

Senato  
della Repubblica



**SIMI**  
Società Italiana di Medicina Interna

# Il Ruolo della Medicina Interna nella Riorganizzazione del SSN per la Gestione della Cronicità e Complessità Clinica

Francesco Perticone  
Presidente Società Italiana di Medicina Interna

## CPT: Ospedaliera in acuzie

### Focus: assistenza ospedaliera in acuzie – i Dati

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Totale dimissioni - Ricoveri Ordinari Acuti</b>	7.585.269	7.374.765	7.043.070	6.837.823	6.634.977	6.486.438
<b>Totale giornate erogate per Acuti in Regime ordinario</b>	50.745.131	49.672.178	47.963.625	46.422.668	44.802.526	44.089.980
<b>Degenza media per Acuti in Regime ordinario (giornate)</b>	6,689	6,735	6,810	6,789	6,753	6,797
<b>Peso medio (Acuti in Regime ordinario)</b>	1,066	1,084	1,111	1,130	1,147	1,158
<b>Valorizzazione teorica - Ricoveri Ordinari Acuti (euro)</b>	25.154.253.533	24.998.872.094	24.586.115.169	23.931.327.433	23.657.494.364	23.488.826.616
<b>Valorizzazione teorica - Ricoveri Diurni Acuti (euro)</b>	3.272.076.743	3.166.393.153	3.060.548.218	3.117.140.369	2.948.400.742	2.829.670.917

# Oltre un milione di ricoveri l'anno a Medicina interna, il 90% è urgente

📄 **SANTÀ**

**Dalle SDO emerge che le prime dieci patologie diagnosticate sono:**

- 1. scompenso cardiaco**
- 2. edema polmonare**
- 3. polmonite**
- 4. setticemia**
- 5. ictus**
- 6. BPCO**
- 7. anemie**
- 8. insufficienza renale**
- 9. attacco ischemico transitorio (TIA)**
- 10. cirrosi**





## Lavoro di transcodifica delle prestazioni regionali (TS 2014)

**Manca la visita specialistica in Medicina Interna!**

Branca	cod coperti	cod totali	% copertura
Endocrinologia	10	10	100%
Oncologia	9	9	100%
Psichiatria	2	2	100%
Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia	10	10	100%
Oculistica	109	116	94%
Urologia	27	29	93%
Neurologia	48	52	92%
Ortopedia	47	51	92%
Diagnostica per immagini	351	384	91%
Chirurgia Vascolare	21	23	91%
Radioterapia	38	42	90%
Cardiologia	35	39	90%
Chirurgia Generale	78	88	89%
Pneumologia	28	32	88%
Dermatologia / Allergologia	22	26	85%
Ostetricia e ginecologia	32	38	84%
Medicina fisica e riabilitazione*	45	54	83%
Odontostomatologia	62	76	82%
Otorinolaringoiatria	54	67	81%
Gastroenterologia	59	74	80%
Chirurgia plastica	15	19	79%
Anestesia/Analgesia	10	13	77%
Laboratorio**	542	737	74%
Neurochirurgia	3	5	60%
Nefrologia	31	59	53%
branca da associare (lavoro in progress)	28	38	74%
	<b>1.716</b>	<b>2.093</b>	<b>82%</b>

\* a fronte di 9 prestazioni apparentemente scoperte il GDL dispone di una proposta tariffaria proveniente da parte di 1 Regione.

\*\* a fronte di 195 prestazioni apparentemente scoperte il GDL dispone di informazioni su n.78 prestazioni di genetica (per le quali esiste un'analisi dei costi effettuata dalla SIGU) e n.87 prestazioni per le quali è al vaglio una proposta tariffaria proveniente da parte di 1 regione

N.B. NON ATTUALIZZATO CON ULTIMO AGGIORNAMENTO DEL NUOVO NOMENCLATORE CHE PREVEDE N. 2108 CODICI PRESTAZIONE

## **Motivazioni per l’inserimento della visita specialistica in Medicina Interna nel nomenclatore delle attività ambulatoriali:**

- 1. Continuità assistenziale e valutazione post-dimissione**
- 2. Migliore utilizzazione delle risorse**
- 3. Riduzione liste d’attesa per prestazioni specialistiche**
- 4. Ottimizzazione della polifarmacoterapia e contenimento della spesa farmaceutica**

## **1. Continuità assistenziale e valutazione post-dimissione.**

Degli oltre 6.400.000 ricoveri/anno, circa un milione avviene nei reparti di Medicina Interna. Trattasi di pazienti prevalentemente anziani, a volte fragili, con multimorbilità e complessità clinica la cui gestione intra-ospedaliera va oltre la valutazione della singola patologia d'organo. Ne consegue che la rivalutazione post-dimissione, a breve e medio termine, non possa prescindere dalla centralità del paziente che non può essere assicurata dal singolo specialista d'organo.

## **2. Migliore utilizzazione delle risorse.**

La visita specialistica in Medicina Interna contribuirebbe al contenimento dei costi, riducendo anche il disagio individuale e familiare, perché eviterebbe l'inutile e dispendioso peregrinare da uno specialista all'altro con una frammentazione della gestione clinica inaccettabile e l'inevitabile incremento dei costi sia diretti sia indiretti, quest'ultimi a carico esclusivamente del paziente.

### **3. Riduzione delle liste d'attesa per prestazioni specialistiche.**

Trattandosi di pazienti cronici con frequenti episodi di riacutizzazione di una o più delle condizioni morbose coesistenti, la gestione unitaria da parte dello specialista in Medicina Interna ridurrebbe il continuo ricorso allo specialista d'organo per la rivalutazione delle singole patologie con sfoltimento delle liste d'attesa sia per visita specialistica che per prestazioni strumentali, molto spesso ridondanti o inutili. Il tutto, ovviamente, si concretizzerebbe anche con una diminuzione della spesa specialistica ambulatoriale.



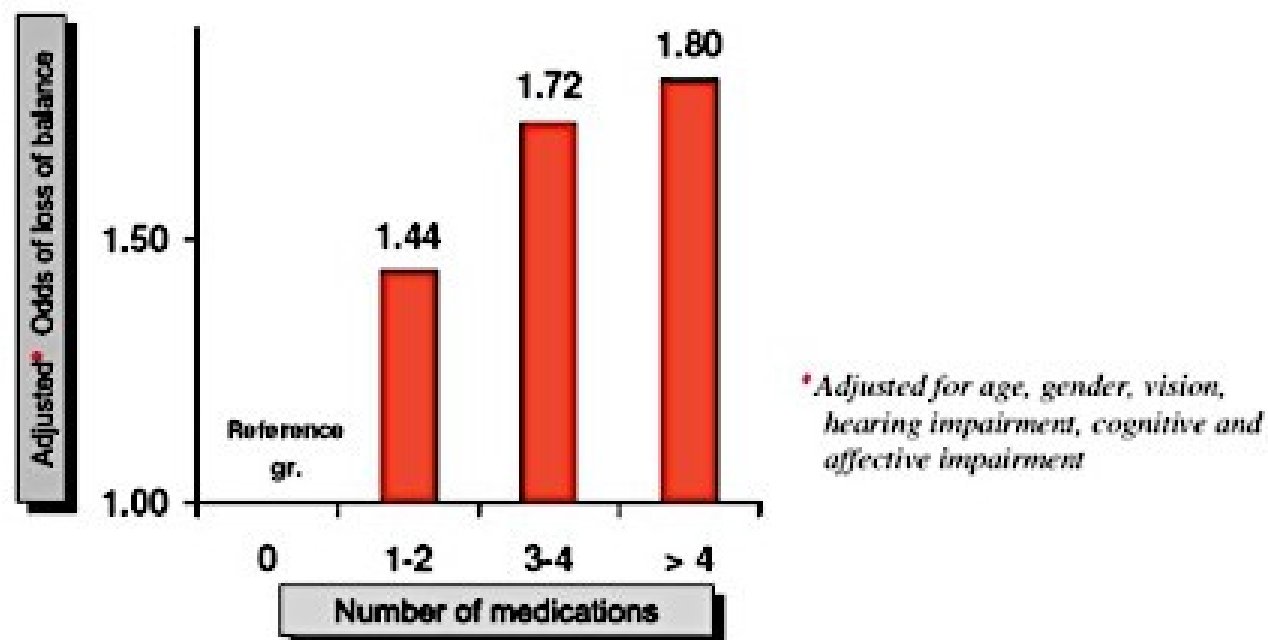
## 4. Ottimizzazione della polifarmacoterapia e contenimento della spesa farmaceutica.

È noto che nel paziente con più morbilità il numero dei principi attivi, che assume giornalmente, e quello delle somministrazioni cresce linearmente con il numero delle patologie di cui è affetto. Tale problematica, ripresa anche dalla letteratura internazionale maggiormente qualificata come il *New England Journal of Medicine* e *The Lancet*, ha delle importanti ricadute negative clinico-gestionali perché aumenta il rischio di effetti collaterali e/o indesiderati con la failure, anche acuta, di organi importanti quali il rene, il fegato o l'apparato cardiovascolare con l'accesso, molto spesso, al PS. Basti pensare al rischio di cadute da ipotensione ortostatica per l'assunzione contemporanea di farmaci per l'ipertensione arteriosa e degli alfa-bloccanti per l'ipertrofia prostatica. Quasi sempre, lo specialista d'organo prescrive i farmaci di propria competenza senza preoccuparsi di quelli che il paziente sta già assumendo. L'armonizzazione della terapia è un'ulteriore e innegabile competenza dell'Internista che, molto spesso, deve levare o ridurre farmaci piuttosto che aggiungerne di nuovi (slow medicine!).

# Cadute farmaco-correlate

## Number of medications and risk of falling

(Agostini et al, *J Am Geriatr Soc*, 2004)





## The Italian Society of Internal Medicine choosing wisely campaign

Nicola Montano<sup>1,8</sup> · Giorgio Costantino<sup>1</sup> · Giovanni Casazza<sup>2</sup> · Rodolfo Sbrojavacca<sup>3</sup> · Marco Vincenzo Lenti<sup>4</sup> · Lorenzo Falsetti<sup>5</sup> · Annasanta Guzzo<sup>6</sup> · Raffaele Majo<sup>7</sup> · Francesco Perlicone<sup>7</sup> · Gino Roberto Corazza<sup>8</sup>

Received: 16 August 2016 / Accepted: 20 October 2016  
© SIMI 2016

**Abstract** Appropriateness is one of the critical aspects of medicine. For this reason, the Italian Society of Internal Medicine (SIMI) decided to adhere to the Choosing Wisely Campaign. A bottom-up approach was chosen. All the recommendations published in the US and Canadian Choosing Wisely campaign have been screened, and an e-mail was sent to all the SIMI members for new suggestions. The thirty interventions that were judged as the highest priority by a committee were sent to all the SIMI members for voting. The first procedures selected were then revised, and constituted the five points of the SIMI choosing wisely campaign. The identified procedures were: (1) avoid prescribing bed rest unless an acceptable indication exists. Promote early mobilization; (2) Do not perform a D-dimer test without a precise indication; (3) Do not prescribe long term intravenous

antibiotic therapy in the absence of symptoms; (4) Do not indefinitely prescribe proton pump inhibitors in the absence of specific indications; (5) Do not place, or leave in place, peripherally inserted central catheters for patient's or provider's convenience. Four of these points were not present in any other campaign, while one, the fifth, was already present. The bottom-up approach of the SIMI "Choosing Wisely" campaign favored the identification of different priorities compared to other campaigns. Future studies should now evaluate if the application of these "not-to-do" recommendations will be associated with an improvement of clinical outcome and a subsequent direct and indirect health care cost reduction.

**Keywords** Appropriateness · Choosing wisely · Less is more · Health system

✉ Nicola Montano  
Nicola.Montano@unimi.it

<sup>1</sup> Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Via F. Sforza 35, Milano, Italy

<sup>2</sup> Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche "L. Sacco", Università degli Studi di Milano, Milano, Italy

<sup>3</sup> Department of Emergency, Ospedale Civile di Udine, Udine, Italy

<sup>4</sup> First Department of Internal Medicine, University of Pavia, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia, Italy

<sup>5</sup> Internal and Sub-intensive Medicine Department, A.O.U. "Ospedali Riuniti", Ancona, Italy

<sup>6</sup> Azienda Policlinico Umberto I<sup>o</sup>, Sapienza Università di Roma, Rome, Italy

<sup>7</sup> Unit of Cardiovascular Diseases, Azienda Ospedaliera Mater Domini, Catanzaro, Italy

<sup>8</sup> Department of Clinical Sciences and Community Health, University of Milan, Milan, Italy

## I 5 NO della SIMI





## **CPT: Specialistica ambulatoriale**

### **Il contributo richiesto alle società scientifiche nelle due Fasi**

#### **FASE 2**

Si chiede la disponibilità delle società scientifiche nella definizione e/o validazione del sistema di “pesi” da utilizzare come driver per l’allocazione dei costi diretti alle prestazioni.

La definizione dei pesi per ciascuna prestazione per fattore produttivo richiede di:

- Identificare i fattori produttivi collegati a ciascuna prestazione;
- Identificare il grado di assorbimento di ciascun fattore produttivo da parte di ciascuna prestazione. Ad esempio, si tratta di identificare quanto tempo medico viene “consumato” da ogni prestazione, quanto mezzo di contrasto, quanti reagenti, ecc.

Per le prestazioni presenti nel nuovo nomenclatore e non riconducibili ai nomenclatori regionali si chiede, in ogni caso, la collaborazione delle società scientifiche perché forniscano alla Commissione i risultati di studi esistenti sui costi di prestazioni innovative.

### Contesto vigente

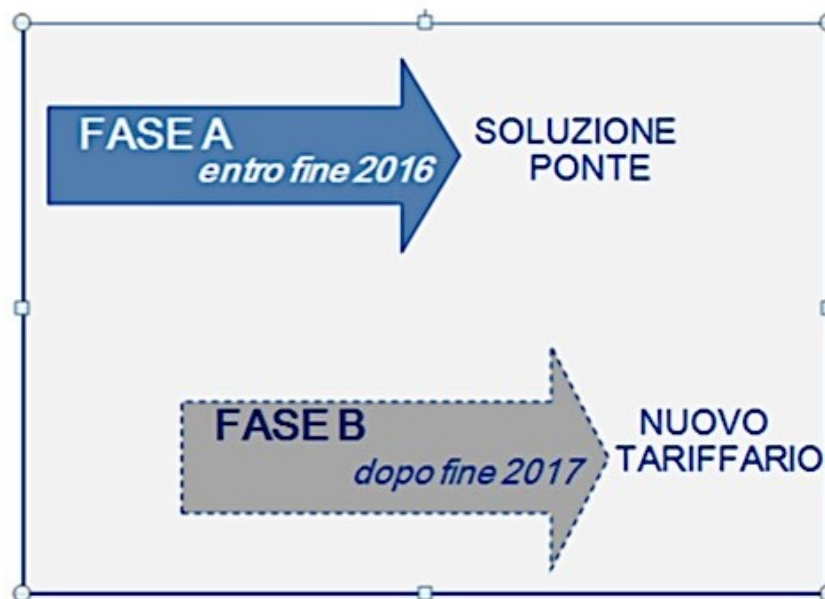
- la classificazione DRG non è cambiata rispetto al DM 2012
- le tariffe del DM 2012 sono state adottate diffusamente
- i risultati finali del Progetto It.DRG non saranno disponibili prima di fine 2017

### Fase A: Soluzione Ponte

- revisione del tariffario nazionale vigente

### Fase B: Recepimento risultati Progetto It.DRG

- nuove classificazioni (diagnosi, procedure, ricoveri)
- nuovi pesi relativi calcolati su costi osservati
- nuovo tariffario associato agli It.DRG





## **CPT: Ospedaliera in acuzie**

### **Il contributo richiesto alle società scientifiche nelle due Fasi**

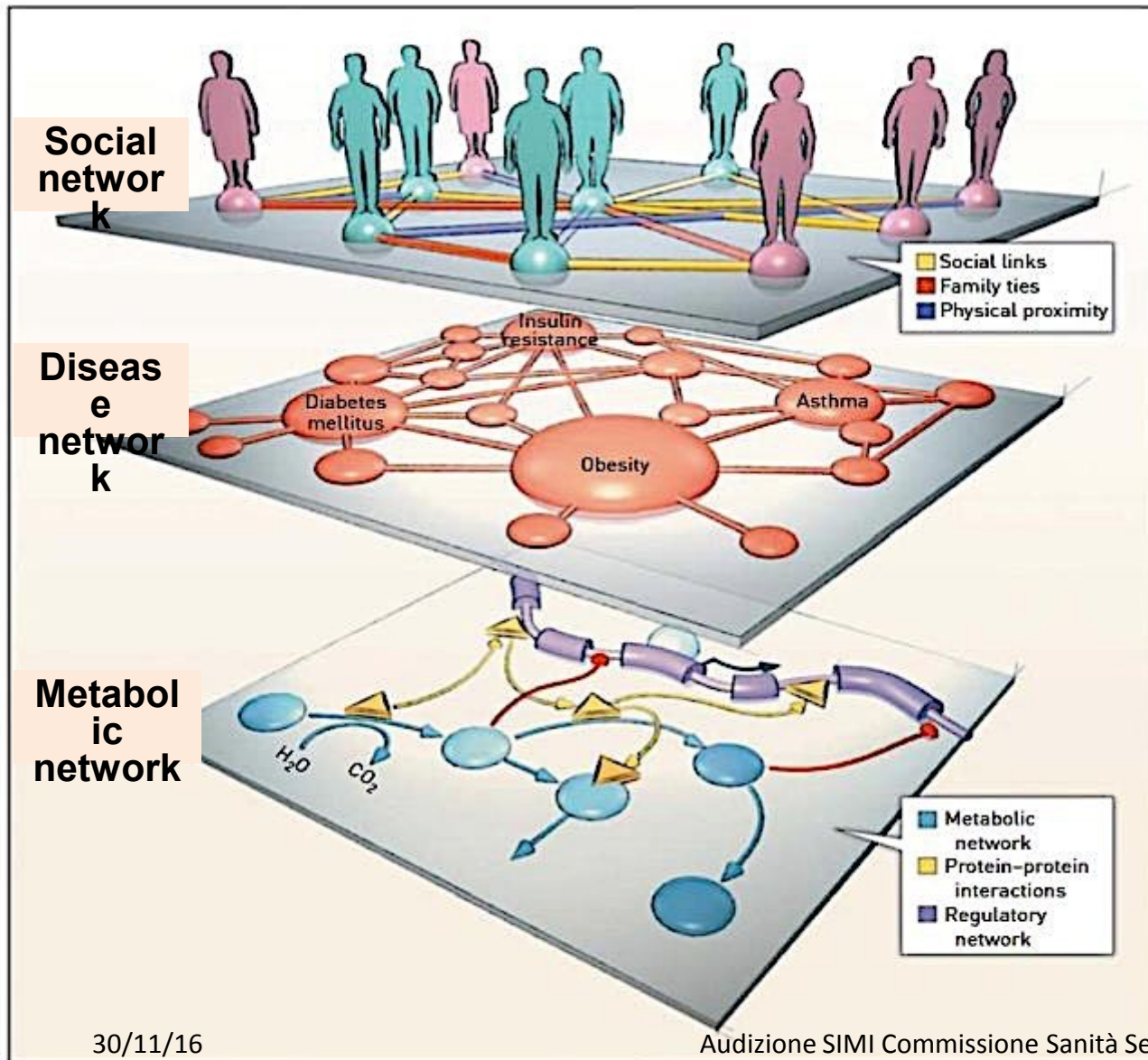
#### ➤ Fase A

- Segnalazione di **criticità** delle vigenti tariffe nazionali per DRG (all. 1 DM 18.10.2012), supportate da **evidenze** sui costi dei ricoveri (Format vedi slide successiva)
- Contributo alla revisione dei criteri di definizione dei **DRG ad "alta complessità"**

#### ➤ Fase B

- Collaborazione attivata nell'ambito del **Progetto It.DRG**, per la revisione dei sistemi di classificazione dei ricoveri per acuti, in corso di definizione operativa con FISM

# MULTIMORBIDITY IN HUMAN DISEASES



Graphical illustration of the diseasome (middle layer), where two diseases are connected if they have a common genetic or functional origin (bottom layer).

A third relevant network for human disease is the social network (top layer), which encompasses all human-to-human interactions and may play a role in the spread of infectious and noninfectious (obesity, smoking) diseases

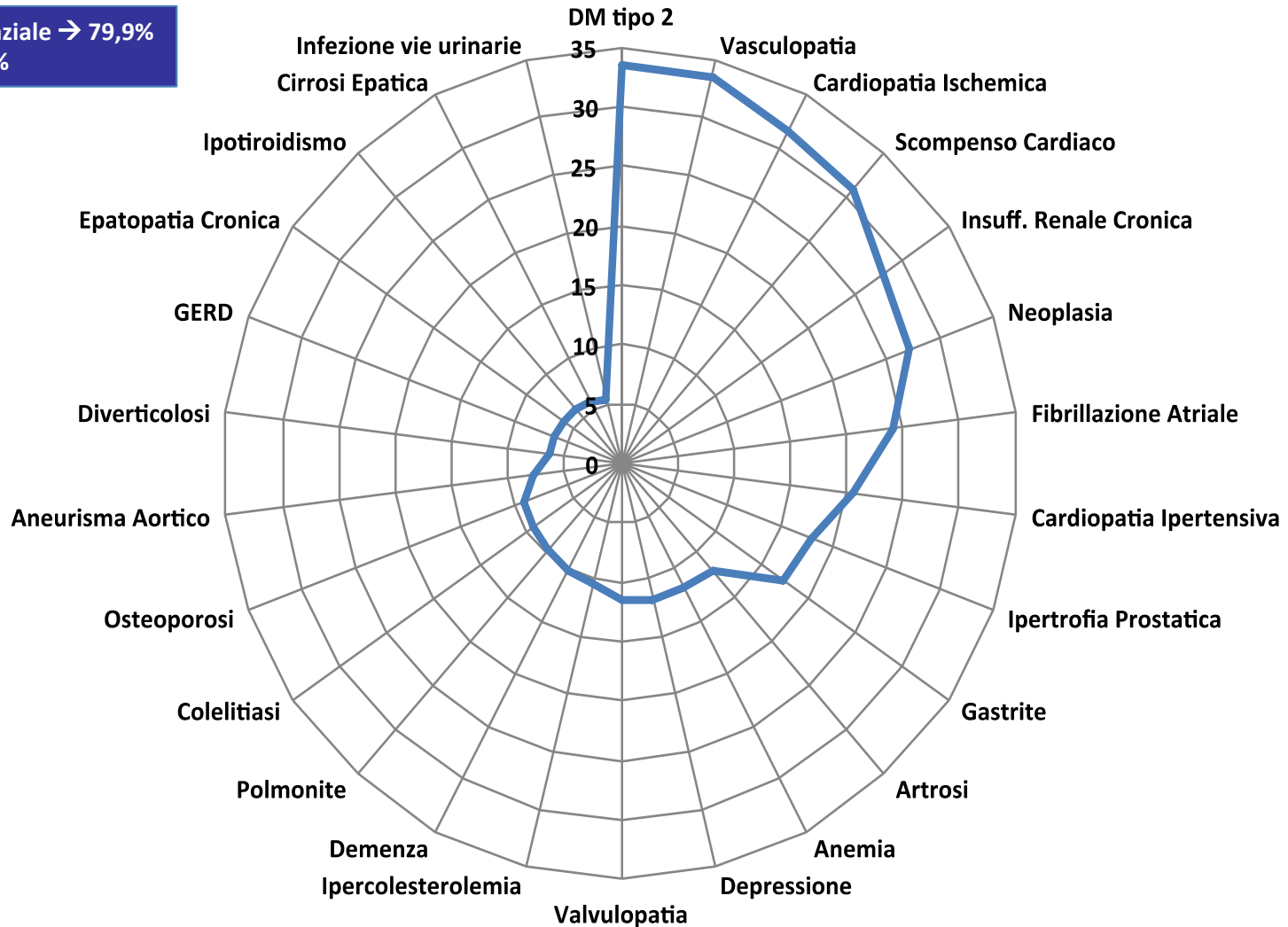
**L'approccio sistematico alla complessità non vuole dire mera comprensione olistica dell'individuo malato.**

EU Respir, 2014; 44:775-788

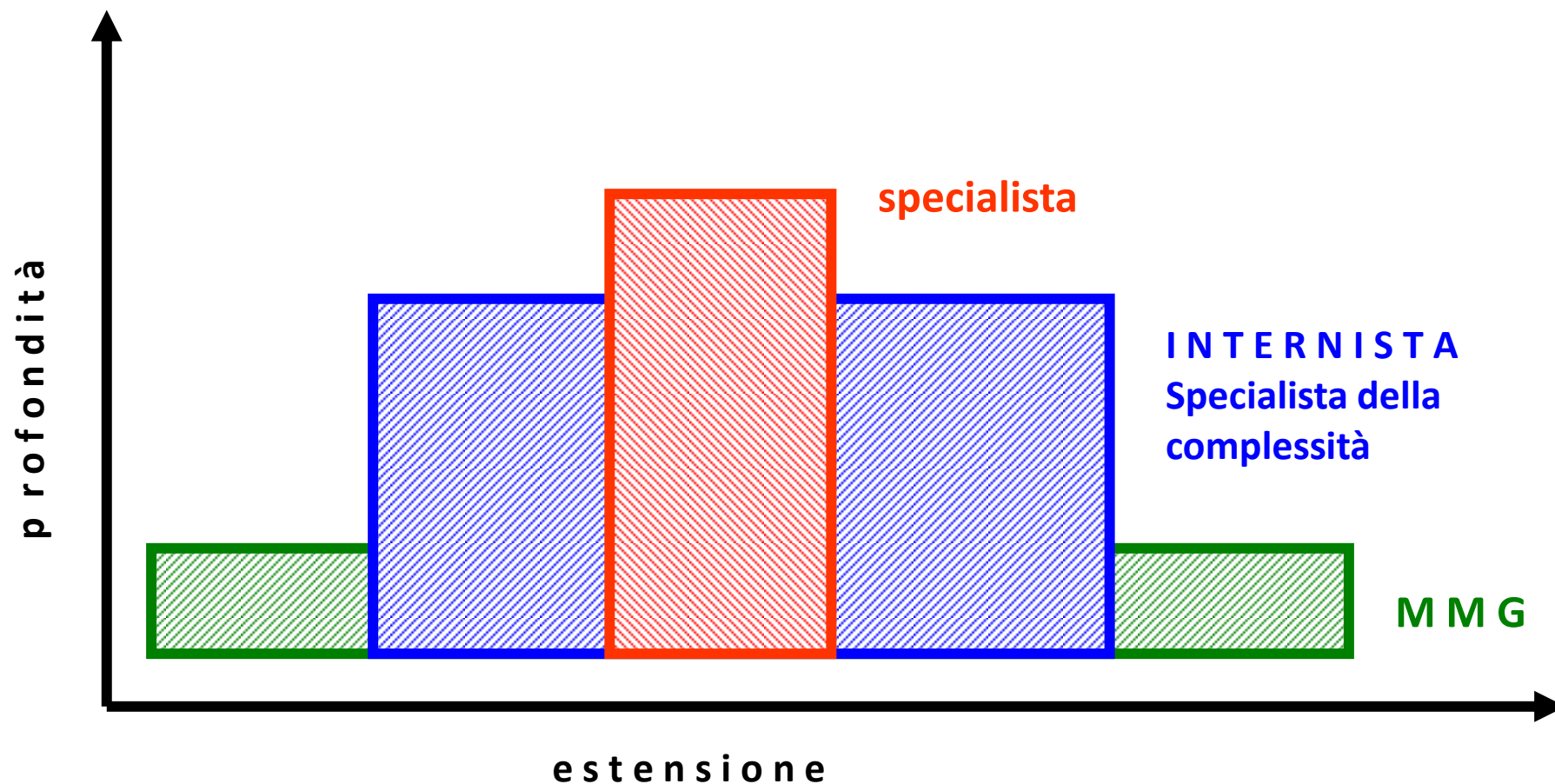
# Il Paziente REPOSI con BPCO

REgistro per lo studio dei pazienti con Polipatologie e politerapia rete SIMI

Iperensione arteriosa essenziale → 79,9%  
Donne 39,7% - Uomini 61,3%



## Ambito delle conoscenze di tre professionalità in rapporto alla estensione e profondità delle stesse





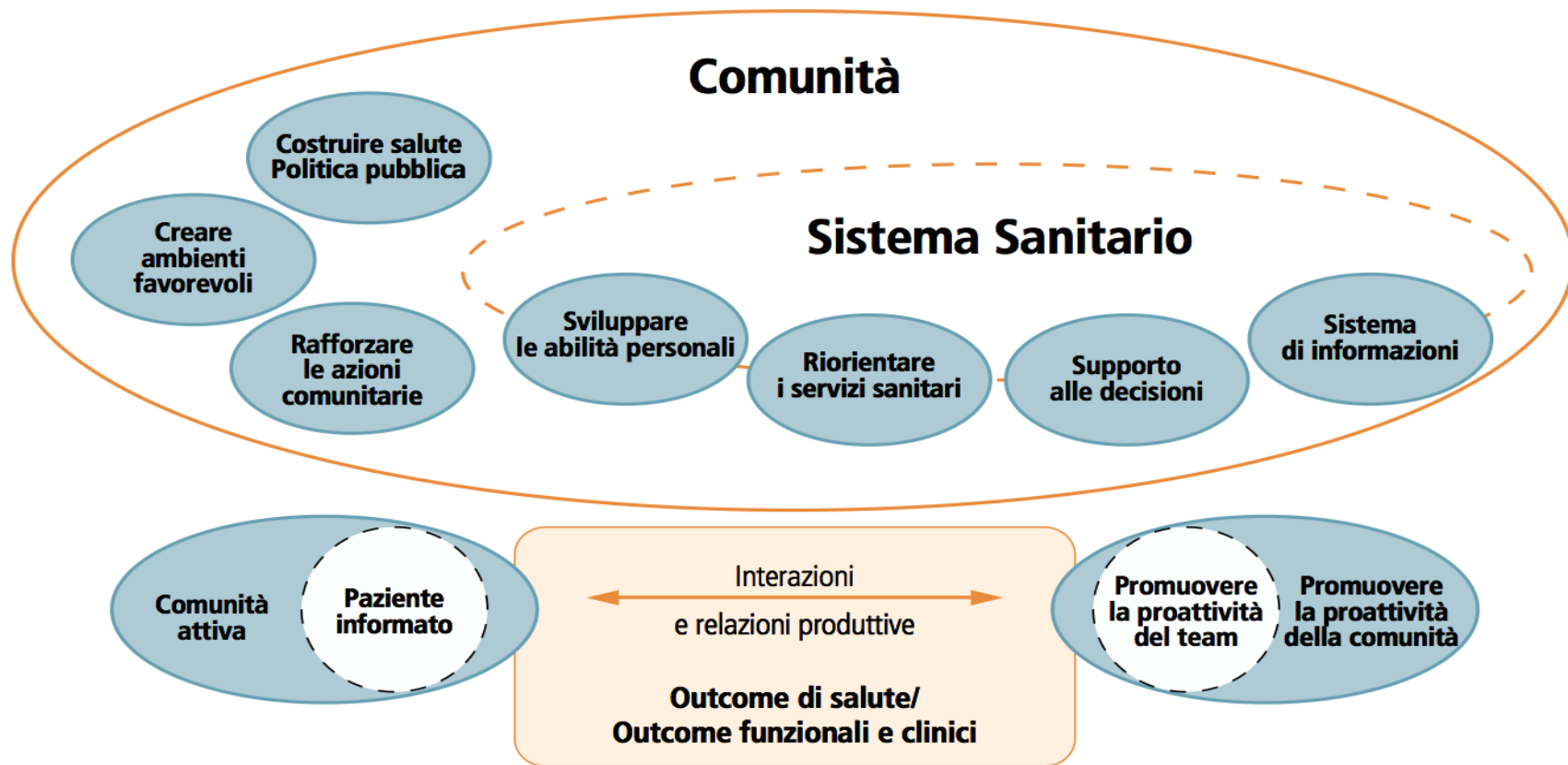
*Ministero della Salute*

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

## **Piano Nazionale della Cronicità**



# Chronic Care Model



**Expanded Chronic Care Model, affida a un team assistenziale multiprofessionale la gestione proattiva dei pazienti affetti da patologie croniche, sulla base di percorsi assistenziali predefiniti e con il supporto di sistemi informatizzati, nonché l'adozione di iniziative di prevenzione primaria e la promozione di corretti stili di vita nei confronti di tutti i propri assistiti**

## **PREMESSE E STRUTTURA GENERALE DEL PIANO**

Il mondo della cronicità è un'area in progressiva crescita che comporta un notevole impegno di risorse, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali e necessitando di servizi residenziali e territoriali finora non sufficientemente disegnati e sviluppati nel nostro Paese.

Il Piano nazionale della Cronicità (PNC) nasce dall'esigenza di armonizzare a livello nazionale le attività in questo campo, proponendo un documento, condiviso con le Regioni, che, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali, individui un disegno strategico comune inteso a promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza.

Il fine è quello di contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità di vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

## A) Il disegno complessivo



### 1. Definizioni, epidemiologia, costi

Gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità, non potendo essere rivolti alla guarigione, sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita. Per realizzarli è necessaria una corretta gestione del malato e la definizione di nuovi percorsi assistenziali che siano in grado di prendere in carico il paziente nel lungo termine, prevenire e contenere la disabilità, garantire la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi sociosanitari.

Il paziente cui ci si riferisce è una persona, solitamente anziana, spesso affetta da più patologie croniche incidenti contemporaneamente (comorbidità o multimorbidità), le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da altri determinanti (status socio-familiare, ambientale, accessibilità alle cure ecc.).

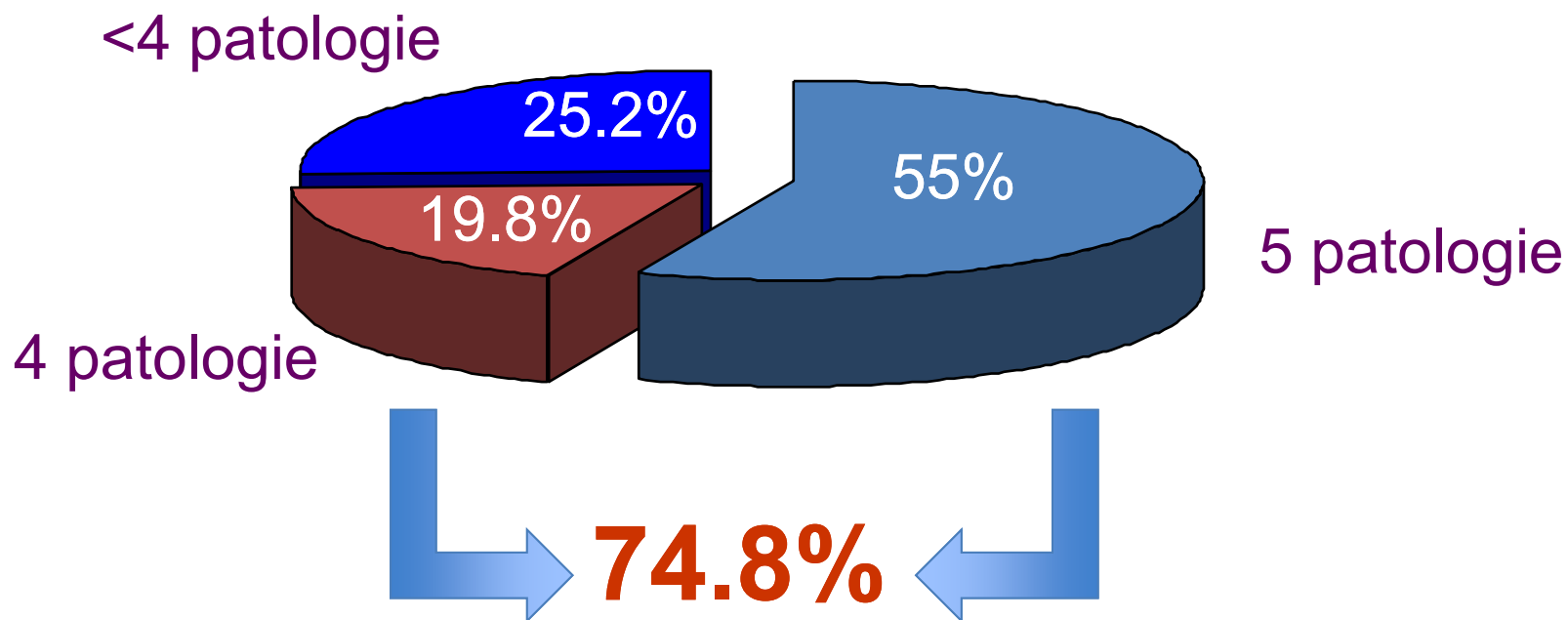
La presenza di pluripatologie richiede l'intervento di diverse figure professionali ma c'è il rischio che i singoli professionisti intervengano in modo frammentario, focalizzando l'intervento più sul trattamento della malattia che sulla gestione del malato nella sua interezza, dando talvolta origine a soluzioni contrastanti, con possibili duplicazioni diagnostiche e terapeutiche che contribuiscono all'aumento della spesa sanitaria e rendono difficoltosa la partecipazione del paziente al processo di cura.

Inoltre, la prescrizione di trattamenti farmacologici multipli, spesso di lunga durata e somministrati con schemi terapeutici complessi e di difficile gestione, può ridurre la compliance, aumentare il rischio di prescrizioni inappropriate, interazioni farmacologiche e reazioni avverse.

Infine, questi pazienti hanno un rischio maggiore di outcome negativi, quali aumento della morbidità, aumentata frequenza e durata di ospedalizzazione, aumentato rischio di disabilità e non autosufficienza, peggiore qualità di vita e aumento della mortalità.

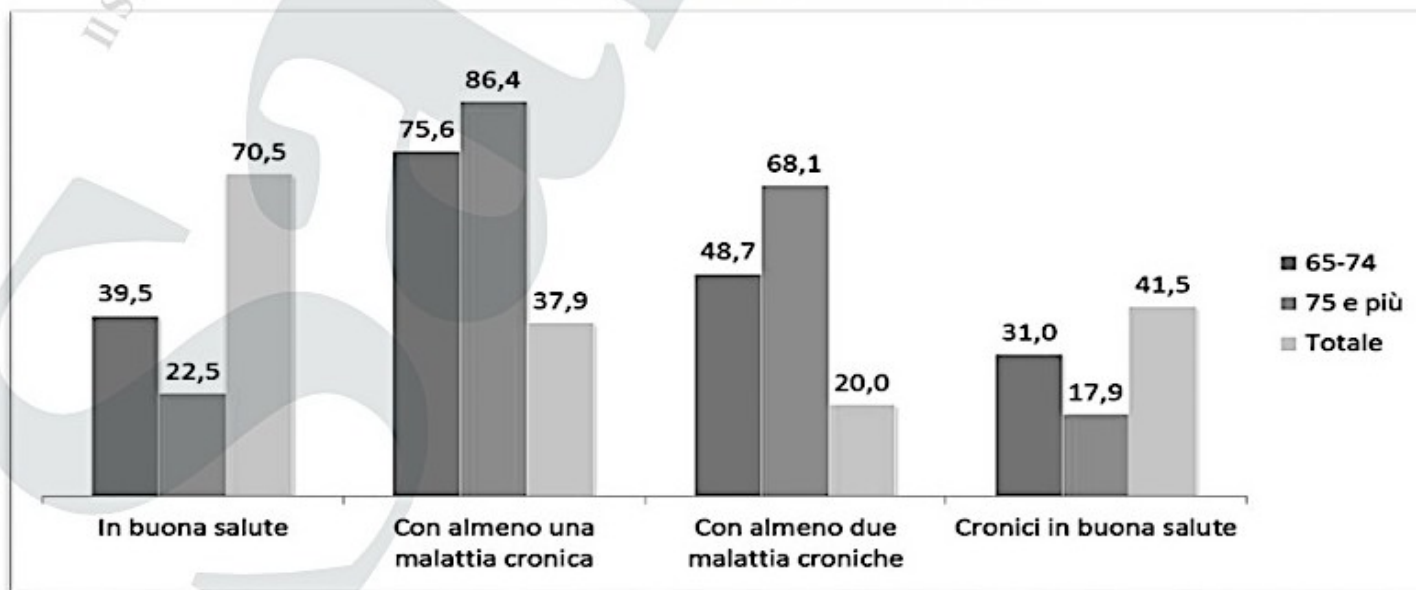


## Profilo sanitario dei pazienti alla dimissione da una Divisione di Medicina Interna

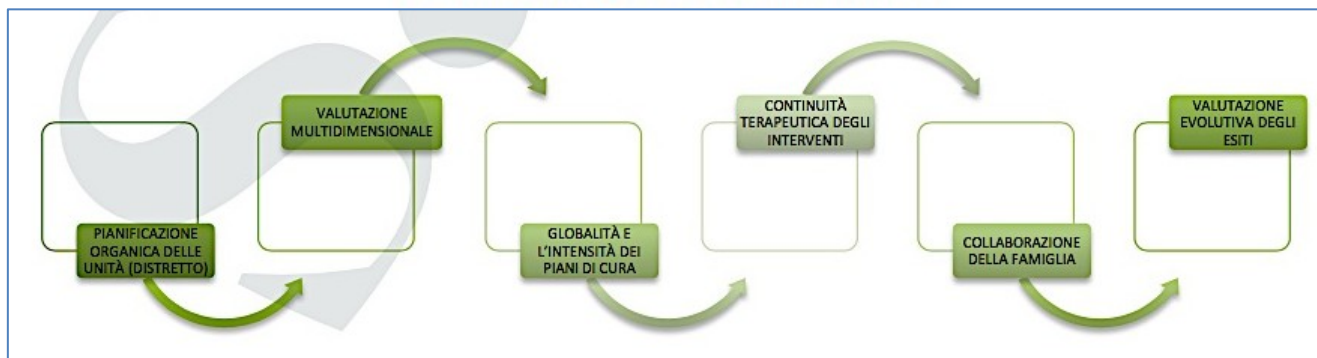


Becchi A, Bellelli F, Clarizio M, Carulli N. *Ann Ital Med Int* 2005;20:233-244

**Popolazione residente per condizioni di salute e malattie croniche dichiarate anno 2013  
(per 100 persone della stessa classe di età)**



Fonte: elaborazione CENSIS su dati ISTAT 2013





### STORIA NATURALE DI MALATTIA



### PERCORSO ASSISTENZIALE DIFFERENZIATO

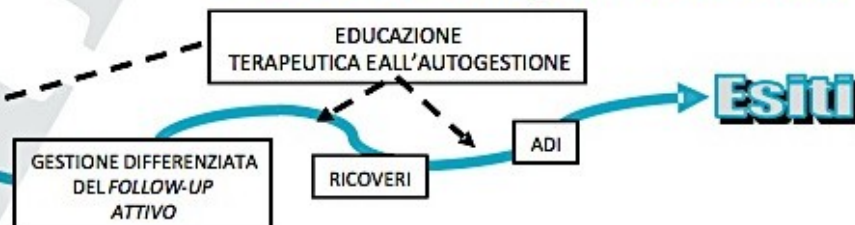
## Fase 1 Selezione



## Fase 2 Presca in carico



## Fase 3 Gestione del piano di cura



Strategie diversificate

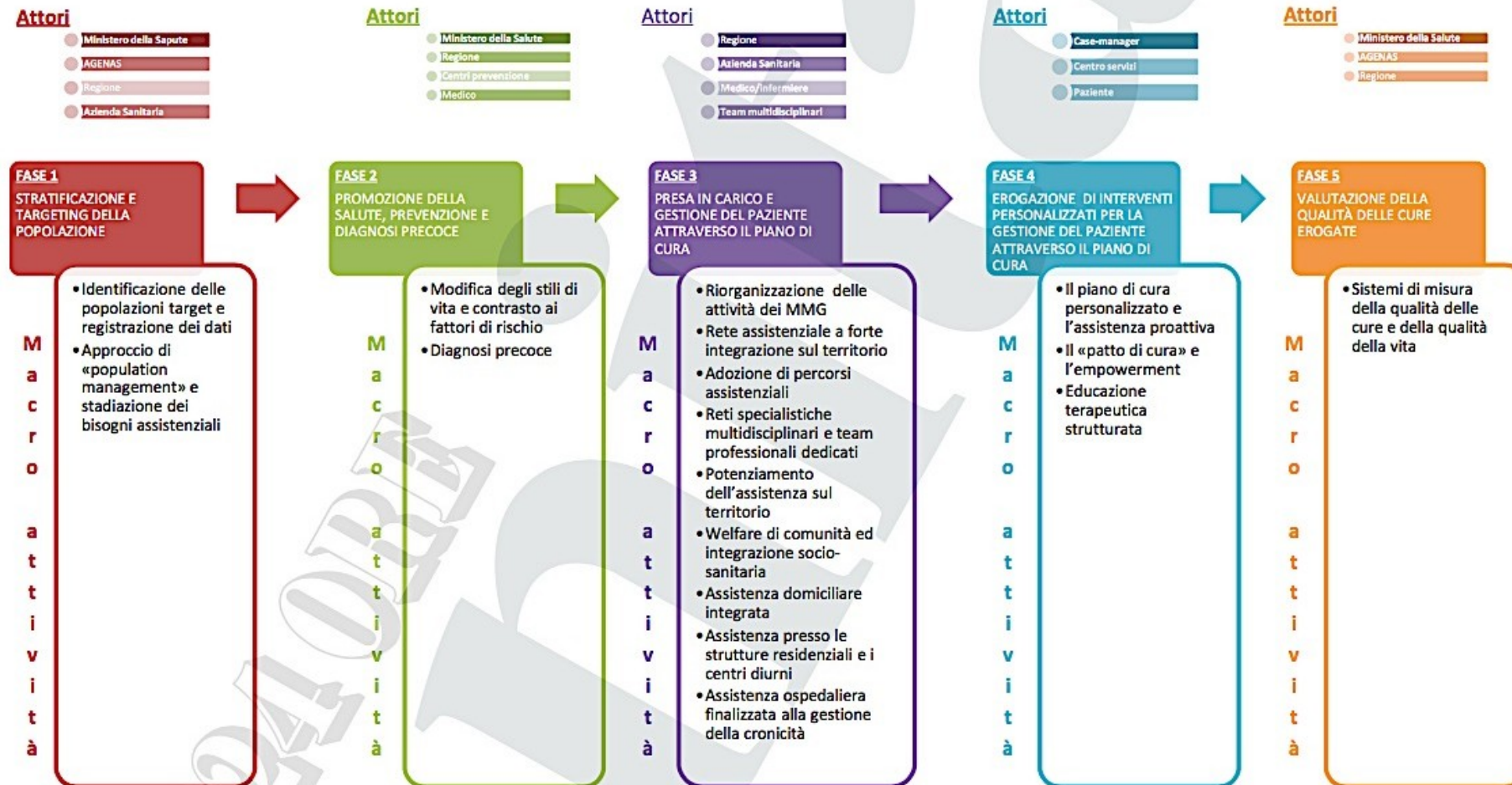
PAZIENTI A BASSO CARICO ASSISTENZIALE

PAZIENTI A MEDIO-ALTO CARICO ASSISTENZIALE

-FOLLOW-UP PREVALENTEMENTE A CARICO DEL MMG  
-FOLLOW-UP INFERMIERISTICO con Educazione per abilità di base

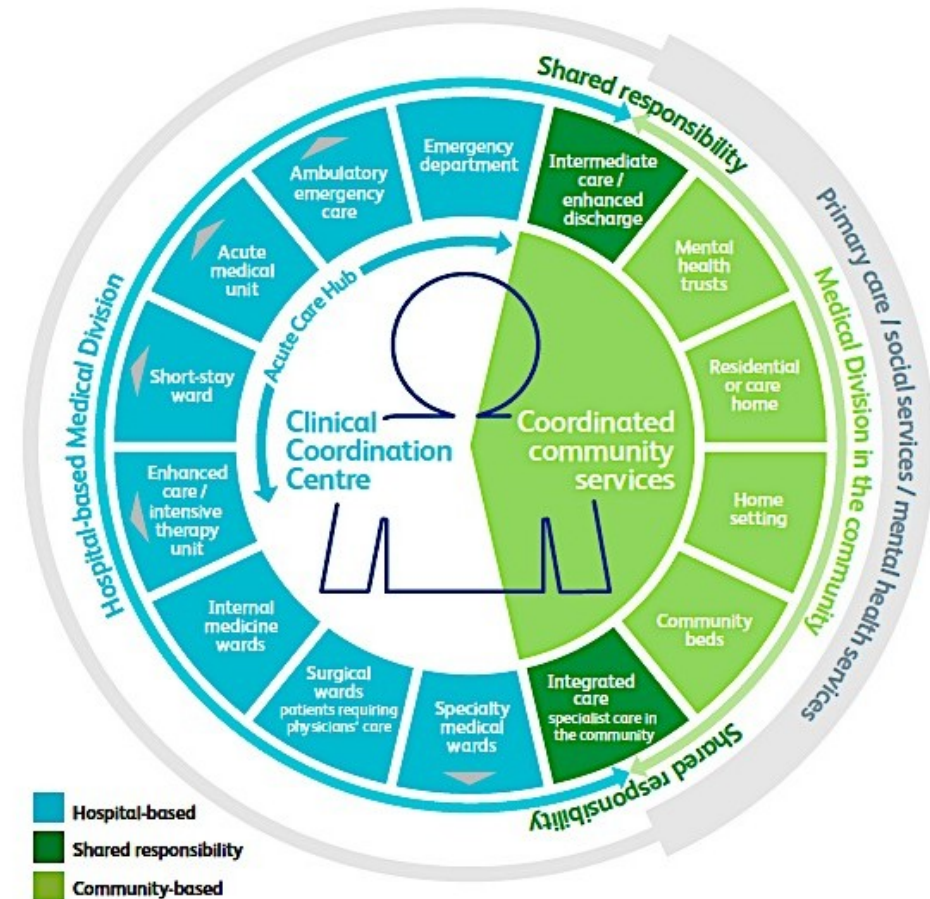
-FOLLOW-UP CON MAGGIORI CONTRIBUTI SPECIALISTICI (HT)  
-FOLLOW-UP INFERMIERISTICO CON CASE MANAGEMENT e con Educazione per abilità complesse

## IL DISEGNO DEL MACROPROCESSO



# Il SSN Inglese: L'Ospedale del Futuro secondo il Royal College of Physician

- Abbandonato il modello “intensità di cura”
- Centrato sul Dipartimento Medico

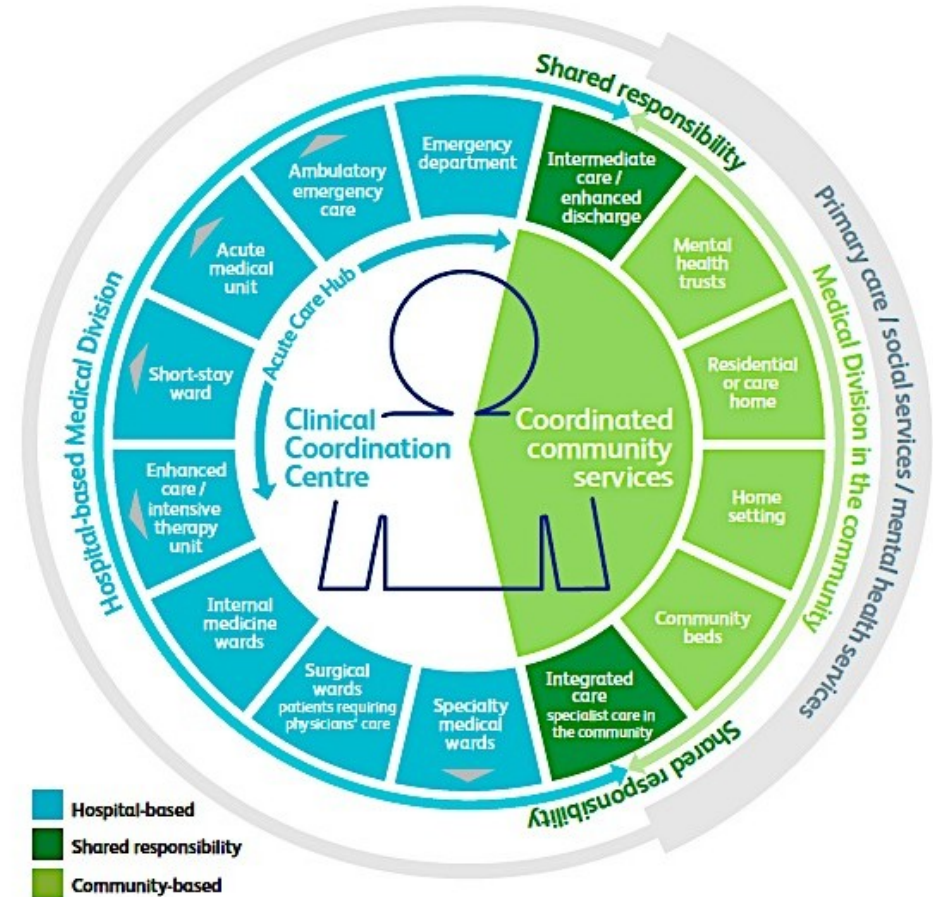


<https://www.rcplondon.ac.uk/projects/future-hospital-programme>



# L'Ospedale del Futuro secondo il Royal College of Physician

- L'internista prende in carico il paziente dal momento dell'accesso
- Lo specialista in medicina interna e delle specialità mediche lavora a stretto contatto con il territorio per prevenire le riacutizzazioni del paziente cronico
- Implementare la Specializzazione in Medicina Interna
- Prevedere 2 anni di Medicina interna anche per le Specialità Mediche (2+3)



<https://www.rcplondon.ac.uk/projects/future-hospital-programme>

Ridefinire il ruolo dello Specialista in Medicina Interna nel SSN significa assicurare al paziente cronico e complesso:

- ◆ semplificazione delle prestazioni
- ◆ competenza clinico-gestionale
- ◆ appropriatezza
- ◆ migliore utilizzazione delle risorse