



ORDINE
MEDICI CHIRURGHI
E ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA
DI BRESCIA

COMMISSIONE DI BIOETICA
Coordinatore: Dott.ssa Adriana Ioglio



MOVIMENTO
PER I DIRITTI
DEL MALATO
Sezione di Brescia

Convegno

QUALE MEDICINA CI CURA?

29 settembre 2012
ore 8.00

*Sala Conferenze
Ordine Medici ed Odontoiatri
Via Lamarmora n. 167
(Palazzo il Diamante) - Brescia*

*EBM: slow medicine o fast
medicine?*

O. DI STEFANO



ORDINE MEDICI CHIRURGHI
E ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI BRESCIA



Brescia Patrimonio Mondiale dell'UNESCO.



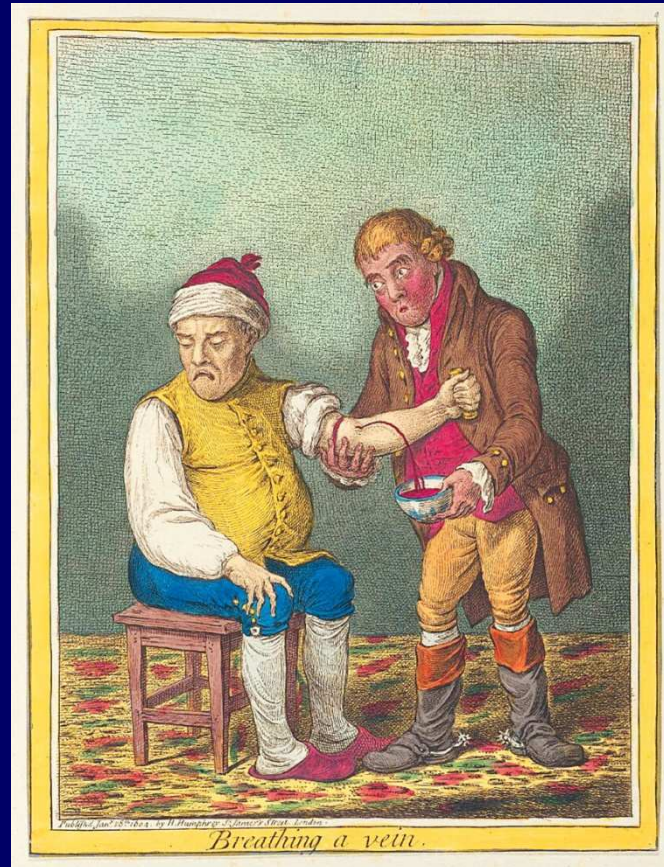
***.....Paziente e medico devono quindi incontrarsi alla pari,
portando conoscenze diverse, esigenze, preoccupazioni, e forza di
attrazione "gravitazionale" ma non rivendicando alcuna
posizione di centralità.....***

***..... o — per tornare alle radici della medicina -il caduceo -di cui
due serpenti che si intrecciano per sempre.***



***Il caduceo è costituito da un bastone dotato di due ali, simboleggianti il primato
dell'intelligenza che si pone al di sopra della materia per poterla dominare per mezzo
dell'intelligenza, e di due rettili che si accoppiano, simbolo della polarità del bene e del
male tenuta in equilibrio dal dio che ne controlla la forza***

Da dove
nascono le linee
guida?



THE
NEW ENGLAND JOURNAL

OF
MEDICINE AND SURGERY.

VOL. I.] JANUARY, 1812. [No. I.

REMARKS ON ANGINA PECTORIS.

BY JOHN WARREN, M. D.

IN our inquiries into any particular subject of Medicine, our labours will generally be shortened and directed to their proper objects, by a knowledge of preceding discoveries.

When Dr. Heberden, in the London Medical Transactions, first described a disease under the name of Angina Pectoris, so little had it attracted the attention of physicians, that much surprise was excited by the communication. From the most striking and distressing symptoms, with which it was attended, pain and stricture about the breast, it received from him its denomination; and he soon after published farther remarks on this subject, with the history of a case and appearances on dissection.

That all the cases which this author had noticed as accompanied with affections of a *somewhat similar nature*, were instances of true Angina Pectoris, is by no means probable; for not less than one hundred of those were supposed by him to have fallen under his observation. Of those, three only were women, one a boy; all the rest were men, and about the age of fifty.

In the same work were communicated some observations on this disease made by Dr. Wall, who likewise added a case of dissection.

Dr. Fothergill, in the fifth volume of the London Medical Observations and Inquiries, 1774, published his remarks upon Angina Pectoris.

John Warren, a founding member of Harvard Medical School:

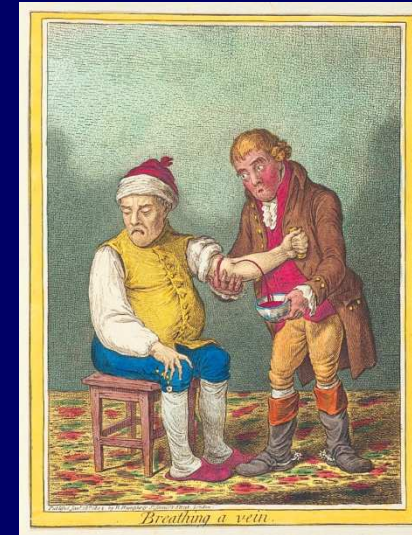
A treatise on angina pectoris. 1812

Bloodletting more
topical ether

Opium

Powerful laxatives

Caustic agents that blistered the skin over his sternum



↑↑ attacchi di angina

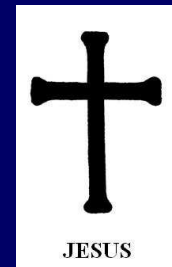
Asafetida



↑↑ attacchi di angina

Arsenic and bled him vigorously

Effimero miglioramento
con *tobacco*



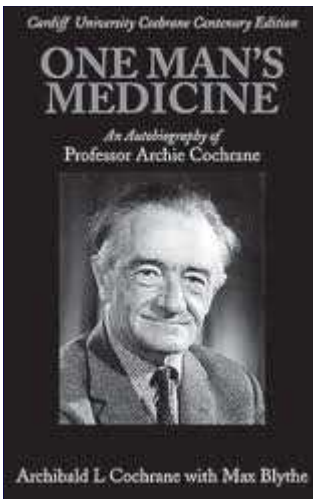
1812-2012

Dalle sanguisughe, lancette, e purganti dei primi anni del 1800 ai farmaci molecolari mirati di oggi, i medici hanno sempre cercato terapie nuove e migliori. Tuttavia l'evoluzione nel campo della terapia non è stata lineare, e nessuna delle rivoluzioni terapeutiche degli ultimi due secoli è stata immediata o completa.

Therapeutic Evolution and the Challenge of Rational Medicine

Jeremy A. Greene, M.D., Ph.D., David S. Jones, M.D., Ph.D., and Scott H. Podolsky, M.D.

N Engl J Med 2012; 367:1077-1082 September 20, 2012



1972. **Archibald Cochrane**, un epidemiologo inglese, sosteneva che i risultati della ricerca avevano un impatto molto limitato sulla pratica clinica e in un libro che ha lasciato una traccia profonda nella storia della medicina scriveva:

"è causa di grande preoccupazione constatare come la professione medica non abbia saputo organizzare un sistema in grado di rendere disponibili, e costantemente aggiornate, delle revisioni critiche sugli effetti dell'assistenza sanitaria".

«rendere disponibili a tutti i pazienti solo gli interventi sanitari di documentata efficacia.»



La EBM si poneva così prepotentemente come momento di svalutazione della intuizione, della valutazione non sistematica delle informazioni cliniche, e dell'utilizzo del razionale fisiopatologico come base sufficiente per la decisione clinica stressando invece l'importanza della analisi sistematica della qualità e consistenza delle informazioni derivabili dalla ricerca clinica.

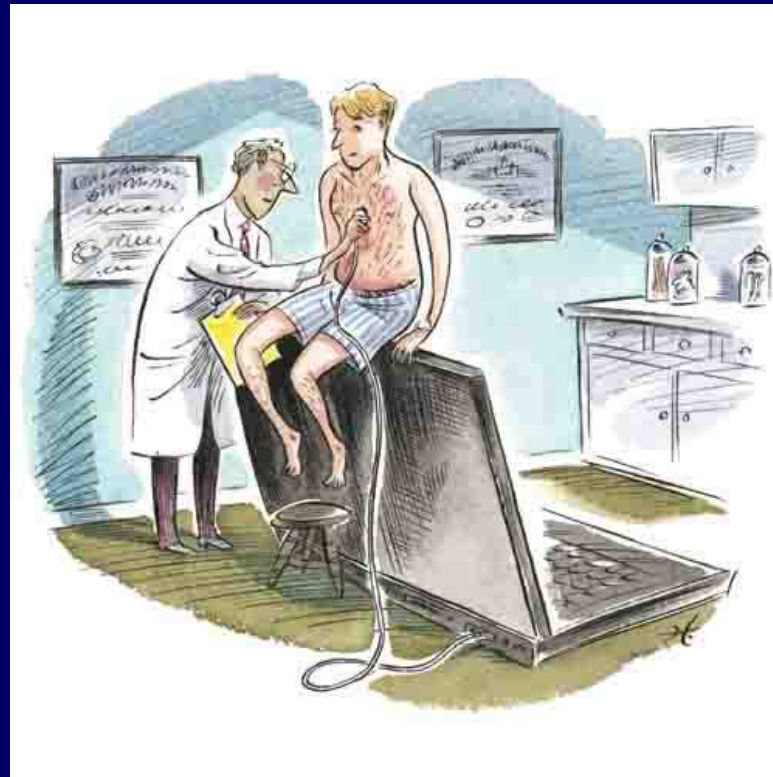
Oltre alla competenza ed abilità clinica quindi la EBM pone come elementi necessari per la pratica di una buona assistenza sanitaria il possesso di nuove capacità quali - prima tra tutte - quella di saper consultare efficientemente ed interpretare validamente la letteratura scientifica.

Alessandro Liberati ed altri

"la EBM costituisce un approccio alla pratica clinica dove le decisioni cliniche risultano dall'integrazione tra l'esperienza del medico e l'utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze scientifiche disponibili, mediate dalle preferenze del paziente".



1992...nasce la Evidence Based Medicine EBM.....
Medicina delle Prove di Efficacia



I° DEFINIZIONE DI LINEE GUIDA



1996, Sackett : *"l'uso giudizioso delle migliori evidenze disponibili per prendere decisioni sui **singoli** pazienti, ossia integrare la **propria esperienza clinica** con le migliori evidenze prodotte dalla ricerca sistematica"*.

Per **esperienza clinica** si intende *"la competenza e la capacità di giudizio che i medici acquisiscono nella loro pratica professionale gestendo con attenzione e coinvolgimento situazioni cliniche particolarmente complesse"*.



Linee guida (56 pagine per nuovo X box)

La definizione più nota di Linee Guida è quella formulata dall'Institute of Medicine nel 1992 che le definisce come

“raccomandazioni sviluppate in modo sistematico per assistere medici e pazienti nelle decisioni sulla gestione appropriata di specifiche condizioni cliniche”

“protocollo”

si indica uno schema
descrivendo una riga
caso della sperimentazione

“standard”

si riferisce a valori e
servizi resi o le performance

“procedura”

è un insieme di azioni

“percorso diagnostico”

è la descrizione di interventi
messi in atto nell'area
qualità con i minori



diagnostica,

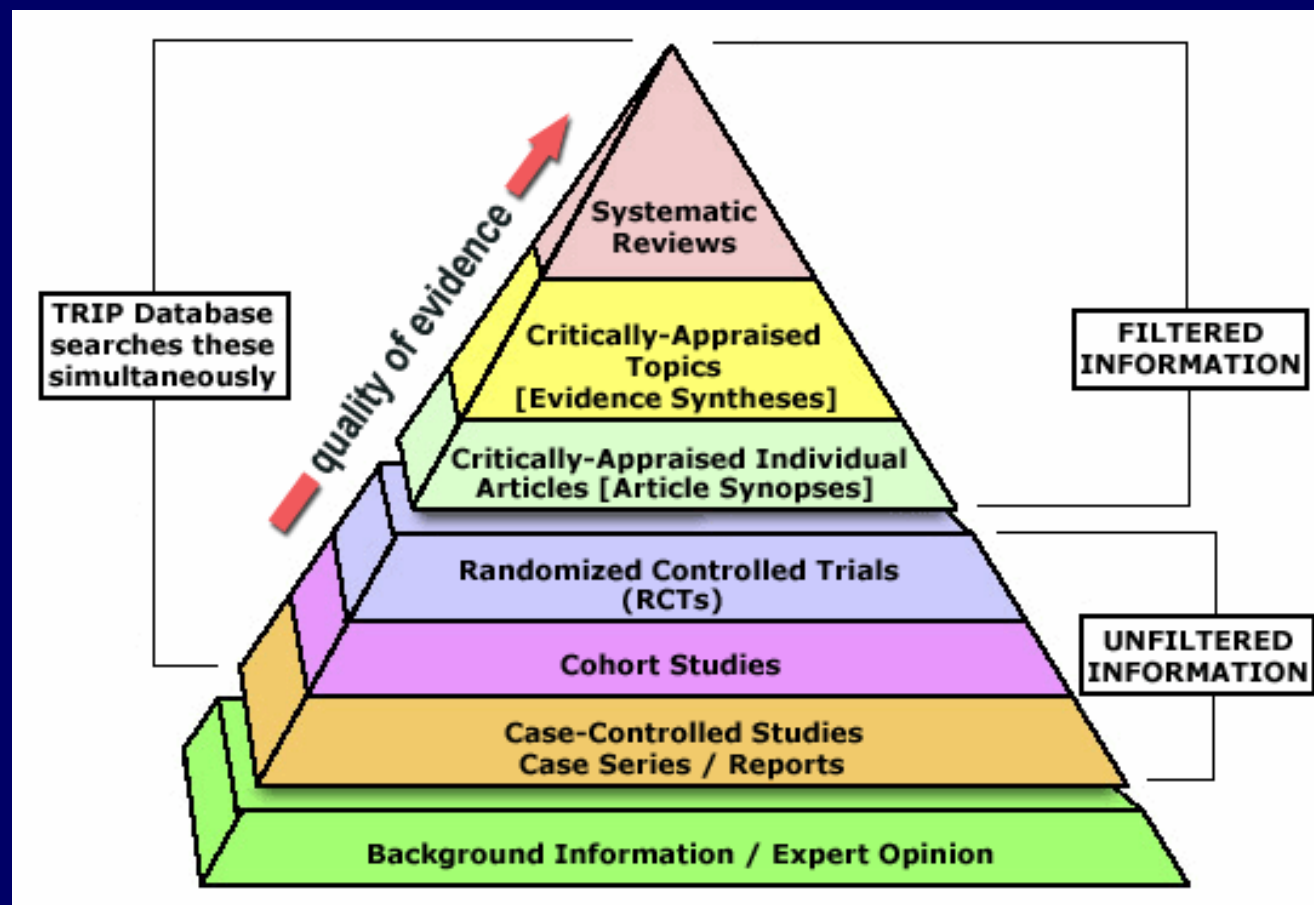
senza di attività o di

prefissato

a cronologica,
il massimo livello di
opera

Tabella 1
Livelli di prova e forza delle raccomandazioni

LIVELLI DI PROVA (nel testo abbreviato in LdP)	
Prove di tipo	
I	Prove ottenute da più studi clinici controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati
II	Prove ottenute da un solo studio randomizzato di disegno adeguato
III	Prove ottenute da studi di coorte non randomizzati con controlli concorrenti o storici o loro metanalisi
IV	Prove ottenute da studi retrospettivi tipo caso-controllo o loro metanalisi
V	Prove ottenute da studi di casistica ("serie di casi") senza gruppo di controllo
VI	Prove basate sull'opinione di esperti autorevoli o di comitati di esperti come indicato in linee-guida o consensus conference, o basate su opinioni dei membri del gruppo di lavoro responsabile di queste linee-guida
FORZA DELLE RACCOMANDAZIONI (nel testo abbreviato in FdR)	
Forza	
A	L'esecuzione di quella particolare procedura o test diagnostico è fortemente raccomandata. Indica una particolare raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, anche se non necessariamente di tipo I o II
B	Si nutrono dei dubbi sul fatto che quella particolare procedura o intervento debba sempre essere raccomandata, ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata
C	Esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura o l'intervento
D	L'esecuzione della procedura non è raccomandata
E	Si sconsiglia fortemente l'esecuzione della procedura



FEDERICO FELLINI



LA DOLCE VITA

MARCELLO MASTROIANNI · ANITA EKBERG

ANOUK AIMEE · YVONNE FURNEAUX · ALAIN CUNY · ANNIBALE NINCHI
WALTER BARTESKO · MAGALI NOEL · LEX BARKER · JACQUES SERNAS · NADIA GRAY

PRODOTTO DA ROMA FILM, ROMA
PRIMA COSEQUISTIA CINEMA, ROMA

TOTALSCOPE
MARCHIO DEPOSITATO DALL'A.T.C.

DISTRIBUITA DA GIUSEPPE AMATO



Le seguenti evenienze cliniche hanno come riferimento Linee Guida.

Insufficienza cardiaca

(Guidelines for the Evalutation and Management of Heart Failure – 1995 – American College of Cardiology)

Malattie cerebrovascolari (Ictus ed accessi ischemici transitori)

(Ictus cerebri: linee guida Italiane ; SPREAD 1999)

Broncopneumopatie cronica ed asma bronchiale

(Veterans health administration clinical practice guidelines)

Polmoniti

(The Medical Letter 1999)

Sincopi

(ACP-ASIM 1997)

Malattie esofago-gastriche ed eradicazione infezione da Helicobacter Pyloridis

(National Guideline Clearinghouse 1997-Gastroenterology 1998)

Angina pectoris

(Cardiolink 2000)

Aritmie cardiache

(European Heart Journal 1998)

Iipertensione arteriosa

(Linee guida per il trattamento dell'ipertensione – 1999 –OMS)

Diabete Mellito

(American Diabetes Association Clinical Practice Recommendations 1998).

Encefalopatia epatica

(NEJM 1997)

Reumatologia –artrite reumatoide

(Arthritis & Rheuamtism 1996)

Tromboembolismo venoso (compresa l'embolia polmonare)

(Linee guida per la diagnosi,profilassi e terapia del tromboembolismo venoso. Siset 1999)

Osteoporosi

(American association of clinical endocrinologists 1996)

Prevenzione delle dislipidemie

(Prevention of Coronanar Heart Disease in Clinical Practice Europen Society of cardiology et alt.)

Obesità

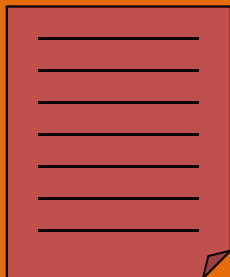
(LIGIO 99- Linee Guida Italiane Obesità – Task Force Obesity Italia)

Trattamento dell'ipertiroidismo e dell'ipotiroidismo

(Treatment Guidelines for patients With Hyeprthyroidism and Hypothyroidism.JAMA 1995)

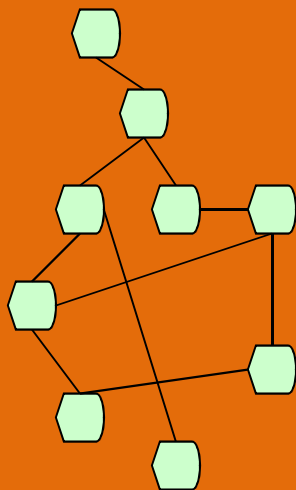
A.O. Spedali Civili P.O.Montichiari U.O. Medicina linee guida 2001

LG

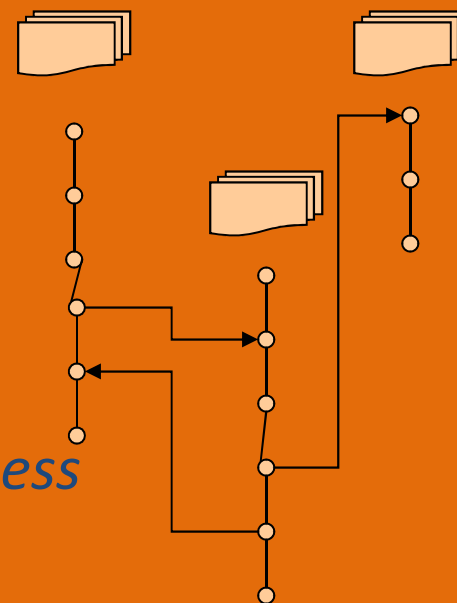


Efficacy

Safety



Effectiveness



Conoscenze

Tecnologie

Pratiche

Linee guida operative

**Cartella clinica?
(sistematica - per problemi)**

“Mondo”

**Sistema Sanitario
(più AO/ASL)**

**AO, Dpt
Persona**

Linea Guida

Caratteristiche del presidio

- assenza di terapia intensiva
- possibilità di monitoraggio semplice (non centralizzato)
- presenza dello specialista cardiologo in orario diurno
- presenza del medico rianimatore in orario diurno

**Linea guida operativa o
(meglio) percorso del paziente
con....**



“Gestione del paziente con dolore toracico”

Il percorso

Incontro con gli esperti

Panteghini

Cuccia



Bozza del protocollo



***Discussione nelle riunioni
di reparto
(medici e capo sala)***

“Gestione del paziente con dolore toracico”

Il percorso

Stesura bozza



***Discussione nelle riunioni
di reparto
(medici e capo sala)***

Correzione



Bozza per altre UO coinvolte



***Discussione nelle riunioni
di reparto allargate (IP
ed OTA)***



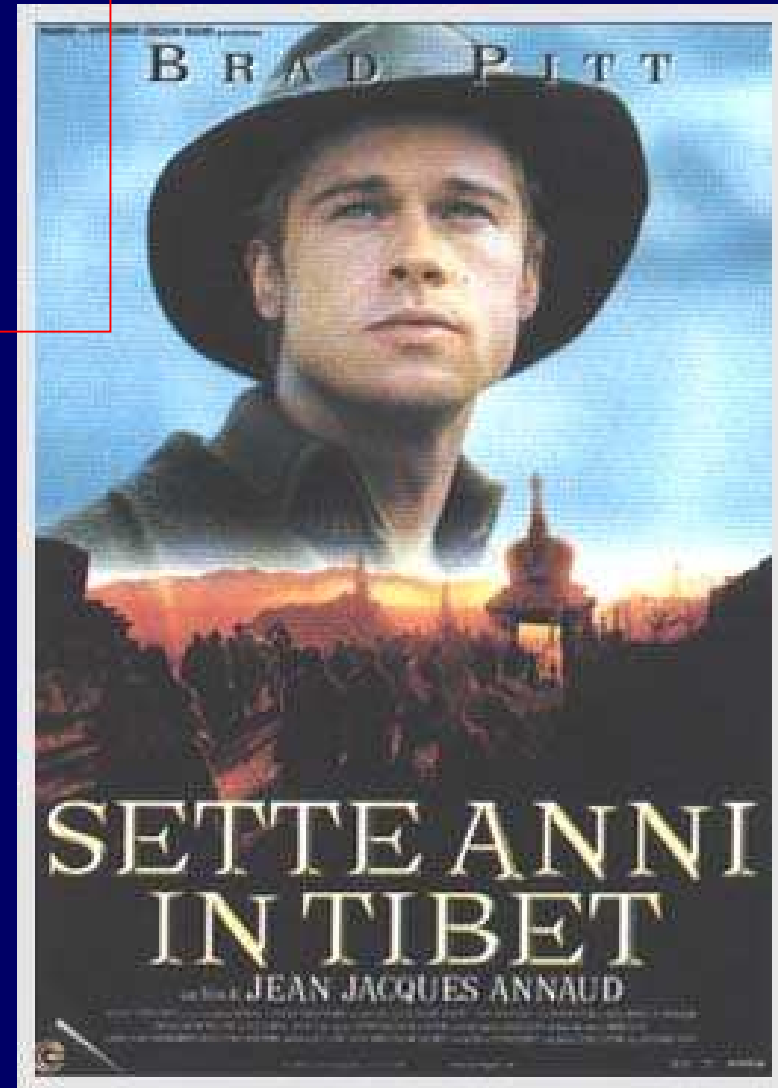
Condivisione

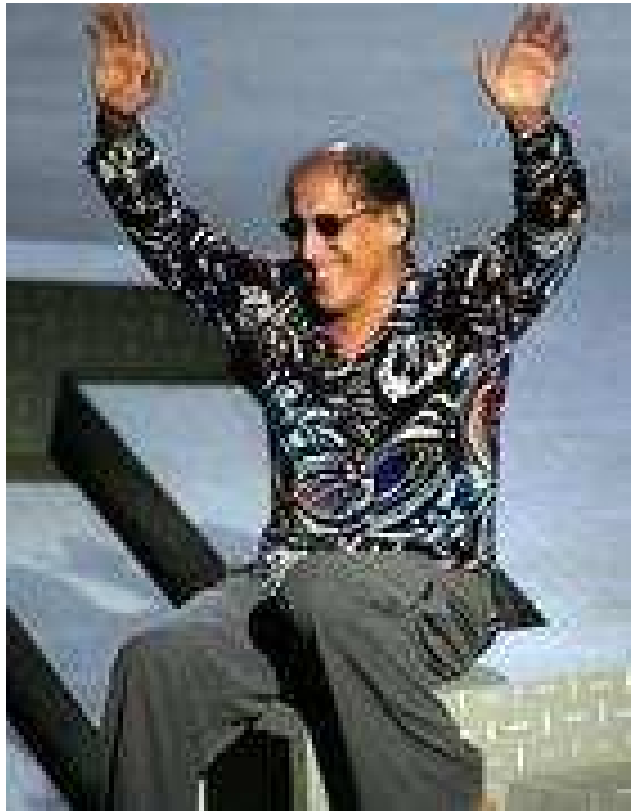
PS

cardiologi del Presidio

Utic

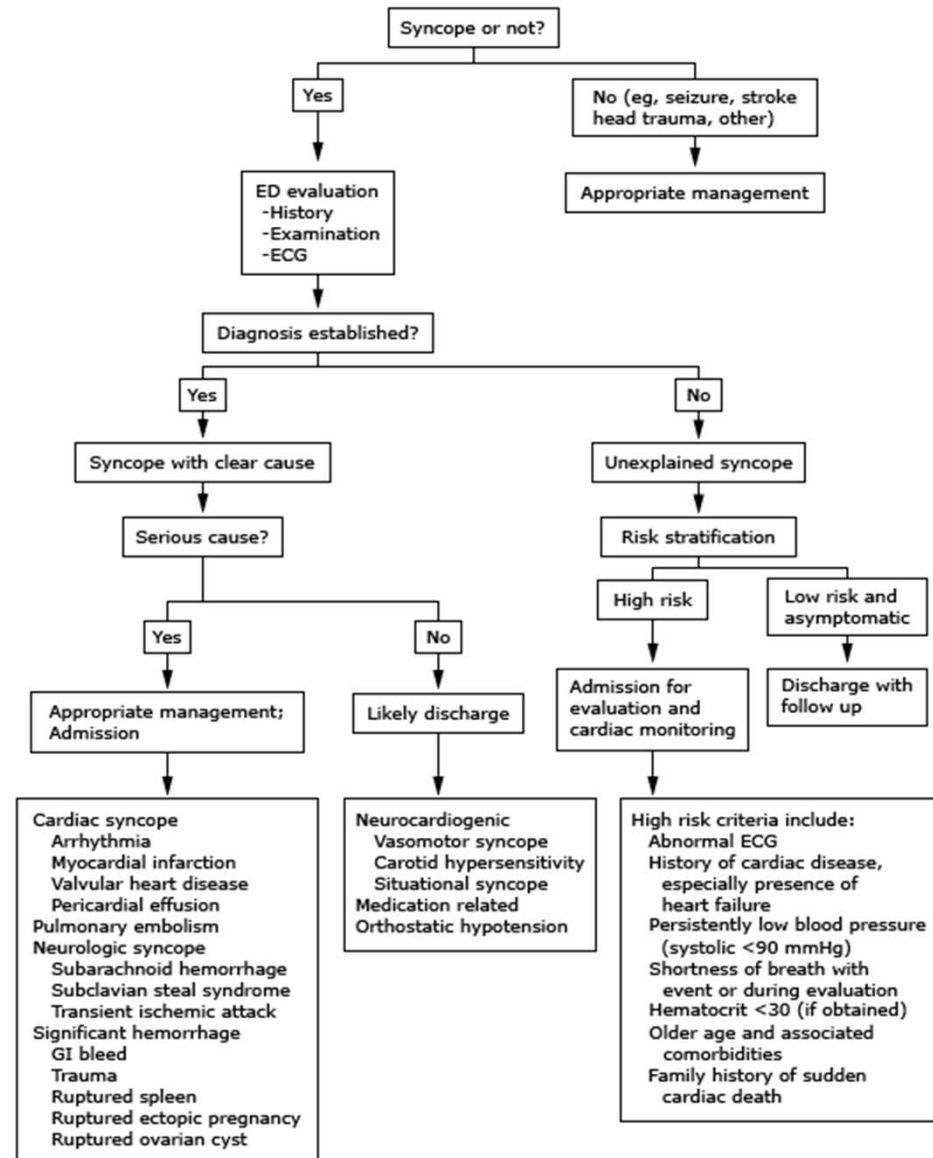
Versione definitiva





rock o lento

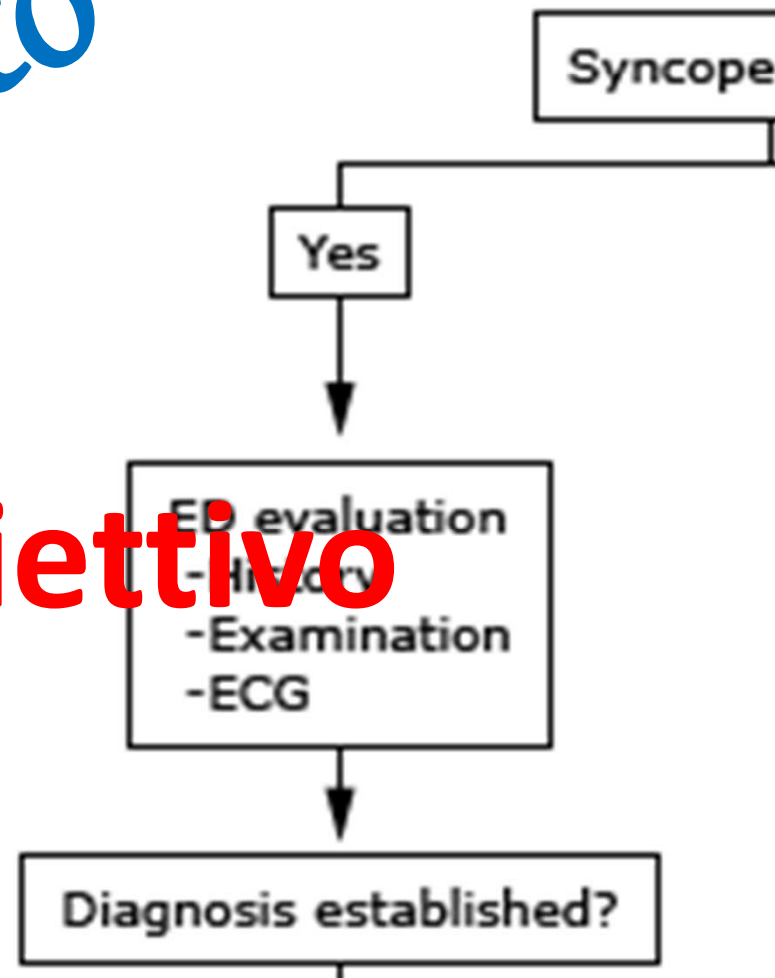
Algorithm representing the emergency department approach to an adult patient with syncope



Algorithm representing the emergency evaluation of an adult patient with syncope

Lento

Anamnesi
Esame obiettivo
ECG





Relative Contributions of History-taking, Physical Examination, and Laboratory Investigation to Diagnosis and Management of Medical Outpatients

J. R. HAMPTON, M. J. G. HARRISON, J. R. A. MITCHELL, J. S. PRICHARD, CAROL SEYMOUR
British Medical Journal, 1975, 2, 486-489

A diagnosis that agreed with the one finally accepted was made after reading the referral letter and taking the history in 56-79 % new patients

Articles

Contributions of the History, Physical Examination, and Laboratory Investigation in Making Medical Diagnoses

MICHAEL C. PETERSON, MD, Morgantown, West Virginia; JOHN H. HOLBROOK, MD; DE VON HALES, MD; N. LEE SMITH, MD; and LARRY V. STAKER, MD, Salt Lake City, Utah 1992

This study supports the widely held belief that the "history is the most powerful diagnostic tool available to the internist."

Bisnonno suicida. Padre + di carcinoma, di temperamento violento. Madre neuropatica. Fratelli eccentici, stambi sviluppo fisico regolare. Lei gravida n. 1. N. 2. P. 1. P. 2. P. 3. P. 4. P. 5. P. 6. P. 7. P. 8. P. 9. P. 10. P. 11. P. 12. P. 13. P. 14. P. 15. P. 16. P. 17. P. 18. P. 19. P. 20. P. 21. P. 22. P. 23. P. 24. P. 25. P. 26. P. 27. P. 28. P. 29. P. 30. P. 31. P. 32. P. 33. P. 34. P. 35. P. 36. P. 37. P. 38. P. 39. P. 40. P. 41. P. 42. P. 43. P. 44. P. 45. P. 46. P. 47. P. 48. P. 49. P. 50. P. 51. P. 52. P. 53. P. 54. P. 55. P. 56. P. 57. P. 58. P. 59. P. 60. P. 61. P. 62. P. 63. P. 64. P. 65. P. 66. P. 67. P. 68. P. 69. P. 70. P. 71. P. 72. P. 73. P. 74. P. 75. P. 76. P. 77. P. 78. P. 79. P. 80. P. 81. P. 82. P. 83. P. 84. P. 85. P. 86. P. 87. P. 88. P. 89. P. 90. P. 91. P. 92. P. 93. P. 94. P. 95. P. 96. P. 97. P. 98. P. 99. P. 100. P. 101. P. 102. P. 103. P. 104. P. 105. P. 106. P. 107. P. 108. P. 109. P. 110. P. 111. P. 112. P. 113. P. 114. P. 115. P. 116. P. 117. P. 118. P. 119. P. 120. P. 121. P. 122. P. 123. P. 124. P. 125. P. 126. P. 127. P. 128. P. 129. P. 130. P. 131. P. 132. P. 133. P. 134. P. 135. P. 136. P. 137. P. 138. P. 139. P. 140. P. 141. P. 142. P. 143. P. 144. P. 145. P. 146. P. 147. P. 148. P. 149. P. 150. P. 151. P. 152. P. 153. P. 154. P. 155. P. 156. P. 157. P. 158. P. 159. P. 160. P. 161. P. 162. P. 163. P. 164. P. 165. P. 166. P. 167. P. 168. P. 169. P. 170. P. 171. P. 172. P. 173. P. 174. P. 175. P. 176. P. 177. P. 178. P. 179. P. 180. P. 181. P. 182. P. 183. P. 184. P. 185. P. 186. P. 187. P. 188. P. 189. P. 190. P. 191. P. 192. P. 193. P. 194. P. 195. P. 196. P. 197. P. 198. P. 199. P. 200. P. 201. P. 202. P. 203. P. 204. P. 205. P. 206. P. 207. P. 208. P. 209. P. 210. P. 211. P. 212. P. 213. P. 214. P. 215. P. 216. P. 217. P. 218. P. 219. P. 220. P. 221. P. 222. P. 223. P. 224. P. 225. P. 226. P. 227. P. 228. P. 229. P. 230. P. 231. P. 232. P. 233. P. 234. P. 235. P. 236. P. 237. P. 238. P. 239. P. 240. P. 241. P. 242. P. 243. P. 244. P. 245. P. 246. P. 247. P. 248. P. 249. P. 250. P. 251. P. 252. P. 253. P. 254. P. 255. P. 256. P. 257. P. 258. P. 259. P. 260. P. 261. P. 262. P. 263. P. 264. P. 265. P. 266. P. 267. P. 268. P. 269. P. 270. P. 271. P. 272. P. 273. P. 274. P. 275. P. 276. P. 277. P. 278. P. 279. P. 280. P. 281. P. 282. P. 283. P. 284. P. 285. P. 286. P. 287. P. 288. P. 289. P. 290. P. 291. P. 292. P. 293. P. 294. P. 295. P. 296. P. 297. P. 298. P. 299. P. 300. P. 301. P. 302. P. 303. P. 304. P. 305. P. 306. P. 307. P. 308. P. 309. P. 310. P. 311. P. 312. P. 313. P. 314. P. 315. P. 316. P. 317. P. 318. P. 319. P. 320. P. 321. P. 322. P. 323. P. 324. P. 325. P. 326. P. 327. P. 328. P. 329. P. 330. P. 331. P. 332. P. 333. P. 334. P. 335. P. 336. P. 337. P. 338. P. 339. P. 340. P. 341. P. 342. P. 343. P. 344. P. 345. P. 346. P. 347. P. 348. P. 349. P. 350. P. 351. P. 352. P. 353. P. 354. P. 355. P. 356. P. 357. P. 358. P. 359. P. 360. P. 361. P. 362. P. 363. P. 364. P. 365. P. 366. P. 367. P. 368. P. 369. P. 370. P. 371. P. 372. P. 373. P. 374. P. 375. P. 376. P. 377. P. 378. P. 379. P. 380. P. 381. P. 382. P. 383. P. 384. P. 385. P. 386. P. 387. P. 388. P. 389. P. 390. P. 391. P. 392. P. 393. P. 394. P. 395. P. 396. P. 397. P. 398. P. 399. P. 400. P. 401. P. 402. P. 403. P. 404. P. 405. P. 406. P. 407. P. 408. P. 409. P. 410. P. 411. P. 412. P. 413. P. 414. P. 415. P. 416. P. 417. P. 418. P. 419. P. 420. P. 421. P. 422. P. 423. P. 424. P. 425. P. 426. P. 427. P. 428. P. 429. P. 430. P. 431. P. 432. P. 433. P. 434. P. 435. P. 436. P. 437. P. 438. P. 439. P. 440. P. 441. P. 442. P. 443. P. 444. P. 445. P. 446. P. 447. P. 448. P. 449. P. 450. P. 451. P. 452. P. 453. P. 454. P. 455. P. 456. P. 457. P. 458. P. 459. P. 460. P. 461. P. 462. P. 463. P. 464. P. 465. P. 466. P. 467. P. 468. P. 469. P. 470. P. 471. P. 472. P. 473. P. 474. P. 475. P. 476. P. 477. P. 478. P. 479. P. 480. P. 481. P. 482. P. 483. P. 484. P. 485. P. 486. P. 487. P. 488. P. 489. P. 490. P. 491. P. 492. P. 493. P. 494. P. 495. P. 496. P. 497. P. 498. P. 499. P. 500. P. 501. P. 502. P. 503. P. 504. P. 505. P. 506. P. 507. P. 508. P. 509. P. 510. P. 511. P. 512. P. 513. P. 514. P. 515. P. 516. P. 517. P. 518. P. 519. P. 520. P. 521. P. 522. P. 523. P. 524. P. 525. P. 526. P. 527. P. 528. P. 529. P. 530. P. 531. P. 532. P. 533. P. 534. P. 535. P. 536. P. 537. P. 538. P. 539. P. 540. P. 541. P. 542. P. 543. P. 544. P. 545. P. 546. P. 547. P. 548. P. 549. P. 550. P. 551. P. 552. P. 553. P. 554. P. 555. P. 556. P. 557. P. 558. P. 559. P. 560. P. 561. P. 562. P. 563. P. 564. P. 565. P. 566. P. 567. P. 568. P. 569. P. 570. P. 571. P. 572. P. 573. P. 574. P. 575. P. 576. P. 577. P. 578. P. 579. P. 580. P. 581. P. 582. P. 583. P. 584. P. 585. P. 586. P. 587. P. 588. P. 589. P. 5

PAIN			
Durata del dolore:			
Da quanto tempo? N° <input type="text" value="2"/> di: <input type="radio"/> Giorni <input checked="" type="radio"/> Settimane <input type="radio"/> Mesi <input type="radio"/> Anni <input type="radio"/> Non valutabile			
E' la prima volta che ha avvertito il dolore in questa sede: <input type="radio"/> Sì <input checked="" type="radio"/> No			
Ha assunto in modo autonomo farmaci per questo dolore: <input checked="" type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No			
Con periodi di remissione completa senza l'assunzione di farmaci ? <input checked="" type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No			
Tipologia:			
Localizzato: <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No		Irradiato neurologico: <input checked="" type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No	
Frequenza:			
Poche volte (≤ 3)	<input checked="" type="radio"/> al dì	<input type="radio"/> alla settimana	<input type="radio"/> al mese
Più volte (> 3)	<input type="radio"/> al dì	<input type="radio"/> alla settimana	<input type="radio"/> al mese
		<input type="radio"/> all'anno	<input type="radio"/> continuo
		<input type="radio"/> non valutabile	
Tipo di dolore:		Dolore Episodico:	
<input type="radio"/> Nocicettivo somatico		<input type="radio"/> Breakthrough	
<input type="radio"/> Nocicettivo viscerale		<input checked="" type="radio"/> Incidente	
<input type="radio"/> Neuropatico		<input type="radio"/> Non classificabile	
		Massima intensità algica:	
		<input type="checkbox"/> Mattino	
		<input checked="" type="checkbox"/> Pomeriggio / Sera	
		<input checked="" type="checkbox"/> Notte	
		<input checked="" type="checkbox"/> Senza Variazioni	
Intensità del dolore:			
<input type="range" value="9"/> 9			
Tollerabilità:		Problemi a svolgere attività quotidiane:	
<input type="radio"/> Molto tollerabile		<input checked="" type="radio"/> Nessuno	
<input checked="" type="radio"/> Tollerabile		<input type="radio"/> Pochi	
<input type="radio"/> Poco tollerabile		<input type="radio"/> Qualche volta	
<input type="radio"/> Insopportabile		<input type="radio"/> Molti	
		<input type="radio"/> Da non riuscire a fare niente	
		Importanza componente psico-sociale nella determinazione del dolore:	
		<input type="radio"/> Nessuna	
		<input checked="" type="radio"/> Scarsa	
		<input type="radio"/> Abbastanza	
		<input type="radio"/> Molta	
Giudizio globale sul dolore nel periodo d'intercorso dall'ultimo controllo:			
<input type="radio"/> Risolto <input type="radio"/> Migliorato <input type="radio"/> Peggiorato <input type="radio"/> Stazionario			
<input checked="" type="radio"/> Non valutabile <input type="radio"/> Deceduto <input type="radio"/> Trasferito			
<input checked="" type="checkbox"/> Pregresso		<input checked="" type="checkbox"/> Chiusura indagine	
		<input type="button" value="OK"/>	
		<input type="button" value="Annulla"/>	

**Diagnosi
56-79 % dei
pazienti**



REPRINTS AND REFLECTIONS

The end of clinical freedom

J R Hampton

Professor of Cardiology, University Hospital,
Nottingham NG7 2UH

2012/8

Clinical freedom is dead, and no one need regret its passing.

La libertà clinica è morta e nessuno deve rimpiangere la sua scomparsa.....

Clinical freedom died accidentally, crushed between the rising cost of research, investigation and treatment, and the limits inevitable in an economy that cannot expand indefinitely. Clinical freedom, however, has been strangely resilient. At best it was a cloak for ignorance, an excuse for quackery. Clinical freedom, a myth that prevented true progress, welcome its demise, and seize the opportunities now laid out.

J R Hampton
Agosto 2012



mente, schiacciata tra
di indagine e di
itabili in una
l'infinito.

tempo fa in quanto era
a peggiore scusa per la
mito che impediva il
e la sua scomparsa, e

cogliere le opportunità che sono "stese" davanti a noi



COLLEGE LECTURES

Clinical Medicine Vol 3 No 3 May/June 2003 279

Guidelines – for the obedience of fools and the guidance of wise men?

John R Hampton

Linee guida - per l'obbedienza degli
sciocchi e la guida dei saggi?

GREGORY PECK
IN
IL BUIO
OLTRE LA SIEPE

DECRETO-LEGGE 13 settembre 2012, n. 158
Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un
piu' alto livello di tutela della salute. (12G0180)

Art. 3

Responsabilita' professionale dell'esercente
le professioni sanitarie

1. Fermo restando il disposto dell'articolo 2236 del codice civile, nell'accertamento della colpa lieve nell'attivita' dell'esercente le professioni sanitarie il giudice, ai sensi dell'articolo 1176 del codice civile, tiene conto in particolare dell'osservanza, nel caso concreto, delle linee guida e delle buone pratiche accreditate dalla comunita' scientifica nazionale e internazionale.

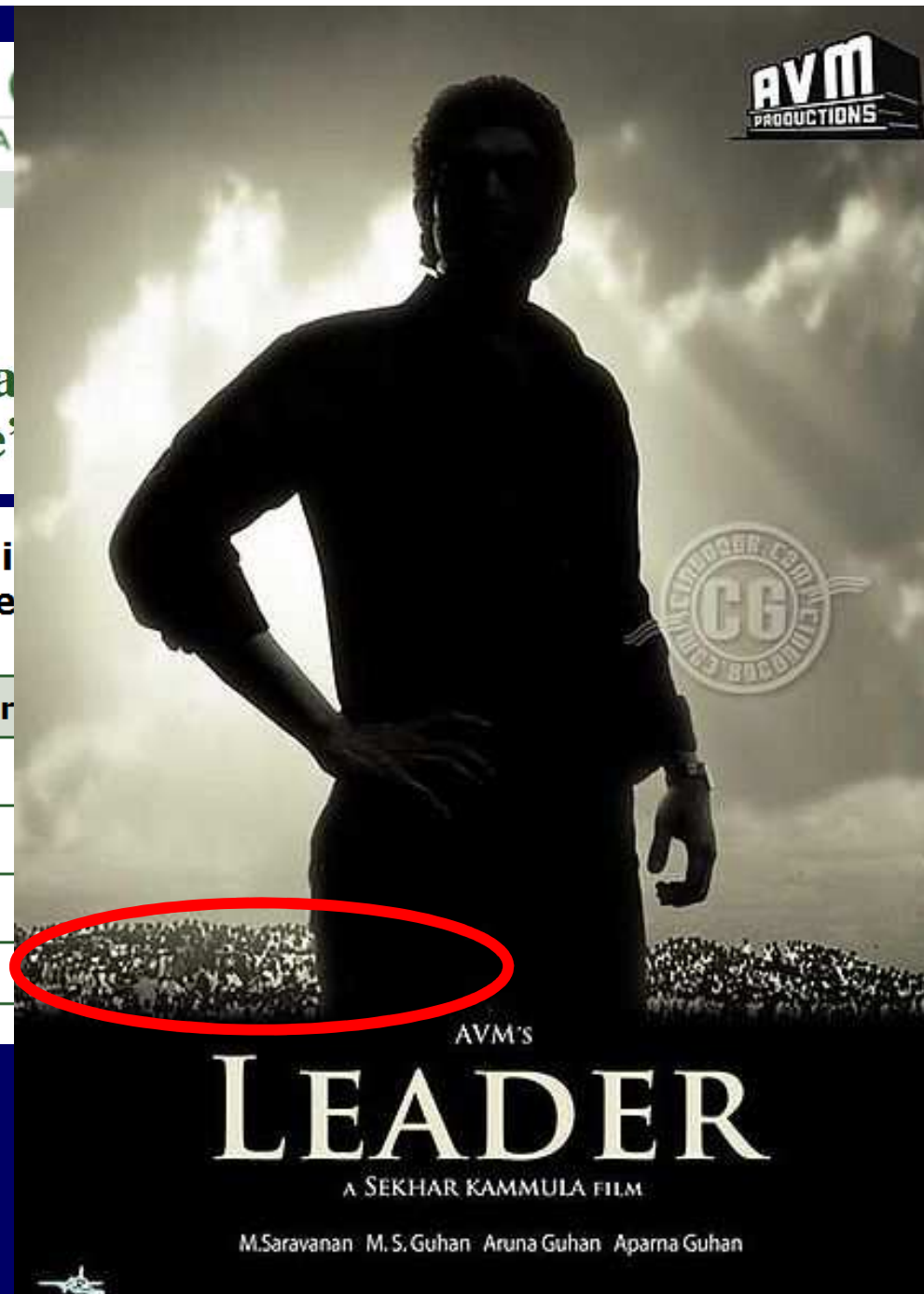


SPECIAL TOPIC

Family Physicians Leaders: "Time"

**Table 2. Time Required
Guideline Recommendation**

Type of Visit	Hours
Acute	
Chronic	
Preventive	
Total	



Problema: MMG
Carico burocratico



Sharing the Care to Improve Access to Primary Care

Amireh Ghorob, M.P.H., and Thomas Bodenheimer, M.D.

N Engl J Med 2012; 366:1955-1957 May 24, 2012

The paradigm (culture) shift transforms the practice from an “I” to a “we” mindset.....

*Unlike the lonedoctor-with-helpers model, in which the physician assumes all responsibility, makes all decisions, and delegates tasks to team members, but the capacity to see more patients does not increase, the “we” paradigm uses a team comprising clinicians and nonclinicians to provide care to a patient panel, with a **reallocation of responsibilities**,*

Redistribuzione delle competenze



Examples of Standing Orders for Registered Nurses for Prescription Refills.

Examples of Standing Orders for Registered Nurses for Prescription Refills.*			
Diabetes			
Appointment in Past 6 Mo	Glycated Hemoglobin $\leq 7.5\%$	Normal Creatinine and Potassium for Past 6 Mo	How to Refill
Yes	Yes	Yes	3-mo supply (1 refill)
	Yes or No	No†	1-mo supply (no refill), order lab tests, schedule appointment
† The standing order would delineate seriously abnormal levels that would trigger urgent clinician review.			
Hypertension			
Appointment in Past 6 Mo	Systolic Blood Pressure $\leq 130/80$ mm Hg	Normal Creatinine and Potassium for Past 6 Mo	How to Refill
Yes	Yes	Yes	3-mo supply (1 refill)
	Yes or No	No†	1-mo supply (no refill), order lab tests, schedule appointment
	No	Yes	1-mo supply (no refill), schedule appointment
No	Yes	Yes	3-mo supply (no refill), schedule appointment
	No	Yes or No†	1-mo supply (no refill), schedule appointment
Hyperlipidemia			
Appointment in Past 6 Mo	LDL Cholesterol ≤ 100 mg/dl for Patients with Diabetes, Cardiovascular Disease, or Both; ≤ 130 mg/dl for Other Patients		How to Refill
Yes	Yes		3-mo supply (2 refills)
Yes or No	No†		1-mo supply (no refill), schedule appointment
No	Yes		3-mo supply (no refill), schedule appointment

* LDL denotes low-density lipoprotein.

† The standing order would delineate seriously abnormal levels that would trigger urgent clinician review.



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

21.06.2012 - ore 10.24

Diabete, Balduzzi: serve lavoro di team per migliorarne la gestione

“E’ assolutamente necessario che tutti gli attori del network assistenziale lavorino insieme per sviluppare programmi di educazione sanitaria più efficienti, una migliore prevenzione, una diagnosi tempestiva e una efficace gestione della malattia, per evitare le complicanze, che rappresentano la maggior parte degli oneri sociali, umani ed economici generali del diabete”.



DECRETO-LEGGE 13 settembre 2012, n. 158
Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un
piu' alto livello di tutela della salute. (12G0180)

Art. 1

Riordino dell'assistenza
territoriale e mobilita'
del personale
delle aziende sanitarie

un'offerta integrata delle prestazioni dei medici
di medicina generale, dei pediatri di libera scelta,
della guardia medica, della medicina dei servizi e
degli specialisti ambulatoriali, adottando forme
organizzative monoprofessionali, denominate:
"aggregazioni funzionali territoriali"

organizzative multiprofessionali, denominate: "unita'
complesse di cure primarie", che erogano prestazioni
assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei
professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza
sanitaria

R E

A
MIDSUMMER



In the **primary care future** as we and others envision it — and as a few pioneers are beginning to create it — a day in a primary care office would begin with a team huddle

medical assistants (MAs),
registered nurses (RNs),
nurse practitioners,
physician assistants,
front-desk staff,
behavioral therapists,
clinic managers,
social workers,
nutritionists,



and physicians.

The team would discuss the day's patients and their concerns

The Developing Vision of Primary Care
K.A. Barnes, J.C. Kroening-Roche, and B.W. Comfort
N Engl J Med 2012; 367:891-893 September 6, 2012

Team
leader

AVM
PRODUCTIONS



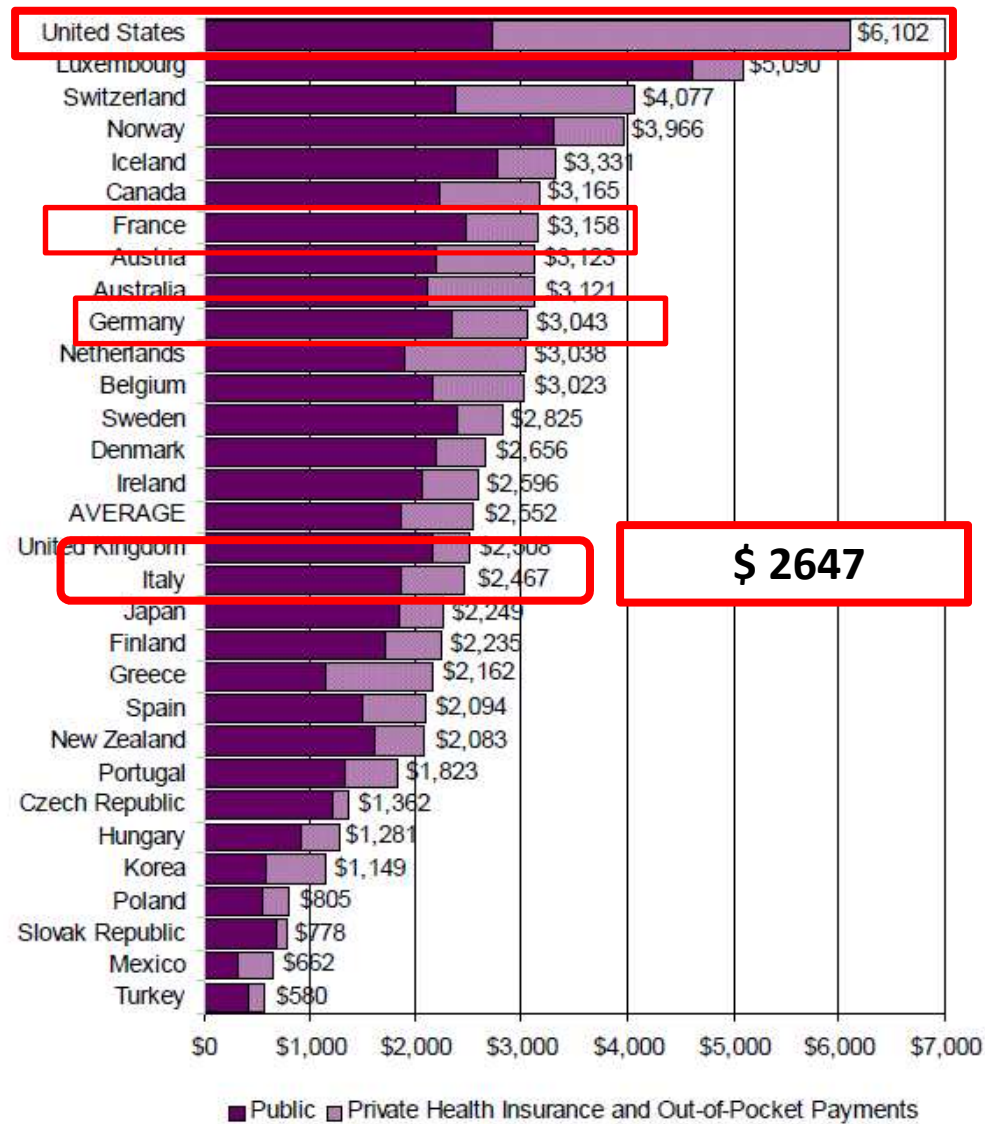
AVM'S
LEADER

A SEKHAR KAMMULA FILM

M.Saravanan M.S.Guhan Aruna Guhan Aparna Guhan



Figure 1. Health Care Spending per Capita, 2004



Source: OECD Health Data 2006 (October 2006).

Table 1. Health Care Spending in OECD Countries, 2004

Country	Health care spending per capita	Health care spending per capita, as a percentage of U.S. amount	Health care spending as a percentage of GDP	GDP per capita	Percentage of health care publicly financed
United States	\$6,102	100.0%	15.3%	\$39,772	44.7%
Luxembourg	\$5,089	83.4%	8.0%	\$63,453	90.4%
Switzerland	\$4,077	66.8%	11.6%	\$35,149	58.4%
Norway	\$3,966	65.0%	9.7%	\$40,715	83.5%
Iceland	\$3,331	54.6%	10.2%	\$32,527	83.4%
Canada	\$3,165	51.9%	9.9%	\$31,828	69.8%
France	\$3,159	51.8%	10.5%	\$29,945	78.4%
Austria	\$3,124	51.2%	9.6%	\$32,519	70.7%
Australia	\$3,120	51.1%	9.6%	\$32,573	67.5%
Belgium	\$3,044	49.9%	10.1%	\$31,381	71.1%
Germany	\$3,043	49.9%	10.6%	\$28,816	76.9%
Netherlands	\$3,041	49.8%	9.2%	\$32,978	62.3%
Denmark	\$2,881	47.2%	8.9%	\$32,304	82.9%
Sweden	\$2,825	46.3%	9.1%	\$31,139	84.9%
Ireland	\$2,596	42.5%	7.1%	\$36,479	79.5%
United Kingdom	\$2,508	41.1%	8.1%	\$30,822	86.3%
Italy	\$2,467	40.4%	8.7%	\$28,352	75.1%

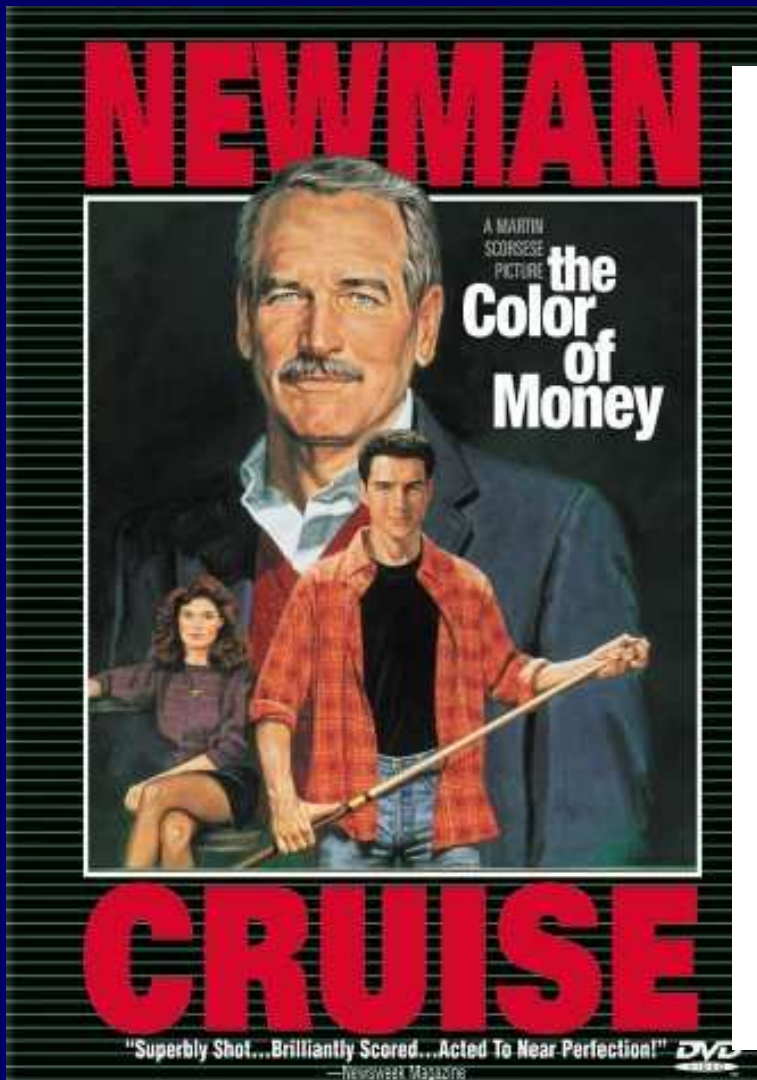


Table 2. Average Compensation in Certain Health Professions, 2004 (Dollars in U.S. Purchasing Power Parities)

	Specialists		General practitioners		Nurses	
	in \$1,000s	Ratio to per capita GDP	in \$1,000s	Ratio to per capita GDP	in \$1,000s	Ratio to per capita GDP
Netherlands	\$253	6.0	\$117	3.6		
Australia	\$247	7.6	\$91	2.8	\$48	1.5
United States	\$230	5.7	\$161	4.1	\$56	1.4
Belgium	\$188	6.0	\$61	2.0		
Canada	\$161	5.1	\$107	3.4		
United Kingdom	\$150	4.9	\$118	3.9	\$42	1.4
France	\$149	5.0	\$92	3.1		
Ireland	\$143	4.0			\$41	1.1
Switzerland	\$130	3.8	\$116	3.4		
Denmark	\$91	2.9	\$109	3.4	\$42	1.3
New Zealand	\$89	3.6			\$34	1.4
Germany	\$77	2.7				
Norway	\$77	1.9			\$35	0.9
Sweden	\$76	2.5	\$66	2.2		
Finland	\$74	2.5	\$68	2.3	\$29	1.0
Greece	\$67	3.1			\$33	1.5
Portugal	\$64	3.5	\$64	3.5	\$34	1.9
Czech Republic	\$35	1.7	\$32	1.7	\$14	0.8
Hungary	\$27	1.7	\$26	1.6	\$14	0.9
Mexico	\$25	2.4	\$21	2.1	\$13	1.3
Poland	\$20	1.6				
AVERAGE	\$113	3.7	\$83	2.9	\$33	1.3
excluding U.S.	\$107	3.6	\$78	2.8	\$32	1.3
Median	\$83	3.3	\$80	3.0	\$34	1.3

General Physician Job Average Salary

Country	Net Monthly Income constant 2005 US\$ [a] [d]		Notes, Source	Gross Monthly Job Income		Compulsory Deductions	Weekly Hours
U.S. average salary	PPP \$ 8,189	\$ 8,189	Family and general practitioners, standardized hours (2,080 hours/year), 2005. U.S. Department of Labor , [t].	11,698	dollars	30%	
Taiwan average income	PPP \$ 5,388	\$ 2,885	Full-time and part-time employees, 2004. National Statistics Republic of China , [9].	112,658	dollars	17%	40.5
UK median salary	PPP \$ 5,210	\$ 6,045	Employees, 2005. UK Employment Department , [9], [t].	5,106	pounds	35%	40.0
Japan average salary	PPP \$ 4,594	\$ 5,401	Excl. overtime and bonus, June 2005. Men only. Private establishments with 10 or more regular employees. Japan Statistical Yearbook [17], [k].	761,000	yens	22%	
Australia average income	PPP \$ 4,164	\$ 4,087	Average of dentist and general physician, May 2004. Normal hours from collective agreements. Australian Bureau of Statistics , [9], [t].	7,480	dollars	28%	44.4
Singapore average salary	PPP \$ 3,843	\$ 3,523	Employees, private sector, 2004. Ministry of Manpower , [9], [t].	7,607	dollars	24%	
France median salary	PPP \$ 3,620	\$ 2,843	Médecins et assimilés, full-time employees, 2002. Institut National de la Statistique et des Études Économiques , [36].	2,770	euros	0%	
Finland average	PPP \$ 3,177	\$ 3,794	Normal hours of work, 2004. Men only. Women make 4,347	5,107	euros	42%	38
Italy average salary		3294 \$	hours of work, 2005. Average of general physician and Istituto Nazionale di Statistica , [9].	4,336	euros		38/w
Thailand average salary	PPP \$ 2,936	\$ 937	Men employees, 2005. Women make 25,130 bahts per month. Thailand National Statistical Office , [9], [t], [s].	41,358	bahts	9%	52.0
Kuwait average income	PPP \$ 2,371	\$ 2,960	Men employees, 2004. Kuwait Ministry of Planning , [9].	845	dinars	0%	49.0
Portugal average salary	PPP \$ 1,984	\$ 1,591	Employees, 2003. Instituto Nacional de Estatística , [9].	1,720	euros	23%	36.3
Czech Republic average income	PPP \$ 1,471	\$ 961	Excl. bonuses, 2005. Czech Statistical Office , [9].	32,349	korunas	29%	40.2
Romania	PPP \$ 838	\$ 430	Men employees, 2005. Women make 1,284 new lei per month.	1,771	new lei	30%	38.8

Il problema costi

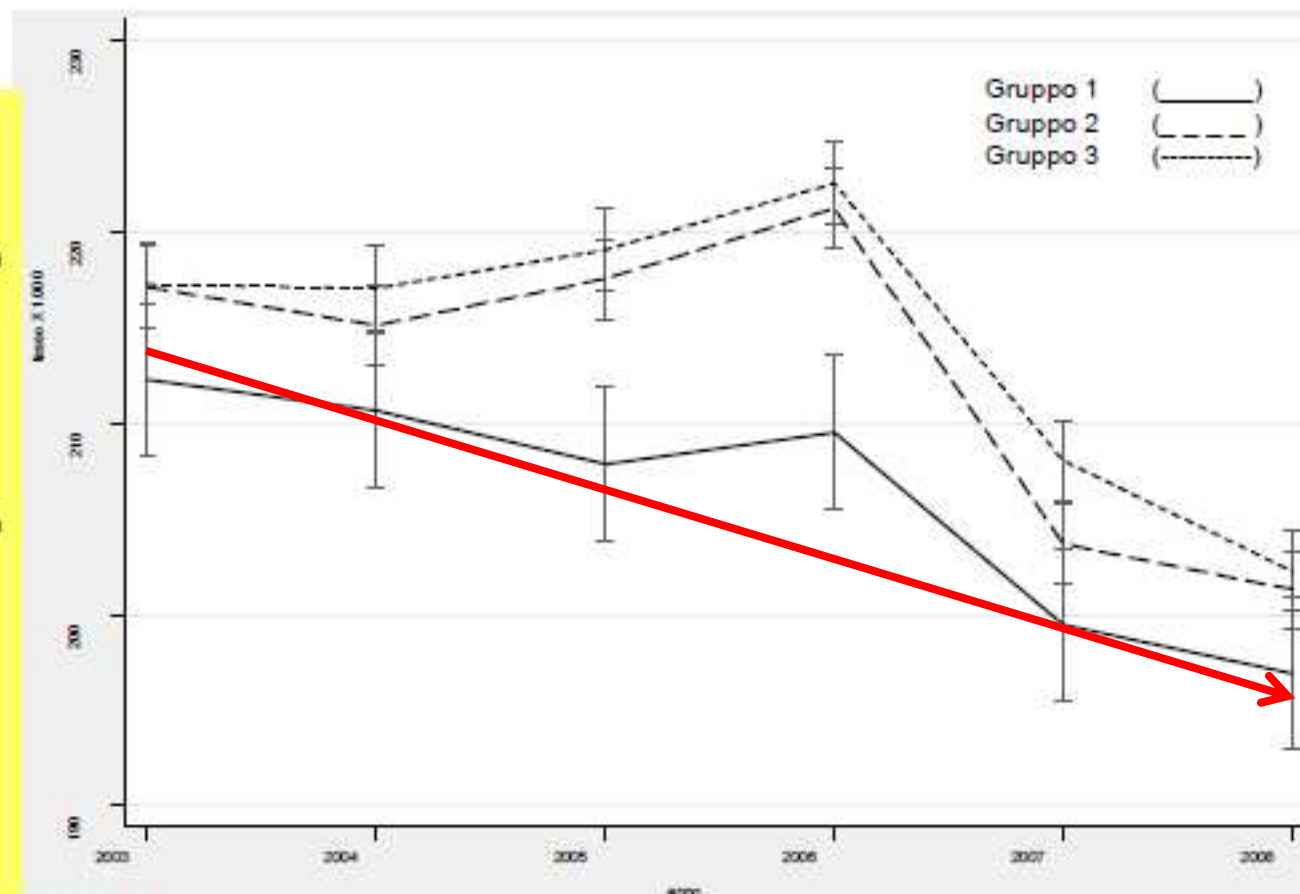
Il tasso di ospedalizzazione è significativamente minore per i MMG che da più tempo partecipano al Governo Clinico, con un divario che tende ad incrementare nel tempo.

TASSI DI RICOVERO (aggiustati per sesso, età e residenza)

Gruppo 1:
assistiti dai 77
MMG con invio
di reports < anno
2007

Gruppo 2:
assistiti dai 302
MMG con invio
di reports \geq anno
2007

**Gruppo 3
(di Controllo):**
assistiti dai 309
MMG che non
hanno inviato
report



Dr. Carmelo Scarocella - Direttore Generale dell'ASL di Brescia

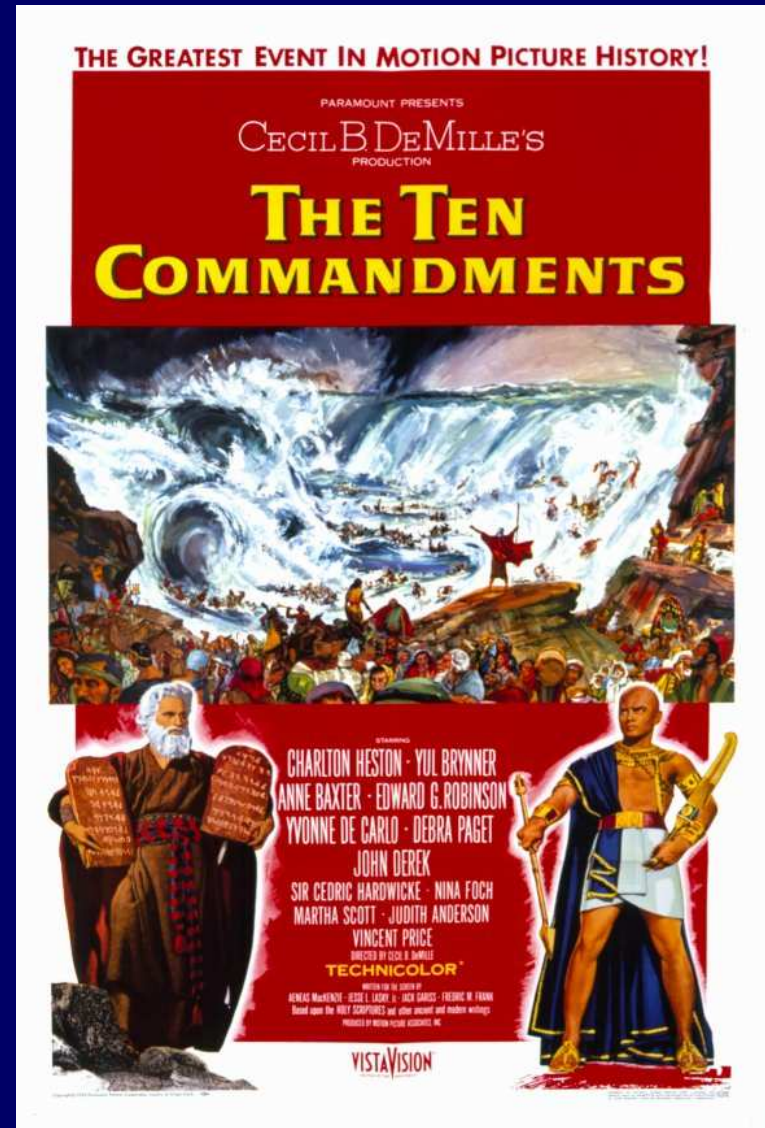
Roma, 12 maggio 2011



Fast story



Grazie per l'attenzione



Slow story

Ottavio Di Stefano

