

VERBALE RIUNIONI SULLA APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

Nella riunione del 13 gennaio c.a. tra i rappresentanti regionali e i rappresentanti delle Associazioni di Categoria dell'assistenza specialistica ambulatoriale erogata dalle strutture private si stabilì di avviare tavoli di lavoro sulla appropriatezza delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e con precisione si definirono quattro sottogruppi :

- **area radiologica** che comprende le branche di radiodiagnostica, medicina nucleare e radioterapia;
- **diabetologia;**
- **area branche a visita** che comprende anche la cardiologia;
- **patologia clinica.**

Per la parte pubblica i dottori Di Pietro Gaetano Antonio e Sorrentini Giambattista si sono occupati della raccolta dei dati relativi alle prestazioni specialistiche e quindi della convocazioni delle riunioni dei vari gruppi , delle quali si riporta sintetico verbale.

I dati raccolti dal dott. Sorrentini riguardano esclusivamente la produzione dei soggetti privati accreditati , e sono suddivisi in due modelli , uno in relazione alla attività dei centri erogatori , l'altro in relazione alla residenza dei soggetti fruitori delle prestazioni. I dati sono stati estratti dal flusso C.

I dati raccolti dal dott. Di Pietro , in collaborazione con il competente settore dell'assessorato , estratti dai flussi NSIS , relativi ad erogatori pubblici e privati con numero di prestazioni e prestazioni equivalenti , sono organizzati per ASL di erogazione e contengono anche gli indicatori di numero medio di prestazioni per abitante e numero equivalente di prestazioni per abitante , utilizzando la popolazione pesata per consumo di farmaci (ISTAT). Questi elaborati non sono stati presentati nelle riunioni poiché non ancora completi.

DIABETOLOGIA 14 febbraio 2013

Presenti : G. A. Di Pietro e R. Martino (Struttura Sub Commissario) , T. Spinosa e G. Sorrentini (ARSAN) , L. Gesuè , A. Longobardi (Confederazione Centri Antidiabetici) , A. Lampitella (ASPAT).

I presenti condividono che :

- Per l'appropriatezza delle prestazioni in diabetologia le DGRC 1168/2005 e 624/2009 relative a linee guida e protocolli applicativi sono idonee e sufficienti ad indirizzare l'operato degli erogatori. Seguendo appunto le indicazioni delle predette delibere possono essere utilizzati come Indicatori di Processo e di Esito, rispettivamente:

1) le prestazioni medie annue per paziente diabetico in cura,

2) costo medio annuo per paziente diabetico in cura. Detto

valore è di € 220 + - 10% per paziente per anno.

3) percentuale di pazienti con valore di emoglobina glicata < 7 g/dl (Hb target).

- Che sono opportuni modelli di controllo regionali uniformi poiché risulta che alcuni centri erogatori non si attengono alle indicazioni delle delibere summenzionate erogando prestazioni ripetute e non giustificate (centro ASL Caserta?), che ci sarebbero centri non accreditati eroganti prestazioni per la ASL NA2.
- Che andrebbe garantita uniformità di assistenza ed accesso alle prestazioni consentendo in tutte le ASL di prescrivere su ricetta unica prestazioni appartenenti a branche diverse purché rientranti nel profilo di esenzione della malattia.

I rappresentanti della Confederazione Centri Diabete chiedono inoltre di inserire quanto segue:

- Per quanto attiene al budget associato alla diabetologia, si precisa che nel corso della riunione è stata esplicitamente segnalata la critica insufficienza dei fondi destinati alla branca di diabetologia, già per l'anno 2012, problematica che ha determinato la grave sospensione delle attività assistenziali in regime di accreditamento con il S.S.N., già dal mese di settembre per alcune Asl campane, e che ha causato notevoli problemi alla salute dei cittadini diabetici, nonché un aggravio di spesa dovuto ai ricoveri ospedalieri.

Pertanto, si precisa ancora che il budget regionale della diabetologia non risulta congruo rispetto alle esigenze assistenziali necessarie fino alla fine di ogni anno.

Risulta un'anomala distribuzione di tale budget rispetto alle 7 Asl regionali. Si chiede dunque di effettuare una corretta redistribuzione, in base alla prevalenza della malattia, e nel rispetto delle esigenze assistenziali dei pazienti diabetici, con criteri omogenei per tutto il territorio regionale.

- Rispetto al secondo punto, è d'obbligo precisare che, rispetto ai dati economici medi (costo annuale medio per singolo paziente iscritto ad un

Centro antidiabete privato accreditato) ci risulta una sproporzione per alcune Asl.

Pertanto, tale costo medio regionale per paziente diabetico (circa 240 euro annui) potrebbe rappresentare un indicatore economico quali-quantitativo alla base della determinazione dei tetti di spesa rispetto al numero degli iscritti per struttura diabetologica.

Sarebbe questo inoltre buon strumento di controllo del rispetto del tetto di spesa assegnato, e un corretto metodo di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva clinico-diagnostica.

CARDIOLOGIA 15 febbraio 2013

Presenti : G. A. Di Pietro (Struttura SubCommissario), G. Sorrentini (ARSAN), G. Zito (cardiologo consulente Struttura SubCommissario), C. Esposito (Federlab e delega Confindustria Sanità), G. Palma (ASPAT), G. Maffia (Federcardio)

Dopo ampia discussione i presenti condividono i seguenti punti:

Si precisa che nel caso della branca in questione la problematica dell'appropriatezza riguarda più la prescrizione che l'erogazione delle prestazioni , e si prende atto che l'elaborato presentato dall'ARSAN contiene i soli dati degli erogatori privati e non vi sono informazioni sugli erogatori pubblici.

Tuttavia la valutazione dei dati e l'esperienza pratica dei presenti consente di affermare che nell'ambito della branca cardiologia vi è una discreta presenza di prestazioni inappropriate , in genere in eccesso , ma vi è anche la possibilità di prestazioni opportune non adeguatamente erogate. Per limitare il fenomeno della in appropriatezza è auspicabile predisporre pacchetti di prestazioni ambulatoriali prestabilite per patologia.

In linea di massima l'utilizzo appropriato delle prestazioni potrebbe permettere di non esaurire anzitempo il budget economico associato alla branca.

Un esempio di possibile prestazione inappropriata è quello della < ecografia cardiaca , cod. 88.72.1 > , circa 58.000 prestazioni pari a circa 2.5 milioni di euro nel 2011 , che a giudizio dei presenti potrebbe essere sostituita dalla ecocolordopplergrafia cardiaca che con tariffa simile meglio risponde ad una serie di quesiti clinici. Si decide una verifica sulla frequenza di esami ecografici cardiaci seguiti a breve lasso di tempo da ecocolordopplergrafia cardiaca.

Un' altra prestazione ad elevata frequenza , la seconda in ordine di numerosità con circa 190.000 esami e con valore di circa 7.6 milioni di euro , che potrebbe far

supporre inappropriata prescrivibile è la < ecocolordopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale..... , cod. 88.77.2. > .

PATOLOGIA CLINICA 18 FEBB 2013

Presenti : G. A. Di Pietro e R. Martino (Struttura SubCommissario) , G. Sorrentini (ARSAN) , Giuseppe Nasti (Federlab) , Eugenio Basile (Confindustria Sanità) , Flavia Fumo (ANISAP) , Antonio Capozzi (ASPAT) , Rossella Maione (AISA) .

Si precisa che nel caso della branca in questione la problematica dell'appropriatezza riguarda più la prescrizione che l'erogazione delle prestazioni , e si prende atto che l'elaborato presentato dall'ARSAN contiene i soli dati degli erogatori privati e non vi sono informazioni sugli erogatori pubblici.

I presenti concordano nel ritenere che i dati presentati indicano un equilibrio regionale in termini di numerosità e di valori economici medi delle prestazioni , con media di 42 € per abitante per anno (7 prestazioni medie annue con valore medio di 6 euro) , e che non sono evidenziabili fenomeni di in appropriatezza o di iperprescrizione.

In termini di appropriatezza clinica si concorda che alcune prestazioni in genere eseguite in contemporanea non hanno motivo di essere prescritte insieme in quanto il valore d'indagine ha significati diversi e inoltre per alcune è stato dimostrato un basso valore EBM; tra queste si segnalano le coppie celebri ALT/AST, VES/TAS, CREATININA/AZOTEMIA , COLESTEROLO/TRIGLICERIDI . A tal proposito si considera opportuna l'elaborazione di protocolli diagnostici per patologia.

Si richiama inoltre l'attenzione sulle prestazioni < R > , ad elevato valore economico e causa di migrazione tra ASL, regolamentate dal DCA 40 / 2010 , che non è però sempre pienamente applicato. Si propone uno studio su queste prestazioni, elaborando, per le prestazioni R e distintamente anche per tutte le altre , valori regionali medi , fino a definire un valore medio atteso per abitante.

Altro aspetto importante non sufficientemente regolato è quello dei controlli sulle prestazioni dei centri privati poiché non vi è omogeneità delle modalità di controllo tra le varie ASL e talora neanche fra distretti della stessa ASL.

Ultima considerazione riguarda l'elevata frequenza del pagamento diretto del cittadino non esente per le prestazioni meno onerose, data l'elevata quota di partecipazione economica prevista dalle norme regionali (ticket) , per cui si prevede

sui flussi informativi regionali, già per l'anno 2012 , una riduzione del valore di produzione , pertanto si propone uno studio in merito circa la riduzione delle prestazioni totali con aumento di quelle a maggior costo/complessità.

L'adozione delle nuove tariffe per la specialistica ambulatoriale produrrà di certo ulteriori variazioni sul consumo delle prestazioni per le varie branche.

AREA RADIOLOGICA 18 febbraio 2013

Presenti : G. A. Di Pietro , R. Martino , Eugenio Covelli (Struttura SubCommissari), G. Sorrentini (ARSAN), x Carraturo e Domenico Verrengia (ASPAT) , Bruno Accarino e Maria Esposito (SNR) , Emanuele Vanacore (Federlab) , Emanuele Nicolai (AISA)

Si precisa che nel caso dell' area in questione la problematica dell'appropriatezza riguarda più la prescrizione che l'erogazione delle prestazioni.

Si prende atto che l'elaborato presentato dall'ARSAN contiene i soli dati degli erogatori privati e non vi sono informazioni sugli erogatori pubblici, di cui si resta comunque in attesa ai fini di avere un quadro completo dell'erogato sull'intero territorio regionale

RADIODIAGNOSTICA

L'analisi dei dati esposti mostra che le prime quattro prestazioni più erogate assorbono circa un terzo delle intere risorse .

Fermo restando che, in accordo con i dati nazionali in merito, la percentuale di inappropriatezza prescrittiva rientra nella media, l'attenzione si focalizza su alcune prestazioni a più alto rischio di inappropriatezza.

In particolare si annotano i dati della Risonanza Magnetica (cod. 88.94.1 , 88.93, con 250.000 prestazioni complessivamente erogate e oltre 36 milioni di euro di spesa) e della Tomografia Computerizzata (cod. 88.38.1, 88.90.3, con oltre 90.000 prestazioni complessivamente erogate e oltre 5 milioni di spesa) per diagnostica di patologie muscolo scheletriche e della colonna vertebrale, che assieme rappresentano più del 25% della spesa complessiva della branca (circa 156 milioni di euro in totale).

Essendo tali prestazioni quelle a **più alto rischio** di inappropriatezza prescrittiva, il probabile abuso di queste prestazioni andrebbe limitato sensibilizzando i medici prescrittori.

Per evitare esami ripetuti a breve distanza di tempo si ritiene che la ripetizione della prescrizione (nell'arco di 6 / 12 mesi) da parte del MMG e la relativa erogazione con onere a carico del SSR andrebbe sottoposta alla verifica preventiva dello specialista ortopedico e/o di branca presso struttura pubblica: in tale caso la relativa richiesta specialistica andrebbe allegata alla richiesta del MMG ed inviata alla ASL di competenza con la contabilità mensile, secondo le procedure previste delle singole ASL stesse. Dopo ampia ed articolata discussione, le parti trovano convergenza (mutuando in buona sostanza il percorso previsto dalla L. 388 del 23 12 2000 e smi.) sulla opportunità di non proporre limitazioni alla ripetizione delle prestazioni di TC ed RM ortopediche (ovvero muscolo scheletriche della colonna vertebrale, arti ed articolazioni) esclusivamente per le patologie di tipo traumatico e/o oncologico.

Questo percorso potrebbe ridurre gli esami prescritti dal medico su richieste pressanti ma ingiustificate da parte dei pazienti, e ridurre anche gli esami indotti dalla cosiddetta " medicina difensiva" .

Inoltre è da ritenersi opportuna la correlazione tra le caratteristiche della macchina posseduta e le prestazioni eseguibili con la stessa, in modo da evitare esami qualitativamente scadenti e/o non diagnostici e di conseguenza ripetuti con aggravio di spesa per il SSN e di disagio per il paziente ; allo scopo tornerebbe utile predisporre protocolli esecutivi condivisi per le indagini diagnostiche più frequenti associandoli ad indicatori di efficienza e di qualità della prestazione

Si richiamano a tal proposito le linee guida della Società Italiana di Radiologia Medica (vers. 2012) fornite da SNR.

Si accenna ai controlli sulle prestazioni e si ribadisce che tra le varie ASL vi sono differenze tra livelli e modalità di controllo, per cui si auspica e si invita la Regione ad emanare una metodologia univoca su tutto il territorio regionale.

Si ricorda infine che il Decreto Balduzzi già impone misure circa l'appropriatezza dell'assistenza specialistica ambulatoriale per ridurre gli oneri a carico del SSN per tale livello di assistenza.

In particolare delega le Regioni ad attivare programmi di verifica sistematica sull'appropriatezza prescrittiva ed erogativa dell'assistenza specialistica ambulatoriale, attraverso il controllo delle prestazioni (minimo 5%) prescritte ed erogate a pazienti con specifiche condizioni cliniche , prevedendo inoltre l'obbligo del medico prescrittore di indicare nella ricetta il quesito o il sospetto diagnostico che motiva la prescrizione.

RADIOTERAPIA

Non si ritiene vi siano fenomeni di inappropriata nella branca, semmai risulta evidente una disomogenea distribuzione regionale dell'offerta, che andrebbe rivista anche alla luce della mobilità passiva extraregionale.

SNR consegna alla parte pubblica le linee guida sull'appropriatezza emanate dall'AIRO (vers.2012).

MEDICINA NUCLEARE

Non si rilevano particolari fenomeni di inappropriata prescrittiva ed erogativa nella branca se non quelli presenti in ogni disciplina.

Unica osservazione riguarda la PET total body eseguita con macchine ibride, che è da ritenersi certamente appropriata in caso di patologie oncologiche, ovvero sospetto diagnostico, controllo dopo intervento chirurgico o in corso di chemio – radioterapia.

La cadenza dei controlli successivi all'esame di **prima diagnosi**, si ritiene debba essere quella indicata nei protocolli suggeriti dalle società scientifiche nazionali ed internazionali vigenti ed in uso.

In tutti gli altri casi la prescrizione da parte del MMG e la relativa erogazione con onere a carico del SSN andrebbe sottoposta alla verifica preventiva dello specialista di branca presso struttura pubblica: in tale caso la relativa richiesta specialistica andrebbe allegata alla richiesta del MMG ed inviata alla ASL di competenza con la contabilità mensile, secondo le procedure previste delle singole ASL.

Il dott. Nicolai (AISA) ha chiesto di aggiungere a verbale quanto segue :

Si rileva che le prestazioni PET total body, eseguite sia su tomografi PET che su apparecchiature ibride TC/PET, sono prevalentemente prescritte per la valutazione di pazienti oncologici sia in fase di definizione di malattia che nelle fasi di stadiazione di paziente oncologico, di valutazione dell'efficacia del trattamento ed in fase di follow-up. Si rileva inoltre, che le prestazioni PET risultano di maggiore qualità in termini di accuratezza diagnostica quando eseguite su apparecchi ibridi TC/PET. Tuttavia si rileva che esistono indicazioni alla esecuzione di tale prestazione, seppure con richiesta limitata rispetto alla patologia oncologica, anche per patologie non oncologiche, quali ad esempio alcune patologie su base infiammatoria, e pertanto non vi sono motivi alla restrizione della erogazione di tale prestazione alla sola patologia oncologica. Non vi sono indicatori di inappropriata di prescrizione per le altre metodiche PET e per le altre prestazioni di medicina nucleare.