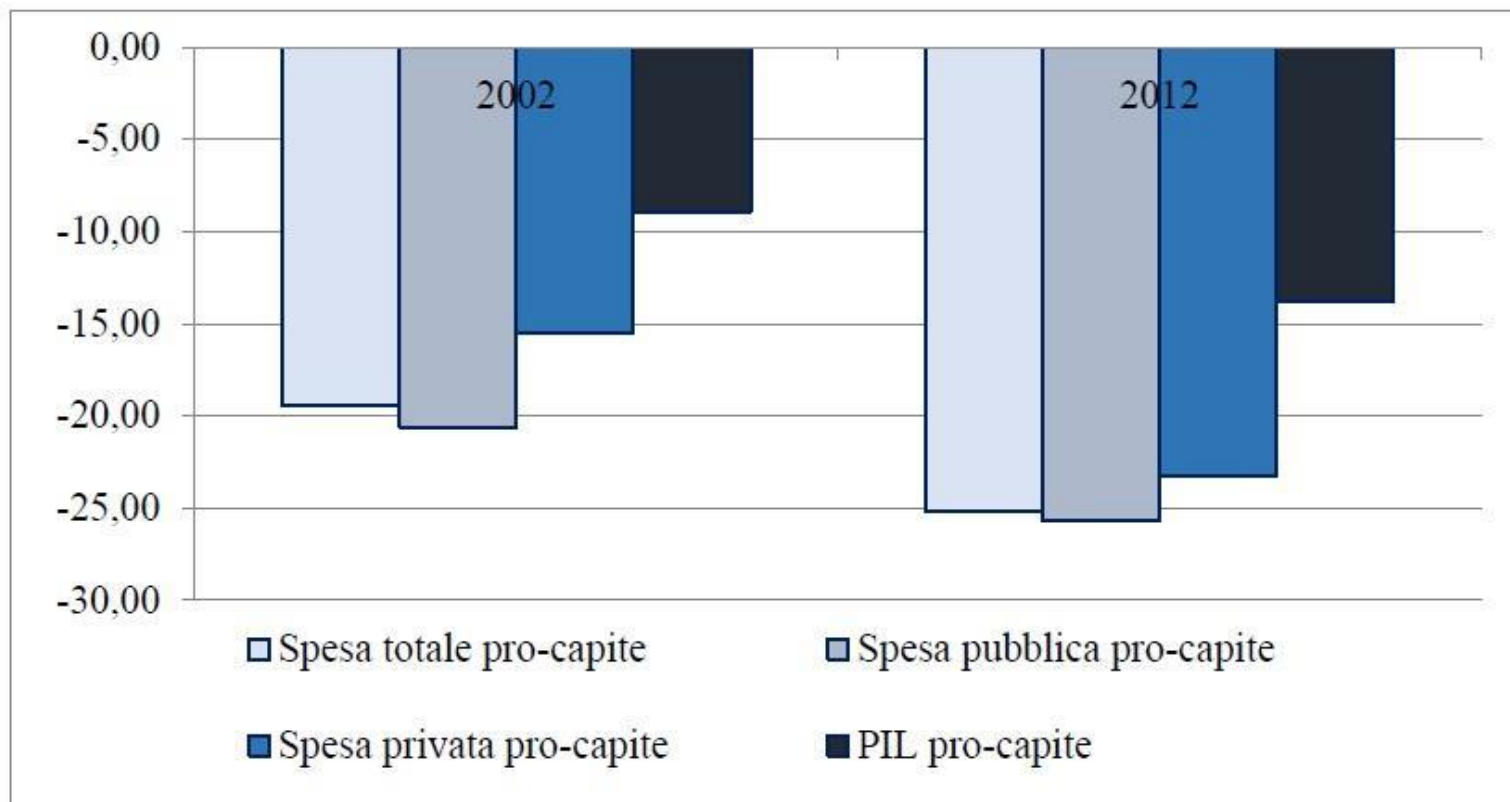


Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e Istat



Spesa sanitaria totale, pubblica, privata e PIL pro-capite. *Gap* Italia vs. EU

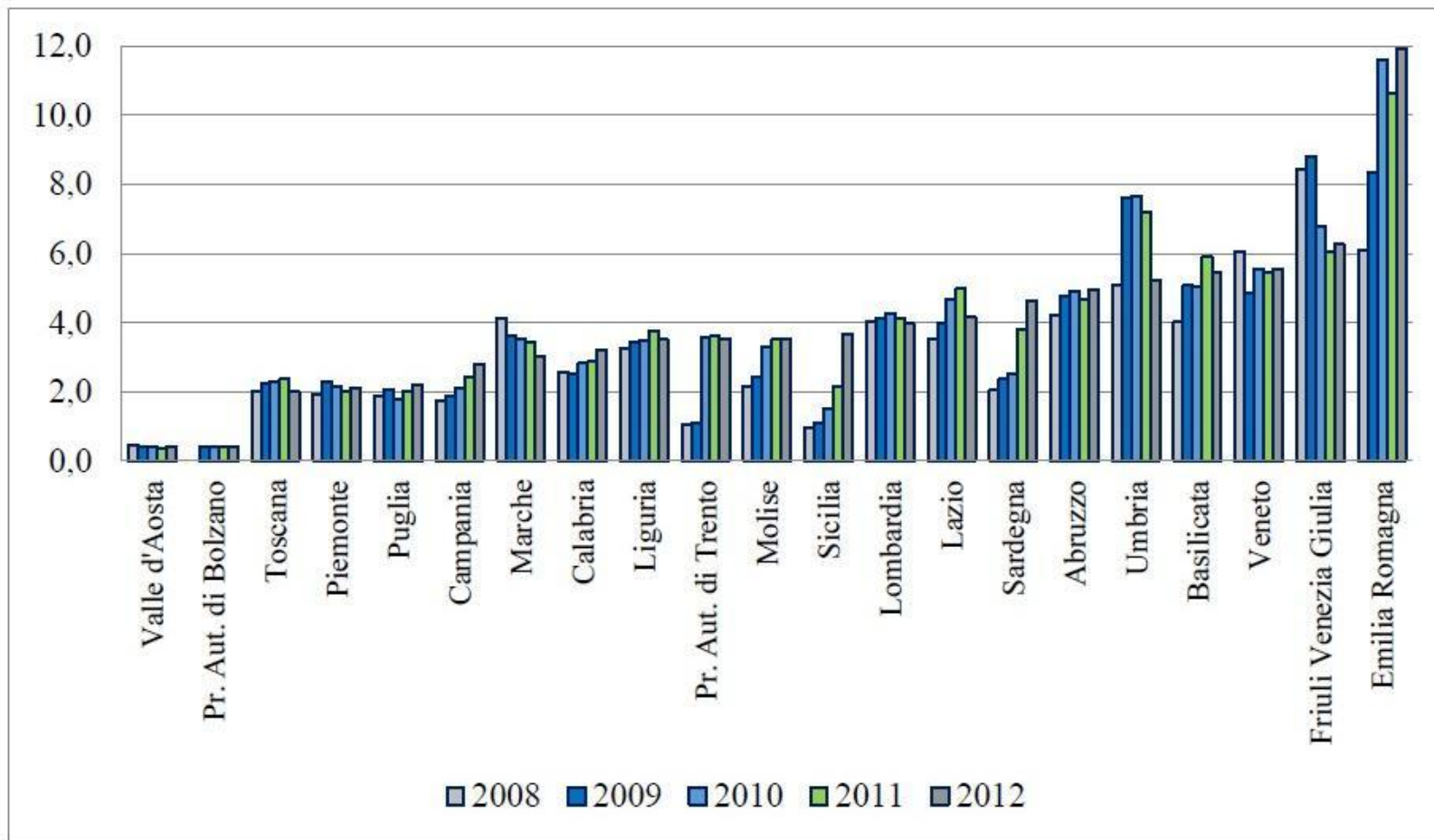
Valori %, anni 2002 e 2012



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati OECD 2014



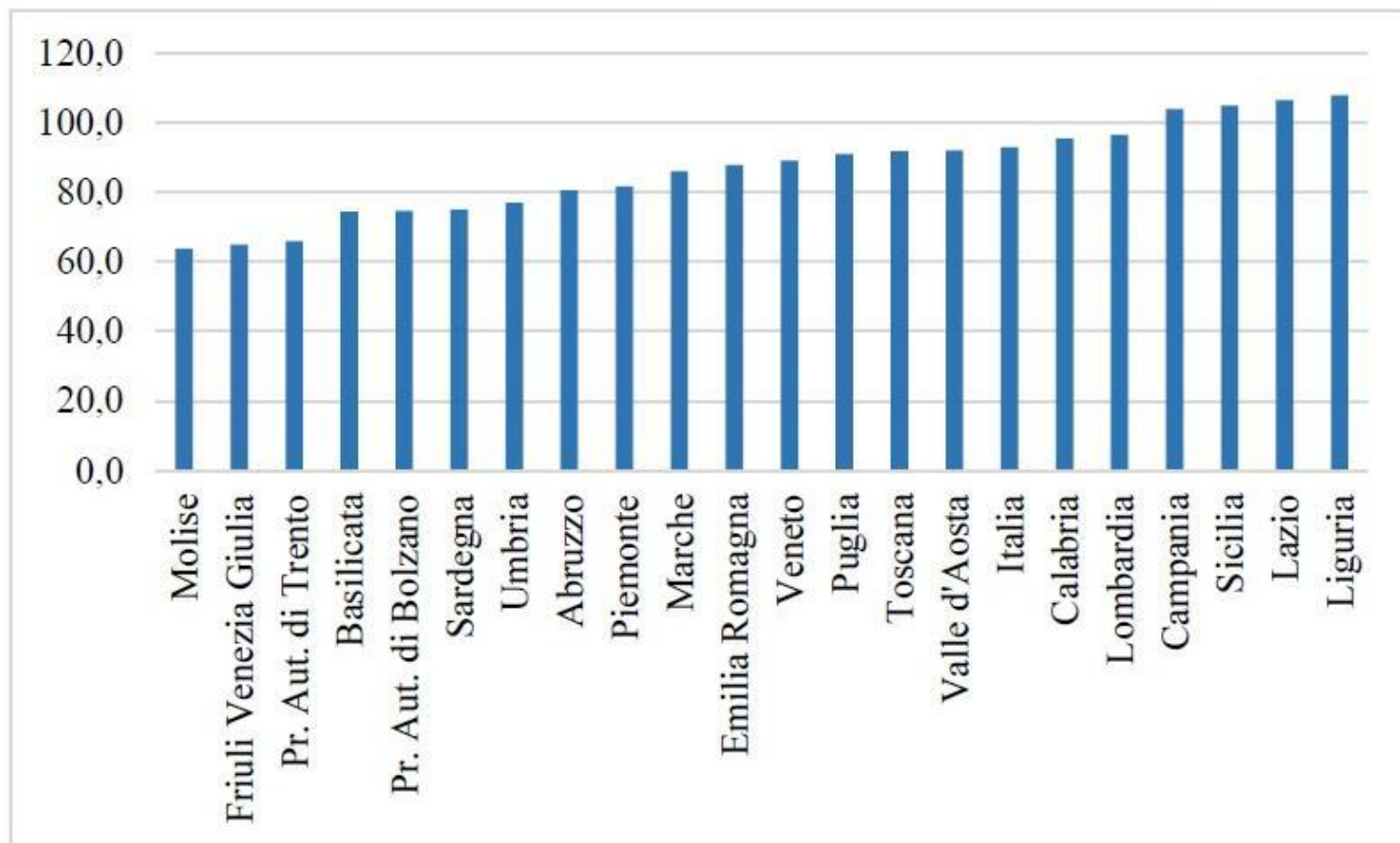
Quota *over 65* in assistenza domiciliare integrata (ADI). Valori %, anni 2008-2012



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute



Spesa farmaceutica (con prescrizione) privata - Pro-capite (€), anno 2013

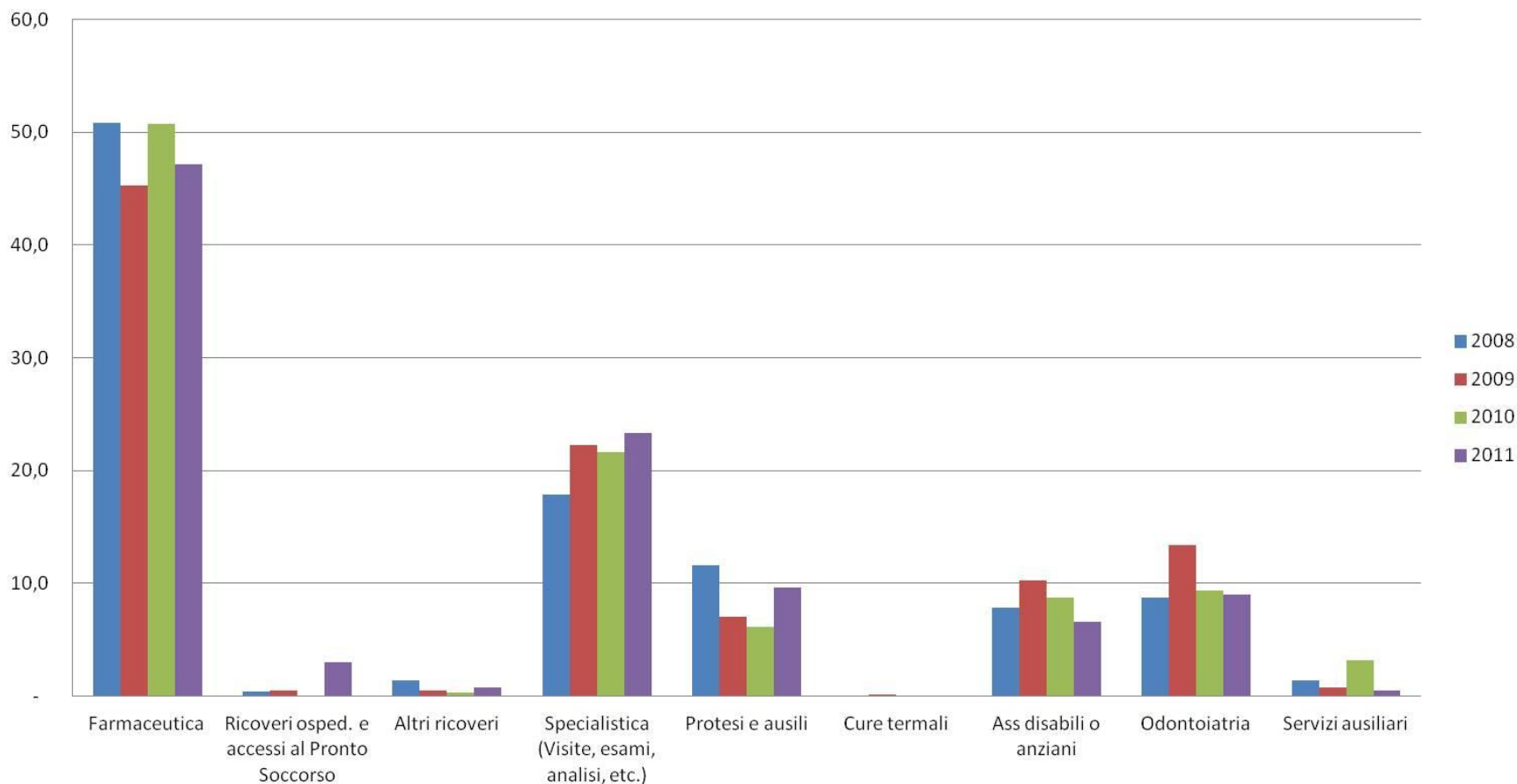


Fonte: OsMed



Spesa socio-sanitaria OOP delle famiglie impoverite: composizione percentuale Valore in%

Fonte: Elaborazione su dati ISTAT



Strumenti di governo della domanda

Potenziamento della prevenzione e degli incentivi per modificare gli stili di vita e controllare i fattori di rischio con nuove modalità (es: *Nudging*)

Promuovere invecchiamento “attivo” e “in buona salute”.

Migliorare le funzioni di orientamento e selezione della domanda:

- Potenziamento della medicina territoriale
- Migliore comunicazione tra paziente e professionista sanitario con *empowerment* dei cittadini-utenti
- Standard e criteri di appropriatezza (linee guida EBM, PDTA; es: iniziative “*Choosing Wisely*” negli USA e “*Slow Medicine*” in Italia)
- Gestione delle liste di attesa con criteri di prioritizzazione (es: RAO – Raggruppamenti di Attesa Omogenei; *Priority Scores*)

Strumenti di governo dell’offerta

Definizione esplicita e aggiornamento delle prestazioni rientranti nella copertura pubblica attraverso un’attenta valutazione dell’efficacia e dei costi delle nuove tecnologie

Promuovere *Health Technology Assessment (HTA)* e Analisi Costo-Efficacia, approcci multidisciplinari basati su EBM

Sviluppare nuovi modelli di assistenza socio-sanitaria in risposta ai trend demografici ed epidemiologici:

- modelli di assistenza centrati sul paziente (**coordinamento ospedale-territorio**, *Disease/Case Management*, *Chronic Care Model*, *LTC Model*)
- potenziamento di: *day hospital* e *day surgery*; telemedicina; cure domiciliari
- **potenziare integrazione socio-sanitaria** (cooperazione tra ASL e enti locali)
- azioni congiunte per ridurre i fattori di rischio (economici, sociali e ambientali) di un determinato territorio

Modificare incentivi dei “fornitori” pubblici e privati per promuovere efficienza, efficacia e appropriatezza:

- *spending review* “dal basso” (eliminare sprechi; promuovere appropriatezza organizzativa; ridefinire processi di acquisto e rapporti con i fornitori)
- pagamenti “P4P” (*Pay for Performance*)
- sistemi di finanziamento prospettico basati su costi standard
- riformare la disciplina della responsabilità medica per ridurre medicina difensiva

Azioni trasversali (informazione; formazione)

- monitoraggio, valutazione e informazione sulle performance dei servizi
- formazione organizzativo-gestionale dei dirigenti



Appropriatezza e sostenibilità

LIBRO BIANCO
della
GASTROENTEROLOGIA ITALIANA



sintesi del documento

MALATTIE DEL FEGATO

Epatiti croniche virali

Prevalenza: Circa 2,5 milioni di Italiani con infezione da virus B e C;

>80% dei casi di cirrosi epatica causata o con-causata da infezione cronica da virus epatitico: HCV nel 65-70%; HBV nel 10-15%

Livello di assistenza: percorsi diagnostici anche invasivi, in day-hospital; follow-up ambulatoriale, a lungo termine; l'evoluzione delle epatiti croniche in cirrosi e possibilmente in tumore primitivo del fegato comporta ricoveri ordinari e in urgenza



Appropriatezza

**È una caratteristica di qualità
di un intervento/prestazione sanitaria**

“dal vocabolario della lingua italiana”: **APPROPRIATO**

**ADEGUATO ALLE
CIRCOSTANZA O AL
FINE**



conveniente

adatto

OPPORTUNO



Appropriatezza





Appropriatezza

Appropriatezza clinica o specifica ossia la misura in cui un particolare intervento è sia efficace sia indicato per la persona che lo riceve. Perché un intervento sia appropriato è necessario che i benefici attesi siano superiori ai possibili effetti negativi e ai disagi derivabili dal suo impiego

Appropriatezza organizzativa o generica appropriatezza del livello di effettuazione ovvero se una prestazione (che può essere più o meno appropriata dal punto di vista dell'appropriatezza clinica o specifica) viene erogato al livello corrispondente di complessità organizzativa e di bisogno assistenziale.



IN-Appropriatezza

una prestazione **INAPPROPRIATA** è :

- **non efficace**
- **non resa** (una prestazione efficace)
- prestazione efficace resa **non in quantità adeguata** alle necessità della persona
- resa ad un **livello assistenziale inferiore o superiore** alle necessità della persona



Normativa

1° gennaio 1995: introduzione del sistema di pagamento mediante tariffe predeterminate per prestazione (DRG) per le prestazioni di assistenza ospedaliera

18 aprile 1995: il Ministero della Salute emana le Linee Guida sulle Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera che sottolineano “.....l’esigenza di sviluppare appropriati sistemi di controllo.....relativamente al comportamento degli erogatori, pubblici e privati.....A tale proposito deve considerarsi prioritario ed urgente il conseguimento dei seguenti obiettivi: **l’appropriatezza del ricovero, valutata su base campionaria, nei singoli erogatori attraverso il ricorso a specifici protocolli di valutazione**, al fine di individuare eventuali comportamenti orientati a moltiplicare inappropriatamente le prestazioni”



D.lgs. n.229 del 19 giugno 1999

Attivazione di un sistema di monitoraggio e controllo sul rispetto degli accordi contrattuali, sulla qualità dell'assistenza e **sull'appropriatezza delle prestazioni rese**

Appropriatezza organizzativa

"Sono posti a carico del SSN le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate"

Appropriatezza clinica

Dpcm 29.11.2001 definizione dei livelli essenziali di assistenza

Punto 4.3 "Le Regioni disciplinano i criteri e le modalità per contenere il ricorso e l'erogazione di prestazioni, che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nella utilizzazione delle risorse anche tenendo conto delle indicazioni riportate nell'allegato 2C"

ALLEGATO 2 C : Prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato, o per le quali occorre comunque individuare modalità più appropriate di erogazione



Patto per la salute per gli anni 2010-2012 (3 dicembre 2009)

Articolo 6:

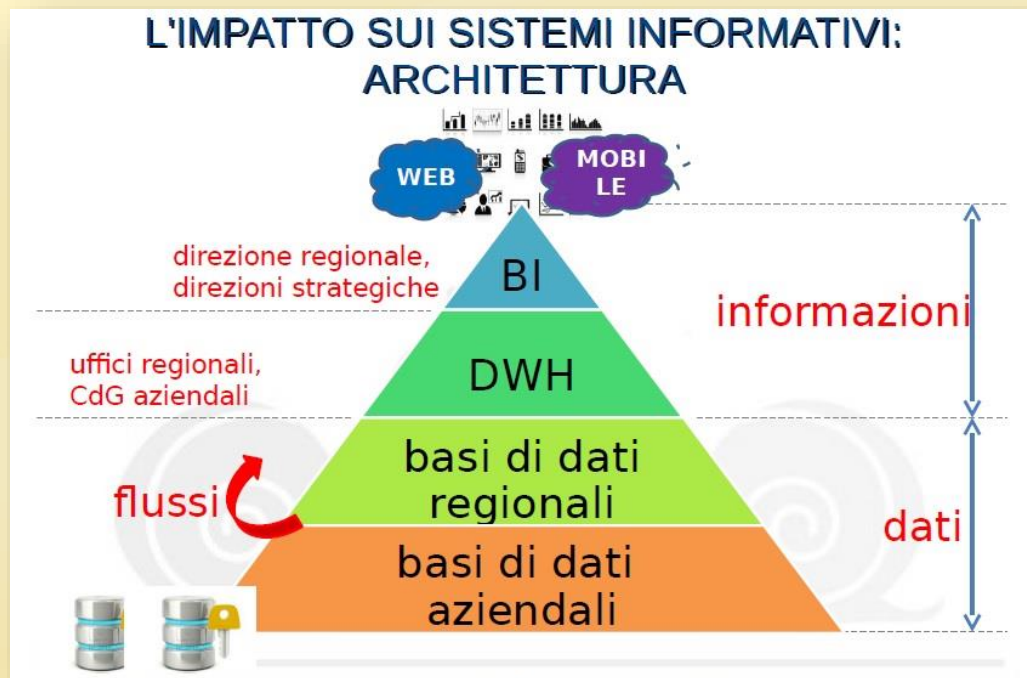
Razionalizzazione della rete ospedaliera e incremento dell'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri:
integrazione lista allegato 2 C





Valutazione Appropriata Organizzativa

□ Cartelle Cliniche



□ Dati amministrativi



Misurare l'Appropriatezza

GLI INDICATORI UTILIZZATI PER MISURARE L'OSPEDALE

GOVERNO DELLA DOMANDA

- Tasso ospedalizzazione Ricoveri Ordinari per acuti per 1.000 residenti
- Tasso ospedalizzazione globale per acuti per 1.000 residenti
- Tasso ospedalizzazione Day Hospital per acuti per 1.000 residenti
- Peso medio Drg Ricoveri Ordinari

EFFICIENZA

- Indice di performance degenza media per acuti – Drg chirurgici
- Indice di performance degenza media per acuti
- Indice di performance degenza media per acuti – Drg medici
- Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati

APPROPRIATEZZA CHIRURGICA

- % Drg medici da reparti chirurgici

- % colicistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e Ricoveri Ordinari 0-1 gg
- Drg Lea Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery e ordinari 0-1 giorno

APPROPRIATEZZA MEDICA

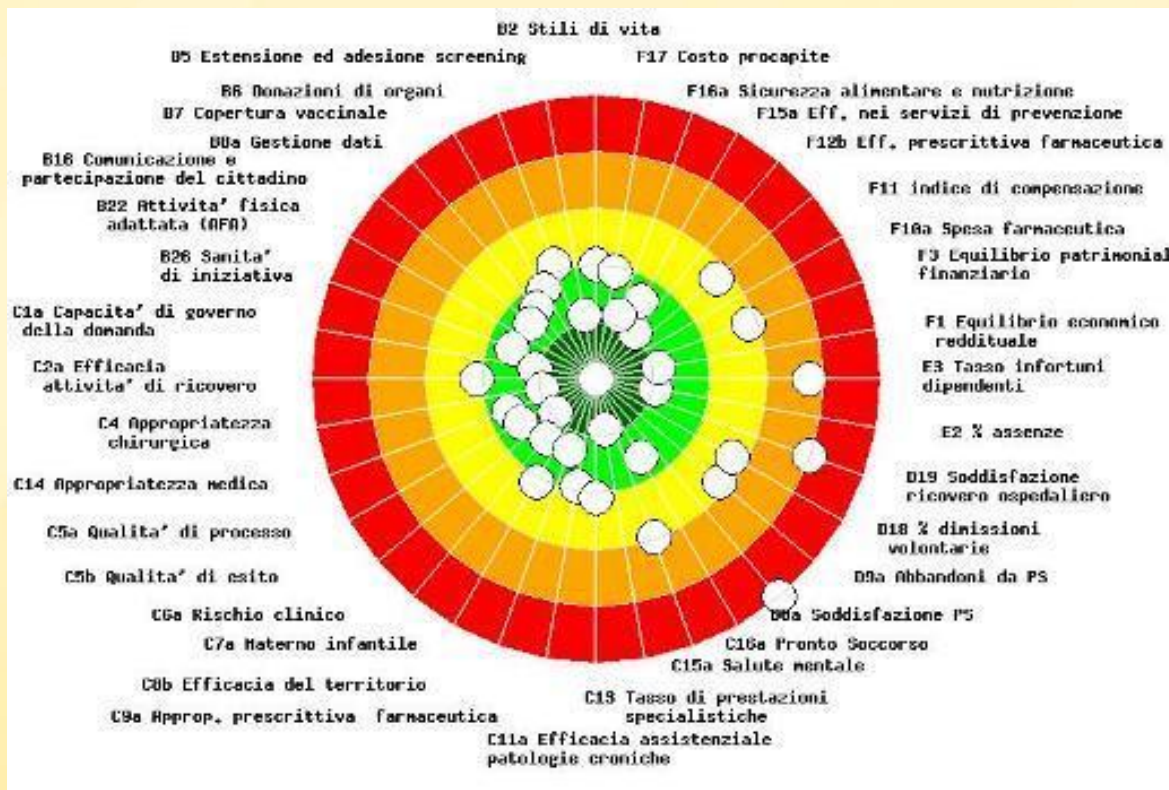
- Drg Lea medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti
- % di ricoveri ordinari medici brevi
- % di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica

QUALITÀ CLINICA

- % cesarei
- % di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per stessa Mdc corretto per lo scostamento dal tasso di ospedalizzazione RO per acuti nazionale
- % di ricoveri ripetuti entro 30 giorni
- % ricoveri medici ripetuti entro 30 giorni
- % ricoveri chirurgici ripetuti entro 30 giorni
- % fratture femore operate in 2 giorni
- % di fughe in punti Drg

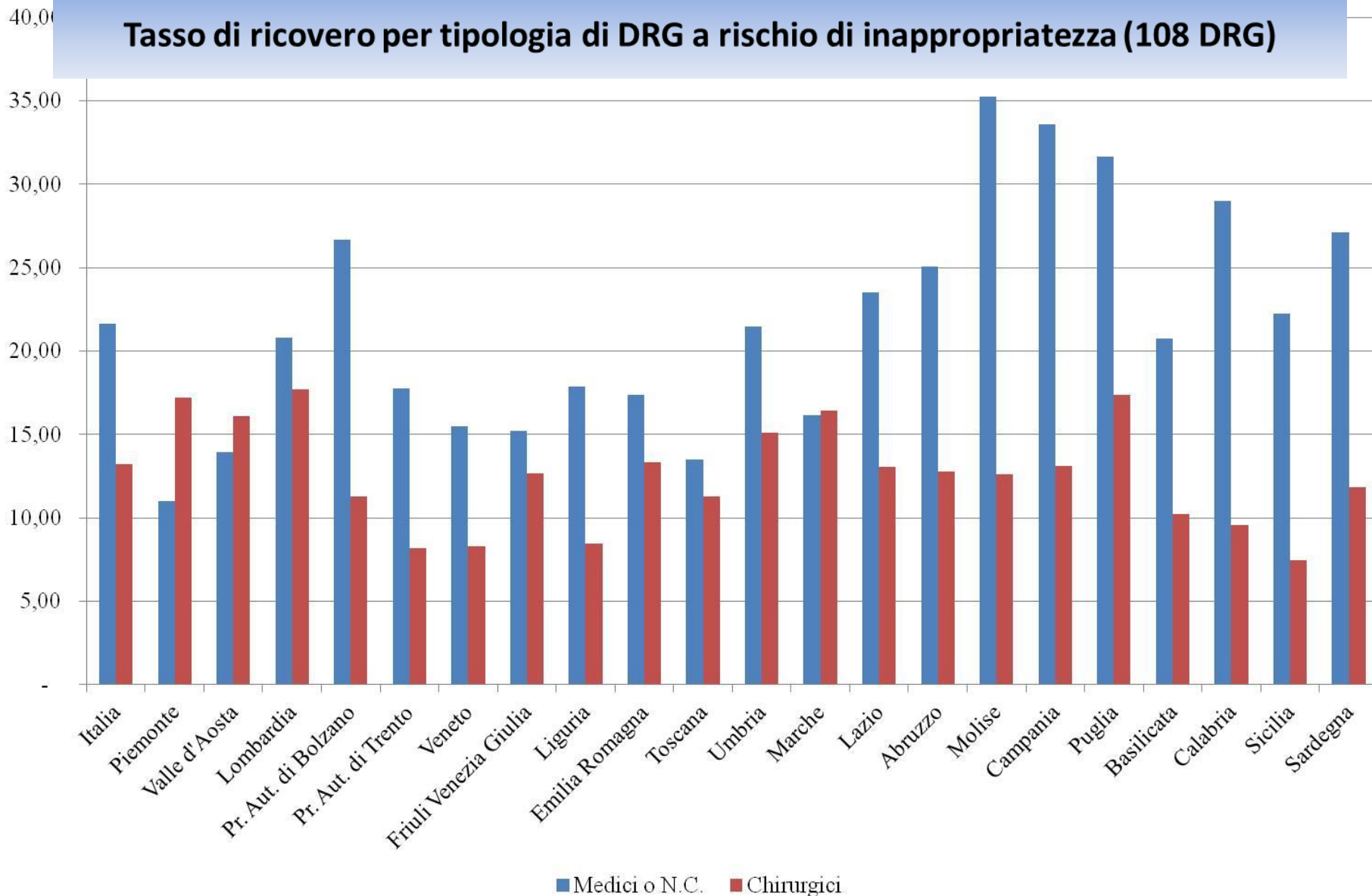


Misurare l'Appropriatezza





Tasso di ricovero per tipologia di DRG a rischio di inappropriatelyzza (108 DRG)





Appropriatezza e sostenibilità

Tipologia di prestazione	Pagamento
Prestazioni ambulatoriali	Tariffa per prestazione
Ricoveri ordinari	Tariffa DRG
Ricoveri in day hospital	Tariffa DRG
Riabilitazione	Giornata di degenza
Psichiatria ospedaliera e residenziale	Prestazioni



DRG e SDO

- Il **Diagnosis-related group** o più semplicemente **DRG** è l'equivalente in italiano **Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi** oppure **ROD**.
- E' un sistema che permette di classificare tutti i pazienti dimessi da un ospedale (ricoverati in regime ordinario o day hospital) in gruppi omogenei per assorbimento di risorse impegnati (**isorisorse**). Tale aspetto permette di quantificare economicamente e quindi di remunerare ciascun episodio di ricovero.
- Una delle finalità del sistema è quella di controllare e contenere la spesa sanitaria.



DRG e SDO

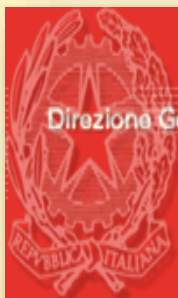
- Il sistema dei DRG si basa fundamentalmente su un sistema di diagnosi, omogenee per assorbimento di risorse. Sono contraddistinti da un numero a tre cifre ricompreso da 001 a 579 per un totale di 538 DRG nella attuale versione in uso in Italia dal 01.01.2009 (*versione 24.0*).
- A loro volta i DRG sono raggruppati in **MDC** (Major Diagnostic Category – Categorie diagnostiche Maggiori) in numero di 25 individuate e suddivise con un criterio clinico-anatomico.
- Ognuno dei 538 DRG è ricompreso nella sua MDC (ad esempio, i DRG da 170 a 184 e da 188 a 208 che caratterizzano patologie e interventi riguardanti il sistema digerente sono ricompresi nelle MDC 6 e 7).



DRG e SDO

Il DRG viene attribuito ad ogni paziente dimesso da una struttura ospedaliera tramite un software chiamato *DRG-grouper* mediante l'utilizzo di poche variabili specifiche del paziente: età, sesso, tipo di dimissione, diagnosi principale, diagnosi secondarie, procedure/interventi chirurgici.

Tali variabili sono utilizzate dal software "DRG-grouper" a seguito della compilazione, da parte del medico responsabile della dimissione, della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) presente in tutte le cartelle cliniche dei dimessi dalla struttura ospedaliera e inserita in un tracciato informatizzato.



MINISTERO DEL LAVORO, DELLA SALUTE E DELLE POLITICHE SOCIALI

Dipartimento della qualità

Direzione Generale della Programmazione sanitaria dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema

CLASSIFICAZIONE DELLE MALATTIE, DEI TRAUMATISMI, DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI E DELLE PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE

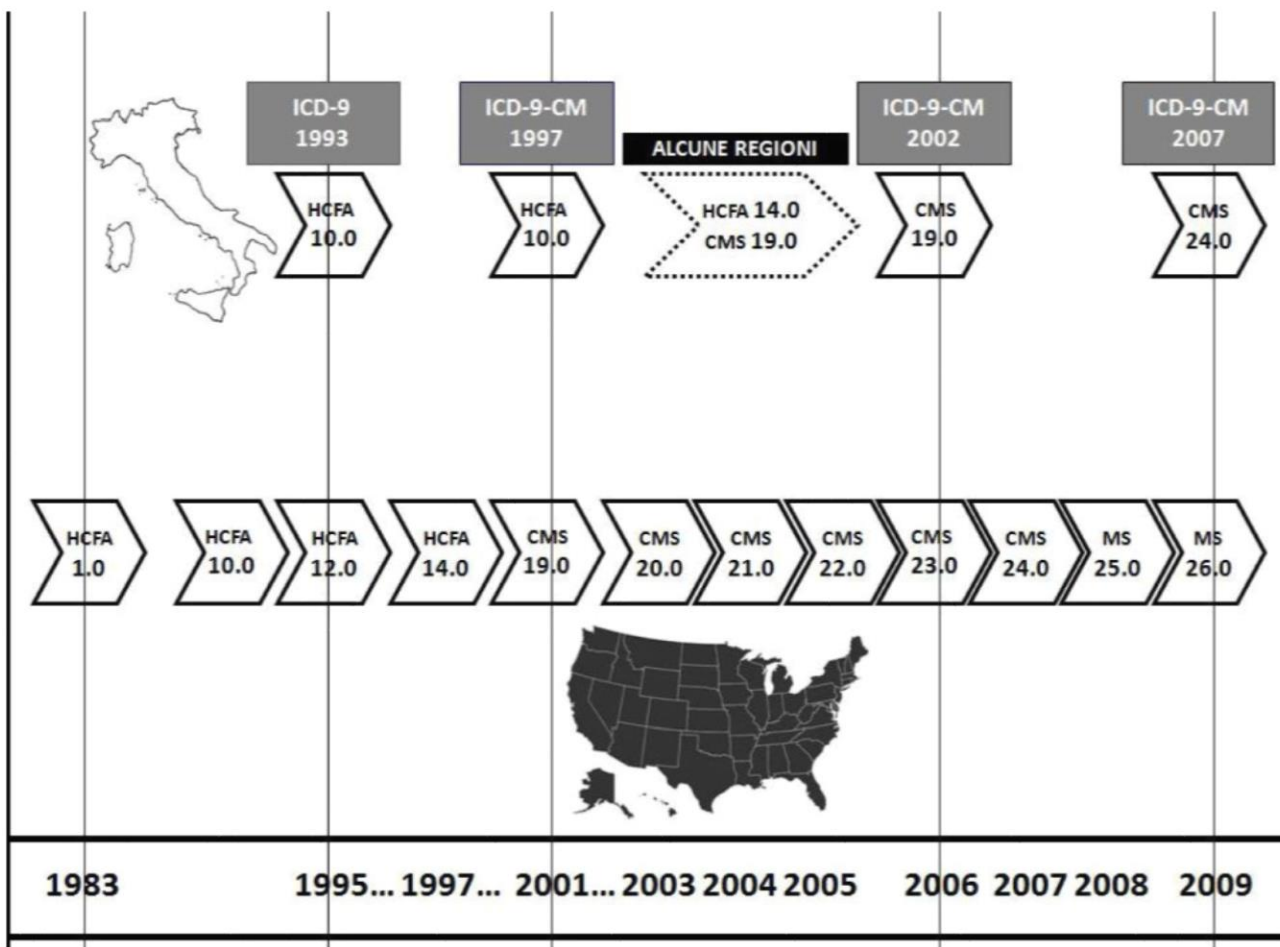
VERSIONE ITALIANA DELLA ICD-9-CM
International Classification of Diseases
9th revision - Clinical Modification 2007

- ▶ **Presentazione**
- ▶ **La Classificazione ICD-9-CM**
- ▶ **Indice alfabetico delle malattie e dei traumatismi**
- ▶ **Elenco sistematico della malattie e dei traumatismi**
- ▶ **Indice alfabetico della classificazione degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche**
- ▶ **Elenco sistematico della classificazione e degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche**

Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato - Libreria della Stato



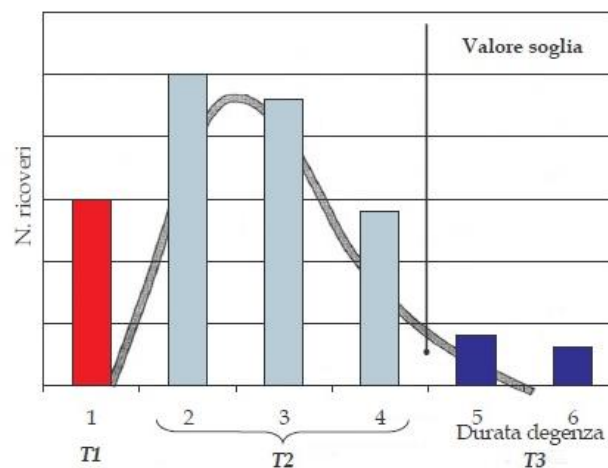
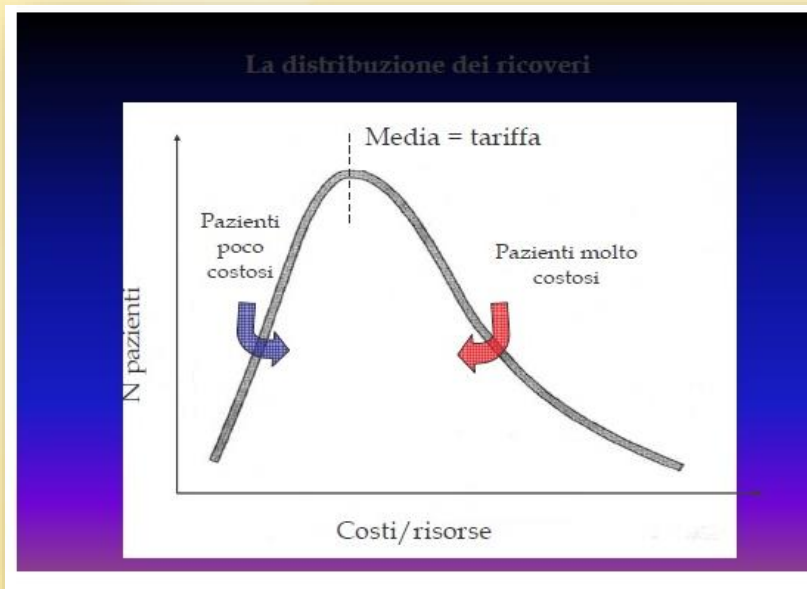
Evoluzione del sistema DRG: USA *versus* Italia





Tariffe DRG

- Ad ogni DRG corrisponde una tariffa con la quale viene pagata la struttura per quel paziente trattato.
- Le MDC sono divise in mediche e chirurgiche, in quanto le chirurgiche hanno un costo maggiore.





TARIFFAZIONE DEI RICOVERI

- DGRV 1805/2011
- DGRV 437/2012





Deliberazioni della Giunta Regionale N. 1805 del 08 novembre 2011

Aggiornamento delle tariffe e delle regole del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate nelle strutture pubbliche e private accreditate.

166	6	C	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata con CC	C	3.956,95	3.956,95	3.956,95	17	138,15	1,16389
167	6	C	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC	C	2.218,22	2.218,22	2.218,22	5	138,15	0,81018
168	3	C	Interventi sulla bocca con CC	D	3.695,07	3.695,07	3.695,07	23	138,15	1,05196
169	3	C	Interventi sulla bocca senza CC	D	2.270,90	2.270,90	2.270,90	7	138,15	0,90134
170	6	C	Altri interventi sull'apparato digerente con CC	B	9.730,02	9.730,02	9.730,02	54	138,15	2,68063
171	6	C	Altri interventi sull'apparato digerente senza CC	C	4.088,11	4.088,11	4.088,11	24	138,15	1,67495
172	6	M	Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	C	4.092,09	200,00	200,00	44	138,15	1,49417
173	6	M	Neoplasie maligne dell'apparato digerente senza CC	C	2.328,33	200,00	200,00	31	138,15	0,89389
174	6	M	Emorragia gastrointestinale con CC	C	2.638,64	200,00	200,00	24	138,15	1,05992
175	6	M	Emorragia gastrointestinale senza CC	C	1.963,96	200,00	200,00	17	138,15	0,65619
176	6	M	Ulcera peptica complicata	C	3.215,21	200,00	200,00	27	138,15	1,0127
177	6	M	Ulcera peptica non complicata con CC	C	2.244,24	200,00	200,00	22	138,15	0,97695
178	6	M	Ulcera peptica non complicata senza CC	C	1.833,83	200,00	200,00	20	138,15	0,71852
179	6	M	Malattie infiammatorie dell'intestino	C	3.436,43	200,00	200,00	27	138,15	1,05862
180	6	M	Occlusione gastrointestinale con CC	C	2.714,71	200,00	200,00	27	138,15	0,88684
181	6	M	Occlusione gastrointestinale senza CC	C	1.785,78	200,00	200,00	17	138,15	0,56142
182	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età >17 anni con CC	C	1.949,01	200,00	200,00	24	138,15	0,76807
183	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	D	1.164,33	200,00	200,00	14	138,15	0,55675
184	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	D	1.101,82	200,00	200,00	7	138,15	0,30144
185	3	M	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età > 17 anni	C	2.590,59	200,00	200,00	17	138,15	0,66211
186	3	M	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età < 18 anni	C	1.453,45	200,00	200,00	10	138,15	0,46009
187	3	M	Estrazioni e riparazioni dentali	D	843,07	200,00	200,00	10	138,15	0,53004
188	6	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni con CC	C	2.703,70	200,00	200,00	31	138,15	1,00344
189	6	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	D	887,62	200,00	200,00	13	138,15	0,52238
190	6	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età < 18 anni	C	2.179,18	200,00	200,00	7	138,15	0,37835
191	7	C	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	A	22.364,35	22.364,35	22.364,35	50	138,15	3,55992



Deliberazioni della Giunta Regionale N. 1805 del 08 novembre 2011

Aggiornamento delle tariffe e delle regole del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate nelle strutture pubbliche e private accreditate.

192	7	C	Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC	A	8.368,40	8.368,40	8.368,40	31	138,15	2,59656
193	7	C	Interventi sulle vie biliari eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	A	14.630,72	14.630,72	14.630,72	54	138,15	3,60854
194	7	C	Interventi sulle vie biliari, eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	B	8.312,36	8.312,36	8.312,36	40	138,15	2,98715
195	7	C	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune con CC	B	10.045,86	10.045,86	10.045,86	42	138,15	2,47763
196	7	C	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune senza CC	B	6.100,42	6.100,42	6.100,42	31	138,15	2,19183
197	7	C	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	B	5.946,77	5.946,77	5.946,77	38	138,15	2,47523
198	7	C	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	C	3.123,12	3.123,12	3.123,12	21	138,15	1,55459
199	7	C	Procedure diagnostiche epatobiliari per neoplasie maligne	B	8.683,68	8.683,68	8.683,68	37	138,15	2,26556
200	7	C	Procedure diagnostiche epatobiliari non per neoplasie maligne	B	10.107,10	10.107,10	10.107,10	53	138,15	2,73057
201	7	C	Altri interventi epatobiliari o sul pancreas	B	11.106,75	11.106,75	11.106,75	76	138,15	2,87429
202	7	M	Cirrosi e epatite alcolica	C	3.832,83	200,00	200,00	30	138,15	1,2862
203	7	M	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	C	3.972,97	200,00	200,00	41	138,15	1,28252
204	7	M	Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	C	3.790,79	200,00	200,00	27	138,15	1,05185
205	7	M	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica con CC	C	3.607,48	200,00	200,00	30	138,15	1,1589
206	7	M	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	D	1.688,65	200,00	200,00	24	138,15	0,82364
207	7	M	Malattie delle vie biliari con CC	C	2.854,35	200,00	200,00	30	138,15	1,16198
208	7	M	Malattie delle vie biliari senza CC	D	1.329,71	200,00	200,00	20	138,15	0,66813
210	8	C	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	B	7.897,04	7.897,04	7.897,04	36	138,15	2,09425
211	8	C	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	C	4.850,91	4.850,91	4.850,91	28	138,15	1,71741
212	8	C	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età < 18 anni	C	3.879,88	3.879,88	3.879,88	20	138,15	1,50075



I problemi del sistema DRG

CLASSIFICAZIONE ICD-9-CM



- Classif. ICD-9-CM non esaustiva I/P utilizzati nella pratica clinica
- Classif. ICD-9-CM datata identificando I/P obsolete
- Classif. ICD-9-CM non contempla esaustivamente le tecniche mini-invasive
- Classif. ICD-9-CM inadeguata per la pratica clinica ed organizzativa italiana



I problemi del sistema DRG

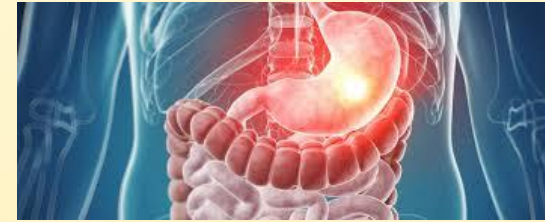
AZIONI		RISCHI
Riduzione durata degenza		Rischio dimissione intempestiva
Aumento n. ricoveri cat. A/B		Rischio aumento ricoveri inappropriati
Selezione pazienti		Rischio equità SSN
Frammentazione ricoveri		Inappropriatezza clinica/organizzativa
Manipolazione SDO		«Crippling»



183	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA MALATTIE GASTROENTERICHE APPARATO DIGERENTE, ETÀ >17 NO CC	81
184	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA MALATTIE GASTROENTERICHE APPARATO DIGERENTE, ETÀ 0-17 (ECETTO URGENZE)	43
187	ESTRAZIONE E RIPARAZIONE DENTARIA	23
189	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 SENZA CC	42
206	MALATTIE DEL FEGATO ECETTO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI, EPATITE ALCOLICA, SENZA CC	44
208	MALATTIE DELLE VIE BILIARI (ECETTO URGENZE)	71



Appropriatezza





Appropriatezza



Tabella 7.1 Prime cinque diagnosi principali (MDC 6 e 7)

ICD-IX	Descrizione	Ricoveri	dmd	2006/03
7889.00	Dolore addominale di sede non specificata	43.992	3,2	-1%
571.05	Cirrosi epatica senza menzione di alcool	33.896	10,3	+9%
577.00	Pancreatite acuta	19.095	10,2	-9%
560.09	Occlusione intestinale non specificata	19.002	7	-7%
558.09	Altra e non specificata gastroenterite e colite non infettiva	18.712	4,8	-5%



Appropriatezza



tabella 2: le prime 5 diagnosi di dimissione (DRG) nelle Unità Operative di gastroenterologia relative ai ricoveri dell'anno 2006 (10)

N°	DRG	Descrizione	Ricoveri	%	dmd	Peso
1	202	Cirrosi ed epatite alcolica	9.458	16.49	5.09	1.33
2	183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni, senza CC	6.095	10.63	10.38	0.56
3	203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare e del pancreas	5.566	9.70	10.37	1.36
4	179	Malattie infiammatorie dell'intestino	5.369	9.36	7.69	1.09
5	174	Emorragia gastrointestinale, con CC	4.362	7.61	9.94	0.99



Appropriatezza



tabella 3: le prime 5 diagnosi di dimissione (DRG) nelle Unità Operative di chirurgia relative ai ricoveri dell'anno 2006 (10)

N°	DRG	Descrizione	Ricoveri	%	dmd	Peso
1	183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni, senza CC	63.468	25.24	4.20	0.56
2	189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni, senza CC	27.216	10.83	4.00	0.58
3	208	Malattie delle vie biliari, senza CC	23.385	9.30	6.18	0.64
4	181	Occlusione gastrointestinale, senza CC	18.814	7.48	5.40	0.52
5	175	Emorragia gastrointestinale, senza CC	12.468	4.96	5.96	0.54



Appropriatezza



tabella 4: le prime 5 diagnosi di dimissione (DRG) nelle Unità Operative di medicina generale relative ai ricoveri dell'anno 2006 (10)

N°	DRG	Descrizione	Ricoveri	%	dmd	Peso
1	183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni, senza CC	35.611	16.72	5.09	0.56
2	202	Cirrosi e epatite alcolica	29.676	13.94	10.38	1.33
3	203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare e del pancreas	19.450	9.13	10.37	1.36
4	182	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni, con CC	18.081	8.49	7.69	0.79
5	174	Emorragia gastrointestinale, senza CC	13.828	6.49	9.94	0.99



Appropriatezza

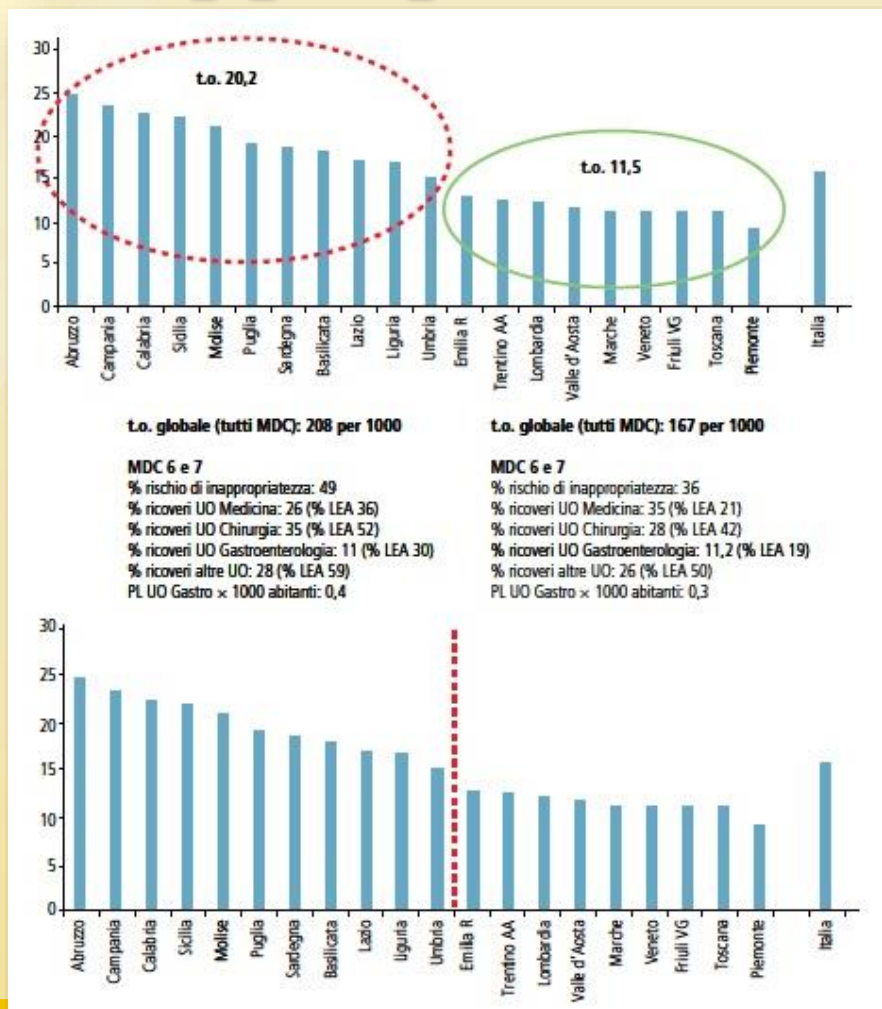


Tabella 9.3 Distribuzione LEA nelle UU.OO.

UU.OO.	Ricoveri ordinari	%	% inappropriati	Ricoveri day-hospital	Ricoveri totali	%
Gastroenterologia	56.983	8,2	25,5	47.168	104.151	11,2
Medicina Generale	211.402	30,4	29,0	60.878	272.280	29,2
Chirurgia Generale	248.723	35,7	48,9	50.616	299.399	32,1
Pediatria	63.540	9,1	87,6	22.900	86.440	9,3
Malattie Infettive	25.166	3,6	42,3	32.194	57.360	6,1
Altre	90.285	13,0	36,0	23.931	114.216	12,2
Totale	696.099	100	42,6	237.687	933.786	100



Appropriatezza





Il problema dei DRG



183

ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA MALATTIE
GASTROENTERICHE APPARATO DIGERENTE, ETÀ >17 NO CC

81



208

MALATTIE DELLE VIE BILIARI (ECCETTO URGENZE)

71



Appropriatezza e sostenibilità



LIBRO BIANCO della GASTROENTEROLOGIA ITALIANA



sintesi del documento



Appropriatezza e sostenibilità

LIBRO BIANCO
della
GASTROENTEROLOGIA ITALIANA



sintesi del documento

Cirrosi epatica

Prevalenza/incidenza: 21.000 decessi/anno per cirrosi o HCC in Italia; la mortalità incide in maniera preponderante tra i 25 e 60 anni.

Sopravvivenza a tre anni nei cirrotici stratificati secondo la classe di Child-Pugh: nei pazienti in Child A sopravvivenza a tre anni pari a 85%; al 54% in classe B; al 42% in classe C.

Lo sviluppo di HCC è la principale causa di morbidità e morte nei cirrotici postvirali. Dal 20 al 40% dei cirrotici non trattati farmacologicamente sanguina da varici entro i primi due anni di osservazione.

Livello di assistenza: Ricovero in emergenza/urgenza: encefalopatia; sanguinamento da varici. Ricovero ordinario per cirrosi scompensata, o per complicanze del versamento ascitico. Il cirrotico compensato o con ascite viene seguito ambulatorialmente con periodiche ammissioni al day hospital

Follow-up periodico clinico-ecografico ambulatoriale per diagnosi precoce di HCC



Appropriatezza e sostenibilità





L'innovazione sostenibile



«Perché funzioni correttamente, il mercato deve essere competitivo, equo e trasparente.»

L.Pani



Appropriatezza e sostenibilità



- L'approccio terapeutico, in una prospettiva sempre scientificamente solida ed economicamente sostenibile, deve essere centrato sulla malattia e non sull'infezione virale.
- Mentre la funzione epatica si mantiene integra nel paziente con malattia lieve/moderata, i rischi principali in termini di sviluppo di complicanze, di epatocarcinoma e di mortalità si manifestano nelle persone con cirrosi epatica.



1. La progressiva introduzione di più principi terapeutici;
2. La conoscenza della malattia di fegato e dell'impatto che ha su di essa l'eradicazione dell'infezione.

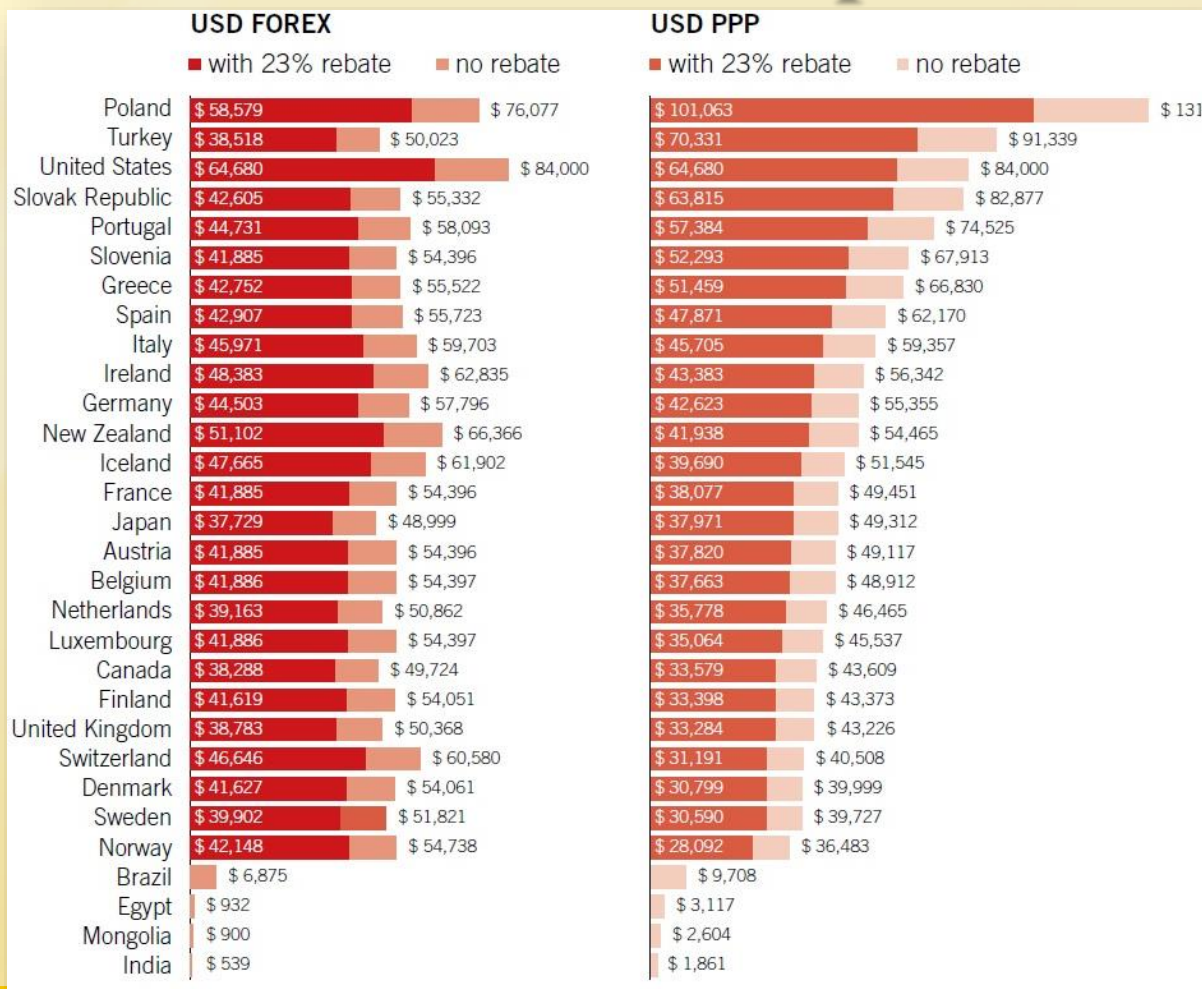


Appropriatezza e sostenibilità





Prezzi DAA in 30 paesi



RACCOMANDAZIONI OMS

- Dare priorità al trattamento dell'epatite includendo le persone con epatite virale cronica B e infezione C
- Stabilire **linee guida nazionali** di trattamento dell'epatite
- Fornire un trattamento di qualità che garantisca la **cura standardizzata** delle persone con infezione da epatite cronica, compresa un'adeguata stadiazione della malattia, l'inizio del trattamento tempestivo, paziente e il monitoraggio della tossicità da farmaci, e la gestione di cirrosi epatica, epatocarcinoma e insufficienza epatica.
- Iniziativa sulla comorbilità, tra cui l'infezione da HIV e fattori di rischio che possono accelerare la progressione di malattie del fegato, tra cui l'uso di alcol. Fornire cure palliative e di fine del ciclo di vita cura, **compreso l'accesso ad un'adeguata analgesia**.
- Pianificare e implementare strategie di accesso per ridurre i prezzi delle materie prime tra cui, se del caso, attraverso l'attuazione di accordi flessibili sugli aspetti commerciali dei diritti di proprietà intellettuale.
- Salvaguardare ed estendere la disponibilità dei prodotti generici attraverso l'espansione dei contratti di licenza e la registrazione puntuale a livello nazionale.

October, 2016



Appropriatezza e sostenibilità



*«è realmente
innovativo solo ciò
che è sostenibile»
(M.Melazzini)*