

GISCoR

gruppo italiano screening coloretale

**XII CONGRESSO
NAZIONALE 2017**

7-8 Novembre 2017

CORSO PRE-CONGRESSO

7 Novembre 2017

INDICATORI E MONITORAGGIO SISTEMATICO DELL'APPROPRIATEZZA: COME?

**Antonio Giampiero Russo
UOC Unità di Epidemiologia
ATS della Città Metropolitana di Milano**

APPROPRIATEZZA

dal punto di vista
CLINICO:

utilizzo di interventi assistenziali efficaci (preventivi, diagnostici, terapeutici e riabilitativi) solo nei pazienti che, per le loro specifiche caratteristiche cliniche, ne possono effettivamente trarre beneficio

dal punto di vista
ORGANIZZATIVO:

erogazione di prestazioni sanitarie nel contesto che consente il migliore utilizzo delle risorse (in ricovero ordinario o day hospital, in ambulatorio, a domicilio).

Fare la prestazione giusta, al paziente giusto, al momento giusto, nel contesto fisico e organizzativo giusto, con le risorse giuste

CONDIZIONI DI EROGABILITÀ

- **CONDIZIONI DI EROGABILITÀ:** definiscono limiti e modalità di erogazione. Indicano che l'erogazione della prestazione nell'ambito e a carico del SSN è limitata a specifiche categorie di destinatari, e/o per particolari finalità, condizione o indicazioni cliniche
- **INDICAZIONI DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA:** definiscono i casi in cui la prestazione risulta prioritariamente utile e appropriata. Rappresentano indicazioni per aiutare il medico prescrittore nella prescrizione appropriata e forniscono alle ASL/Regioni elementi conoscitivi per governare il sistema

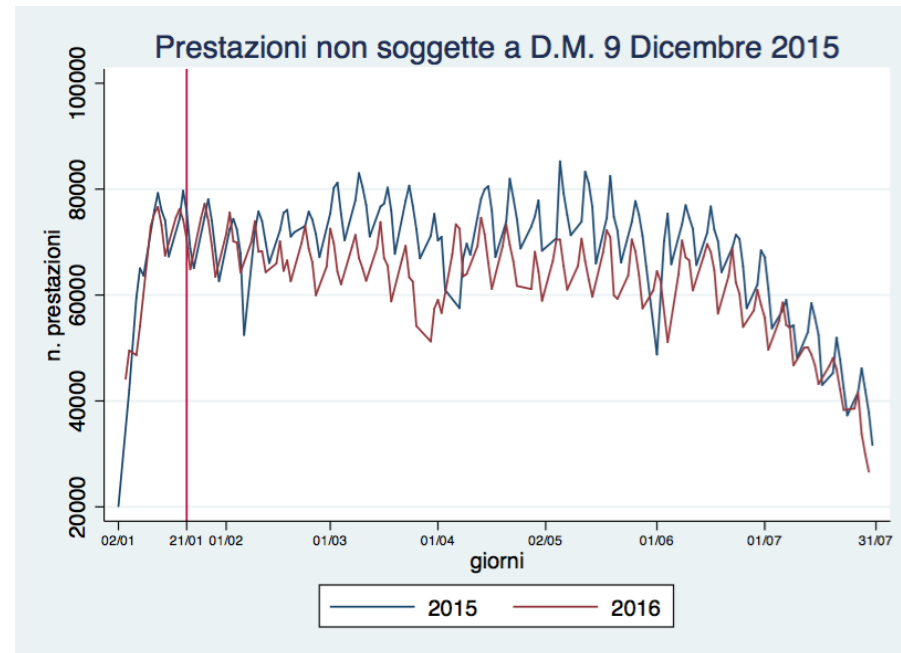
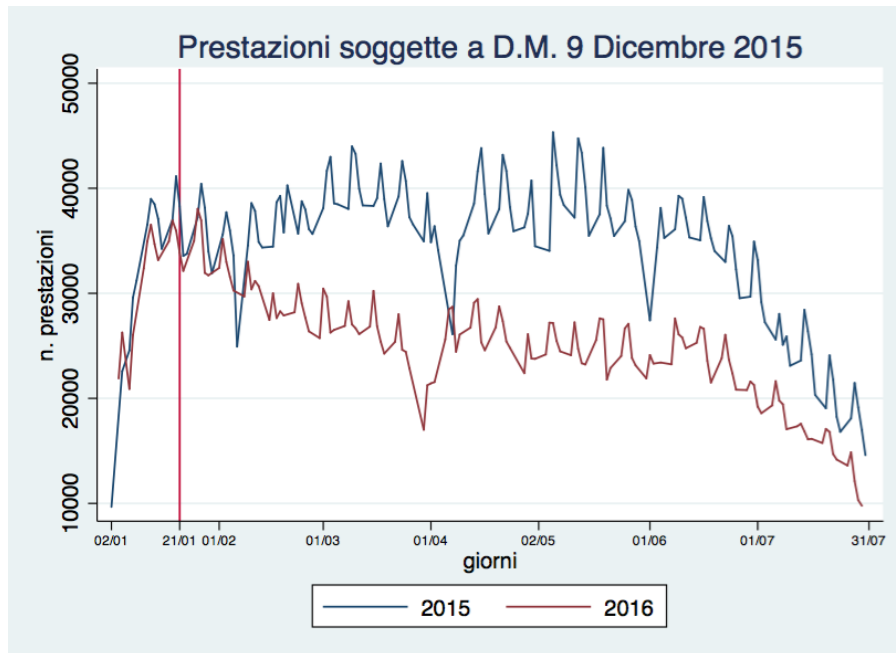
GOVERNARE LA DOMANDA IMPLEMENTANDO CRITERI CHE DEFINISCONO L'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

- Riduce la domanda inappropriata del 15-35%
- Aumenta la capacità diagnostica delle procedure e concorre efficacemente al governo della domanda ed alla riduzione dei tempi di attesa

D.M. 9 Dicembre 2015:

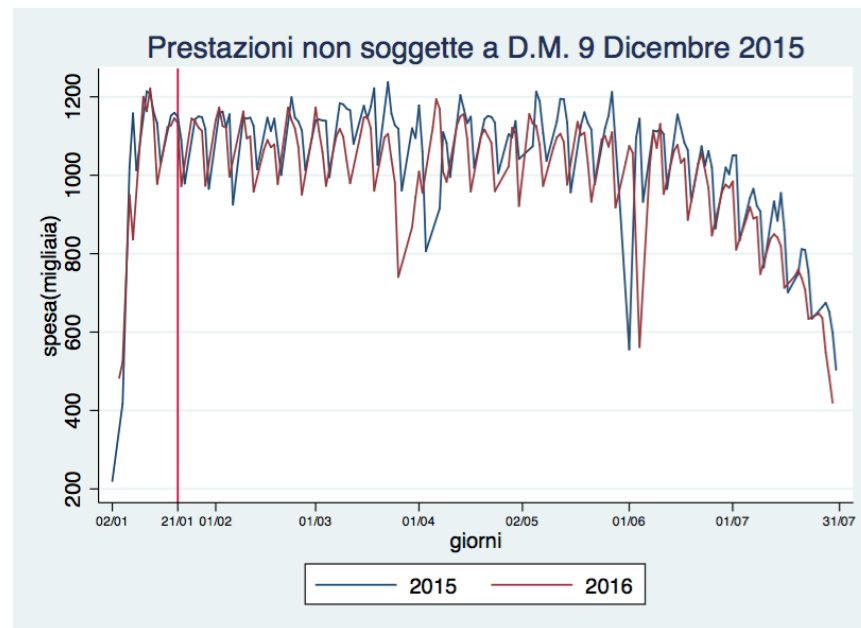
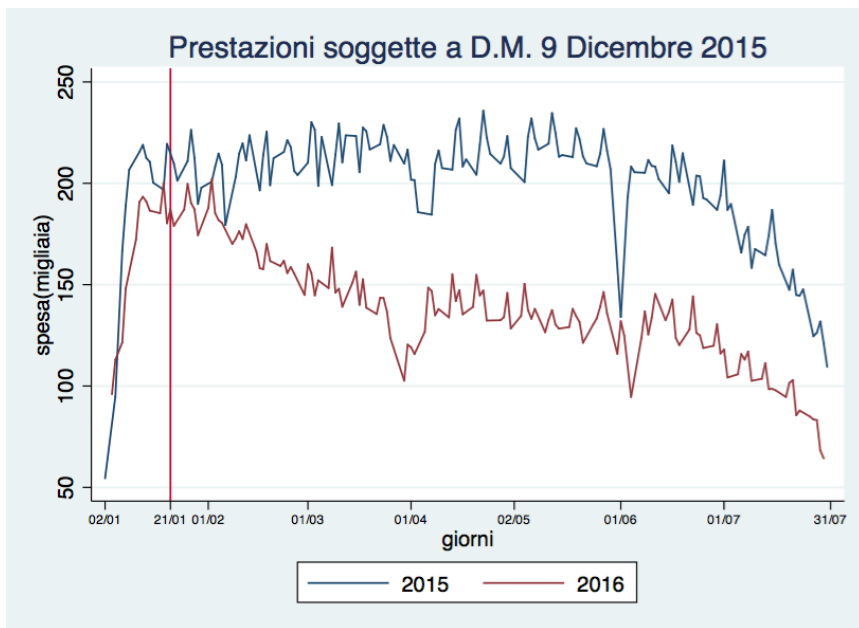
- Introduce condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva per le prestazioni di assistenza specialistica erogabili nell'ambito del SSN, individuando:
 - 203 prestazioni di specialistica ambulatoriale soggette a condizioni di erogabilità e appropriatezza (trattamento)
 - prestazioni non soggette a tali condizioni (controllo)

Volume prestazioni 2015-2016



Progetto sviluppato con l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano - Prof. Claudio Lucifora

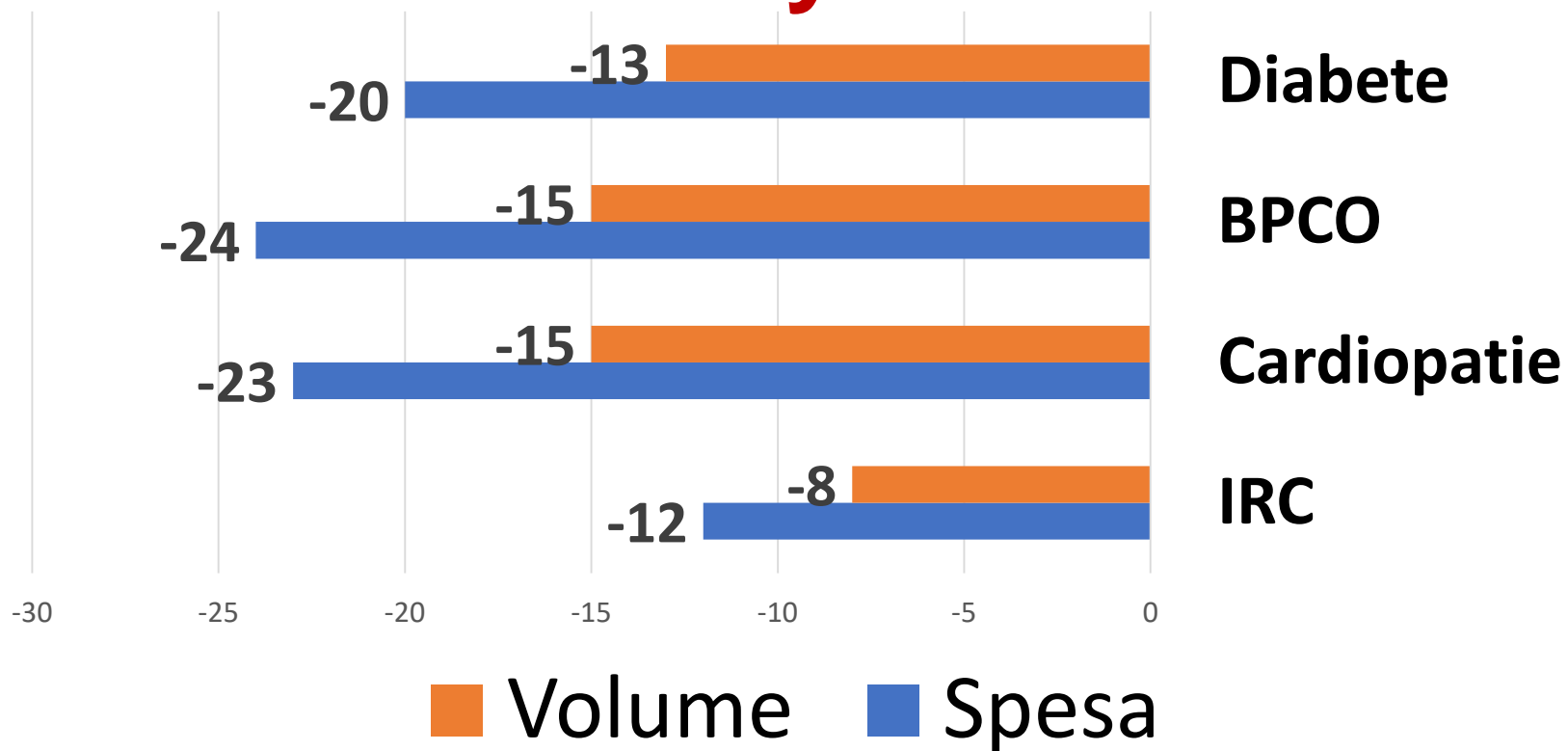
Spesa sanitaria 2015-2016



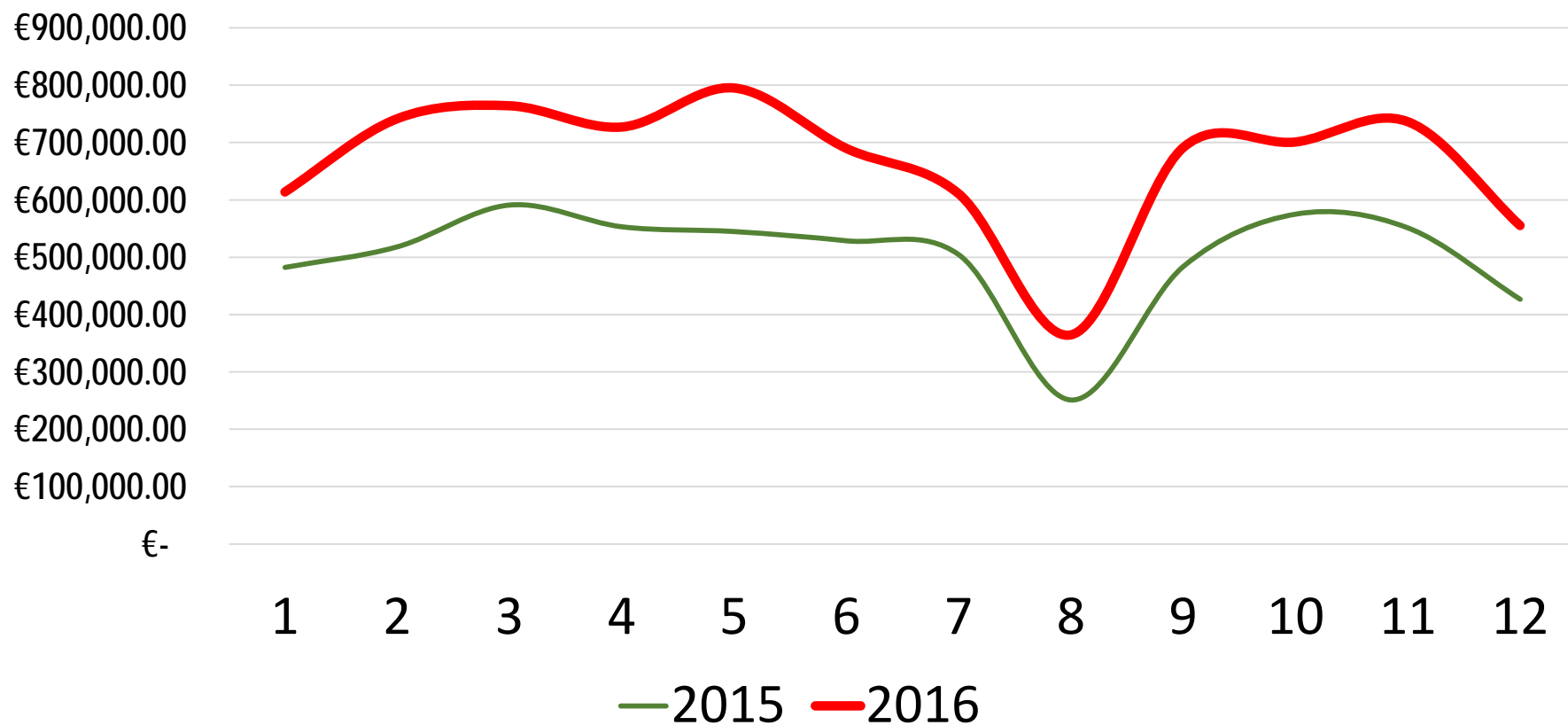
Progetto sviluppato con l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano - Prof. Claudio Lucifora

Differenza prima – dopo

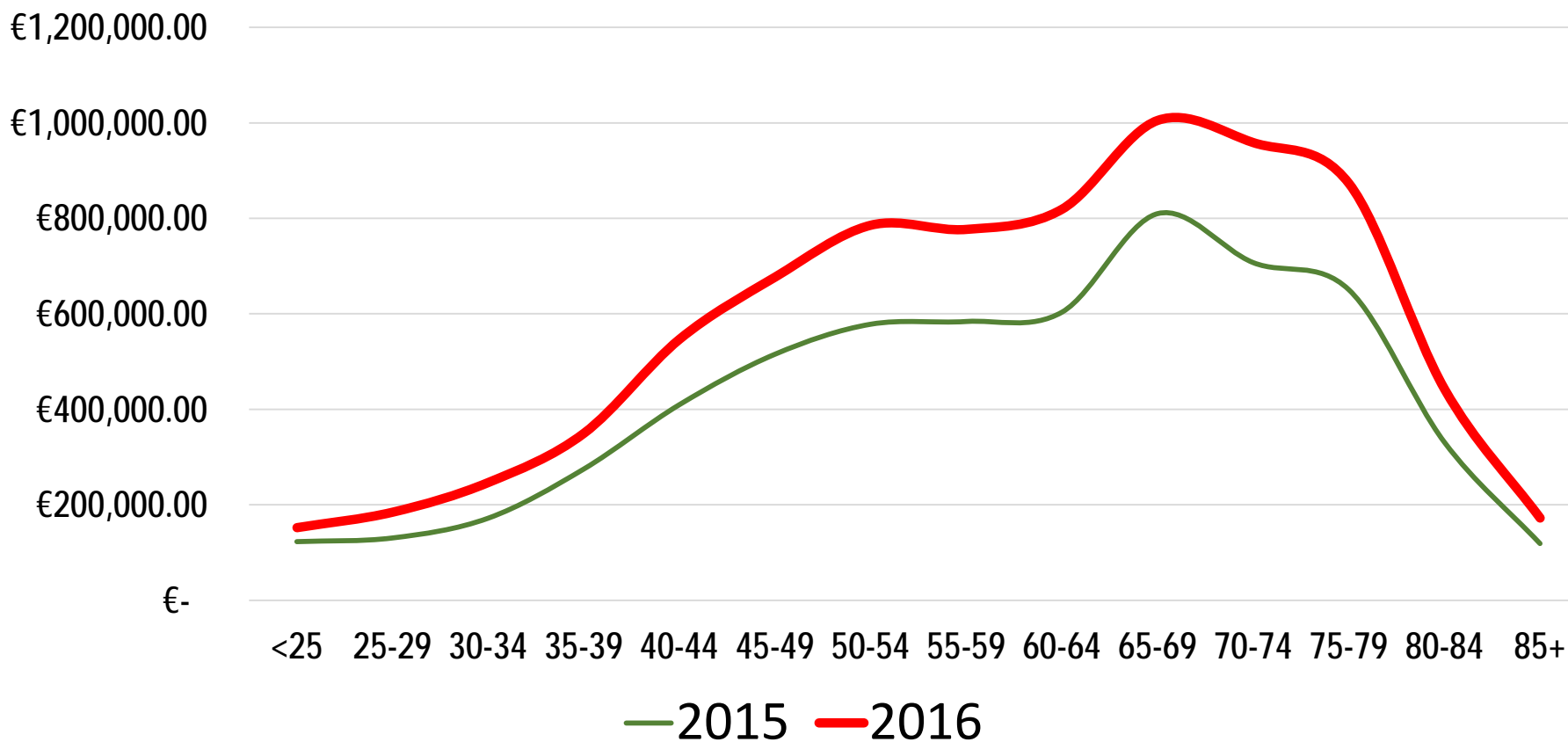
Differences-in-Differences analysis



Andamento della spesa mensile per procedure endoscopiche confronto 2015 vs 2016



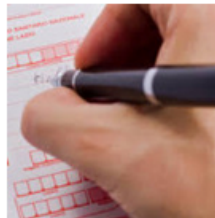
Andamento della spesa mensile per procedure endoscopiche confronto 2015 vs 2016



MODELLI BASATI SULL'INCREMENTO DELLE CONDIZIONI DI EROGABILITÀ

Nuovi Lea. Abrogato il Decreto appropriatezza. Ecco cosa cambierà per medici e pazienti

Il Dpcm con i nuovi Livelli di assistenza ridisegna completamente il tema appropriatezza. Le prestazioni sottoposte alle 'condizioni di erogabilità' scendono (per ora) a circa 40 (soprattutto test genetici) dalle 200 previste dal decreto del 2015. Ma in ogni caso servirà un'intesa Stato-Regioni. E poi c'è attesa per l'accordo tra la Fnomceo e il Ministero della Salute per quanto riguarda i medici.



11 LUG - Con i nuovi Lea cambia tutto in merito all'appropriatezza prescrittiva. Con l'approvazione del Dpcm ([sul punto il Ministro Lorenzin ha anticipato che è atteso a giorni il via libera del Mef](#)) andrà infatti in soffitta il famigerato decreto appropriatezza che tante polemiche ha creato con le sue circa 200 prestazioni per cui erano stati messi paletti a medici e cittadini. Le prestazioni per cui ci saranno condizioni di erogabilità scendono a [circa 40](#) (rigarderanno per ora alcune radioterapie, i test genetici e poco altro mentre non ci sono più per esempio per le risonanze del ginocchio) mentre per le altre vi saranno delle indicazioni prescrittive. Ma la partita non finirà qui, nei Lea si prevedono infatti altre intese Stato-Regioni per modificare indicazioni di erogabilità di altre

prestazioni.

A specificarlo è il [comma 2 dell'art. 63 del Dpcm sui Lea](#) che specifica come "le disposizioni in materia di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui agli articoli 15 e 16 e relativi allegati, entrano in vigore dalla data di pubblicazione del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni previste dalle medesime disposizioni. **Dalla medesima data sono abrogati il decreto ministeriale 22 luglio 1996 recante "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe" e il decreto ministeriale 9 dicembre 2015 recante "Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale".**

TEMPI DI ATTESA



Non è però l'unico elemento emerso dall'indagine: dalle risposte ottenute dai questionari è risultato evidente che un'alta percentuale di persone che non si era sottoposto alla colonscopia, in realtà, aveva effettuato l'esame in servizi non afferenti ai programmi di screening. E molto spesso ciò avveniva per i tempi di attesa troppo lunghi. «Quello delle liste di attesa è un problema comune a molti servizi di endoscopia», precisa Grazzini. «Molte persone che hanno ricevuto un esito positivo al test del sangue occulto non se la sentono di aspettare fino a 60 giorni per effettuare l'approfondimento. E allora si rivolgono a strutture dove possono avere l'esame in tempi più brevi».

Tempi di attesa dei programmi con ricerca del sangue occulto fecale 2007-2014

	2007-2008	2009-2010	2011-2012	2013-2014	Standard accettabile GISCoR
Percentuale di persone che eseguono l'approfondimento entro 30 giorni dal test positivo	55%	47%	53%	43%	>90%
Percentuale di persone sottoposte a intervento chirurgico entro 30 giorni dalla diagnosi	66%	53%	52%	44%	>90%

- Ministero della Salute (DM 70) e Regione Lombardia promuovono l'incremento dell'appropriatezza prescrittiva, in particolare delle prestazioni diagnostiche caratterizzate da volumi elevati erogate in assenza di precise indicazioni cliniche
- Studi internazionali riportano valori di **inappropriatezza per Esofagogastroduodenoscopie (EGDS) e Colonscopie che oscillano dal 14% al 75%**
- A risorse finite l'unico modo per ridurre le liste di attesa è lavorare sulla appropriatezza erogativa

**E' POSSIBILE LAVORARE CON
I CLINICI SULLA
APPROPRIATEZZA
PRESCRITTIVA / EROGATIVA**

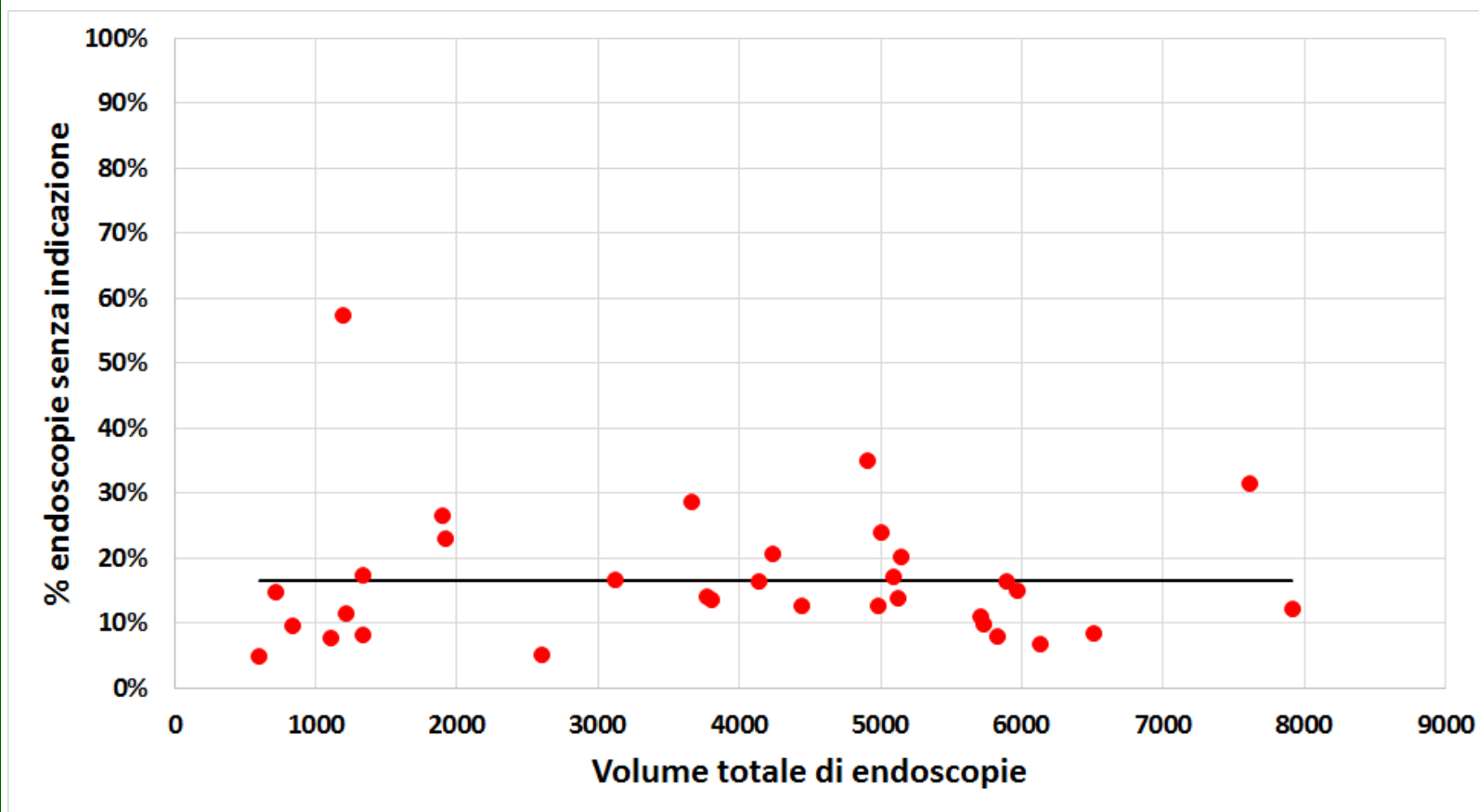


Condizioni indentificate per la costruzione dell'indicatore colonscopie senza evidenza di lesione: soggetti sottoposti a colonscopia che negli intervalli di tempo considerati NON riportavano nessuna delle condizioni identificate

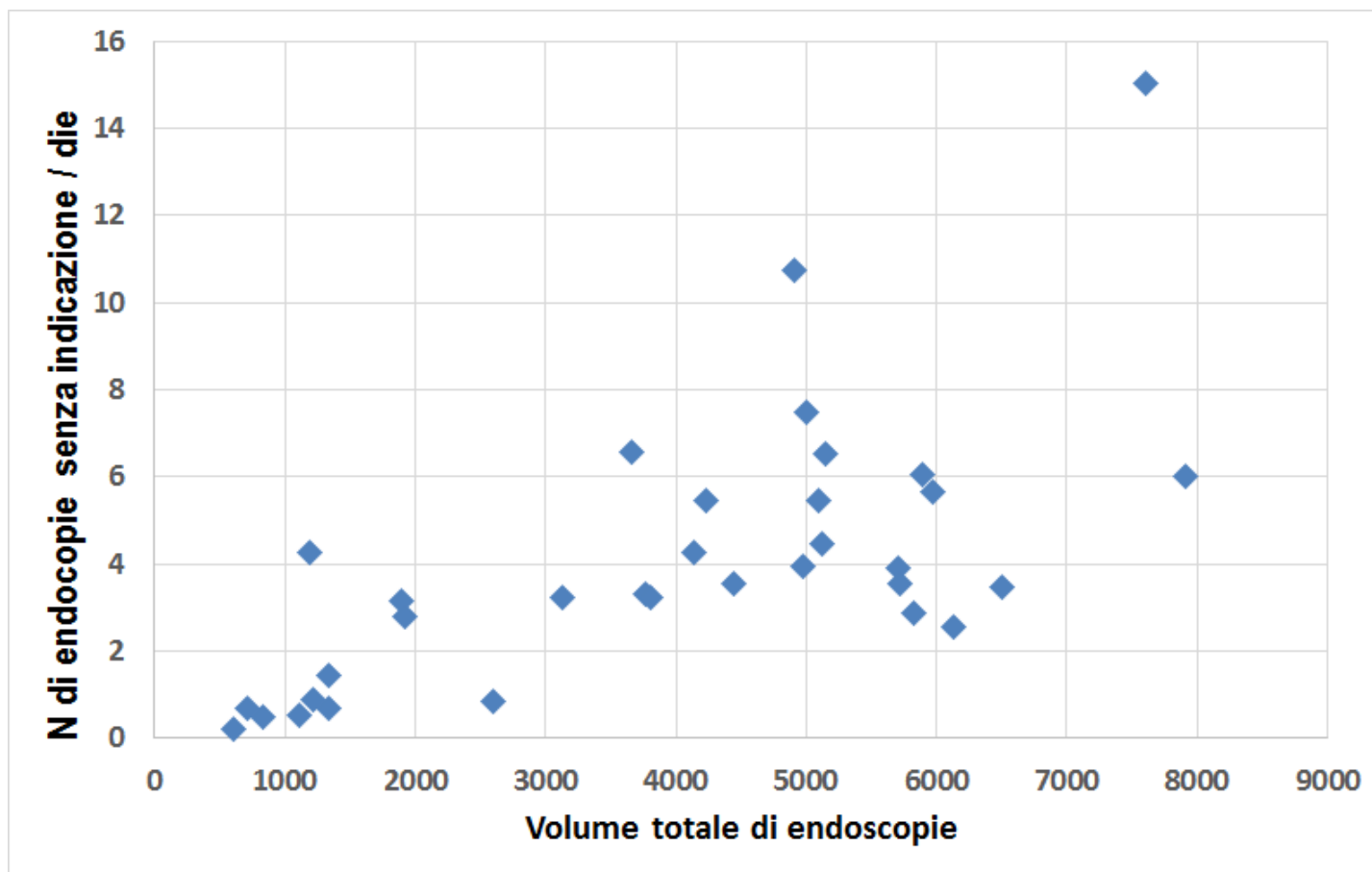
Fonte	Codici
SDO	Intervento chirurgico (6 mesi precedenti e successivi l'endoscopia) Codici ICD-IX che iniziano con 454 Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell'intestino crasso 455 Isolamento di segmento intestinale 457 Asportazione parziale del crasso 458 Colectomia totale intraddominale 461 Colostomia 463 Altra enterostomia 483 Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto del retto 484 Resezione del retto con pull-through 485 Resezione del retto per via addominoperineale 486 Altra resezione del retto 493 Asportazione o demolizione locale di altra lesione o tessuto dell'ano 4592 Anastomosi dell'intestino tenue al moncone rettale (Procedura di Hampton) 4593 Altra anastomosi intestinale tenue-crasso 4594 Anastomosi intestinale crasso-crasso 4595 Anastomosi dell'ano 4603 Esteriorizzazione dell'intestino crasso 4604 Resezione di segmento esteriorizzato dell'intestino crasso 4874 Retto-rettostomia
SDO	Ricoveri (6 mesi precedenti e successivi l'endoscopia) Tutti i ricoveri con codici ICD-IX che iniziano con: 555-558 Enteriti e coliti non infettivi 560 Occlusione intestinale senza menzione di ernia digestiva 564 Disturbi digestivi funzionali, non classificati altrove 153 Tumori maligni del colon 154 Tumori maligni del retto, della giunzione rettosigmoidea e dell'ano
File F 28/SAN	Chemioterapia (6 mesi precedenti e successivi l'endoscopia) L01*-04* Chemioterapici 9925 Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore, non classificate altrove 99241 Infusione di sostanze ormonali MAC01-05 Chemioterapia
SDO	V581* Chemioterapia di mantenimento successiva a malattia

	9925 Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore, non classificate altrove
	9928 Iniezione o infusione di agenti modificatori della risposta biologica (BRM) come agenti antineoplastici
	V662 Convalescenza successiva a chemioterapia
	V672 Visita di controllo successiva a chemioterapia
Esenzioni	Esenzioni (6 mesi precedenti e successivi l'endoscopia) 009 Rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn 048 Soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne e da tumori comportamento incerto
Farma	Terapia continuativa (>=12 confezioni) A07EC02 Mesalazina
	Esclusi i pazienti con tipo_prestazione in: S= screening B= screening colon T= prevenzione spontanea
	Esclusi i pazienti con età compresa tra 50 e 69 anni

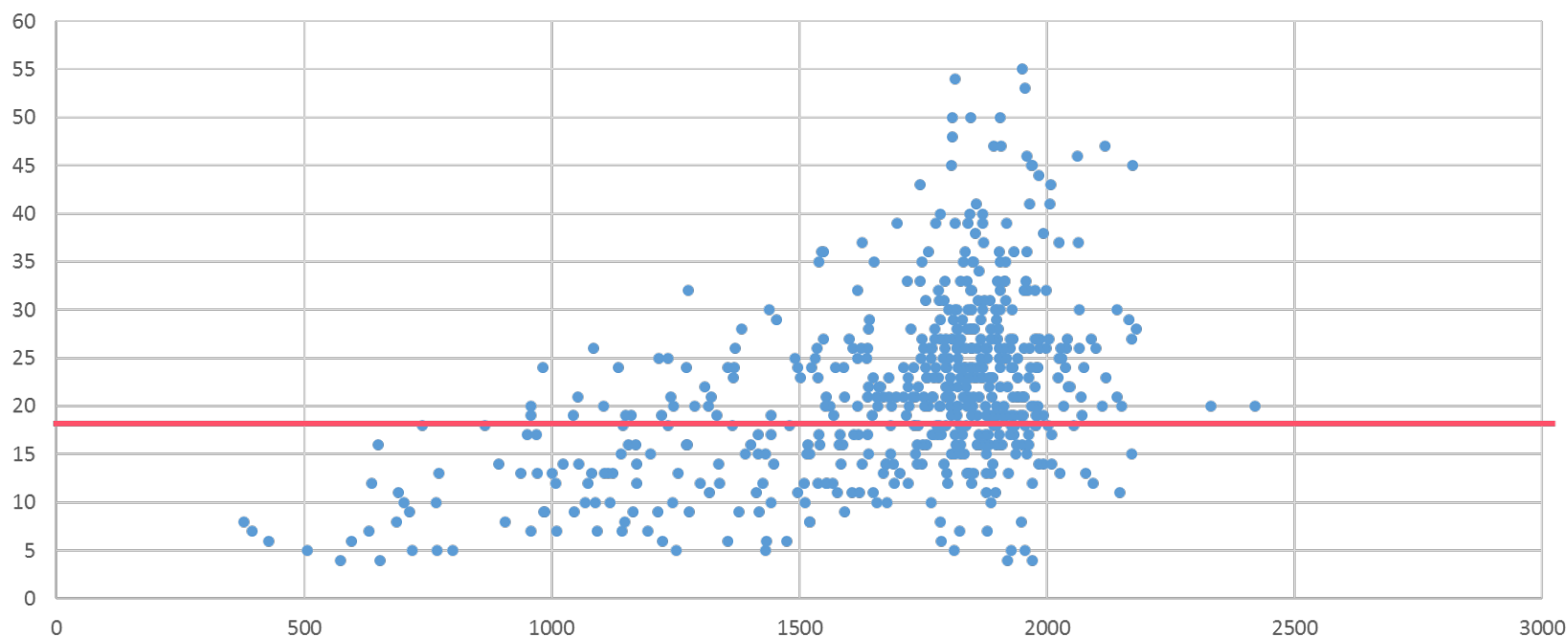
% di endoscopie per erogatore della ATS per cui non è identificabile una indicazione



N. di endoscopie / die per erogatore della ATS per cui non è identificabile una indicazione



% di endoscopie in un anno per MMG per cui non è identificabile una indicazione



PREDITTORI COLONSCOPIE SENZA INDICAZIONE CLINICA

		OR	95%LL	95%UL
<u>Fattori legati al paziente</u>				
Classe di età	<=51	0,8	0,8	0,9
	>=71	1		
Sesso	Femmine	1,1	1,0	1,1
	Maschi	1		
Patologie croniche	0	2,5	2,3	2,6
	1-2	1,9	1,8	2,0
	>=3	1		
<u>Fattori legati alla struttura</u>				
Volume colonscopie*	<=2300	1,3	1,2	1,3
	2301-3300	1,9	1,8	2,0
	>=3301	1		
Volume interventi per tumore gastrointestinale	>200	1,1	1,0	1,1
	201-500	0,6	0,6	0,7
	>=501	1		

MA SI PUÒ FARE DI PIÙ

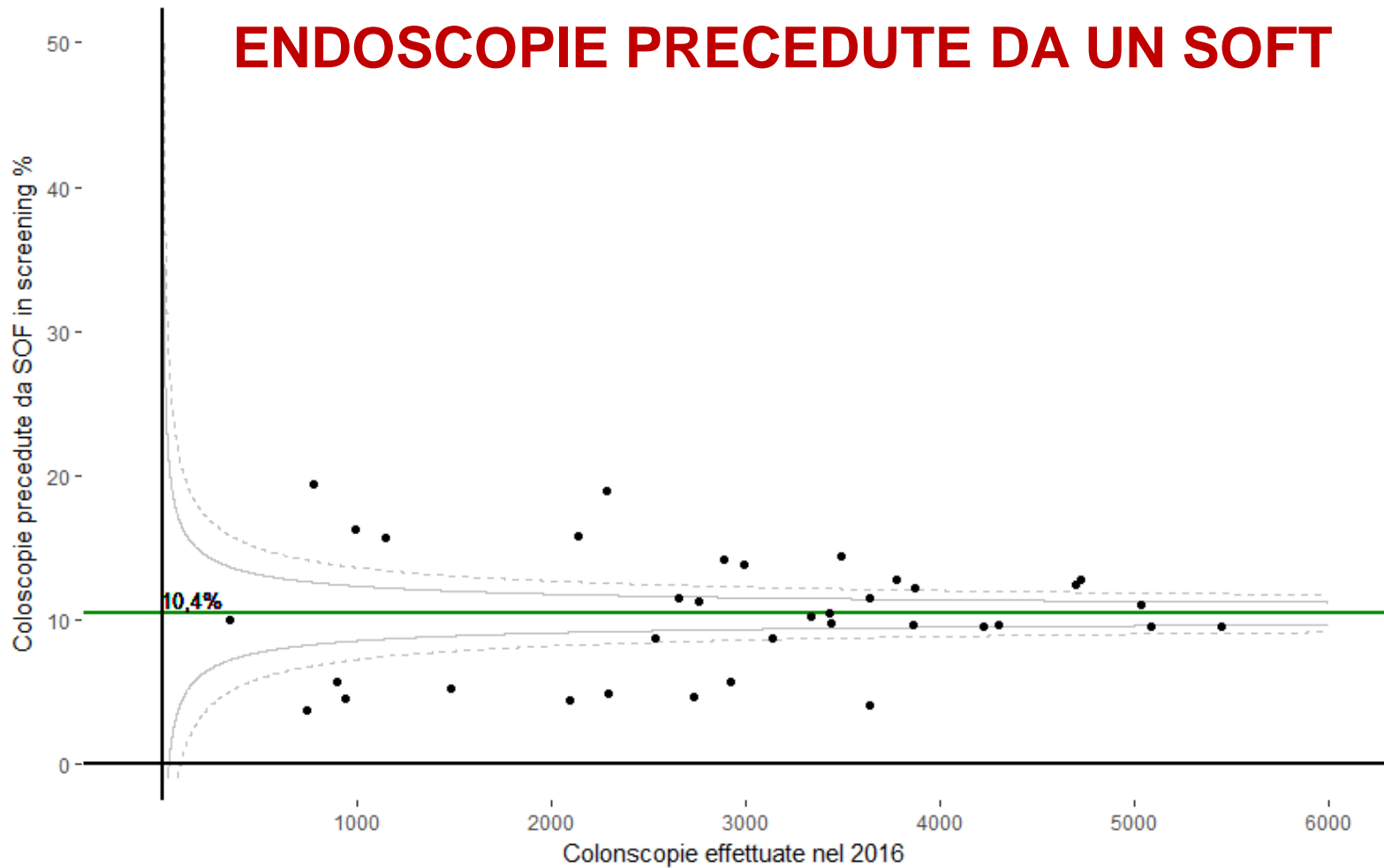
INDICATORI

- ORGANIZZATIVI
- APPROPRIATEZZA
- DI PRESA IN CARICO
- DI ESITO

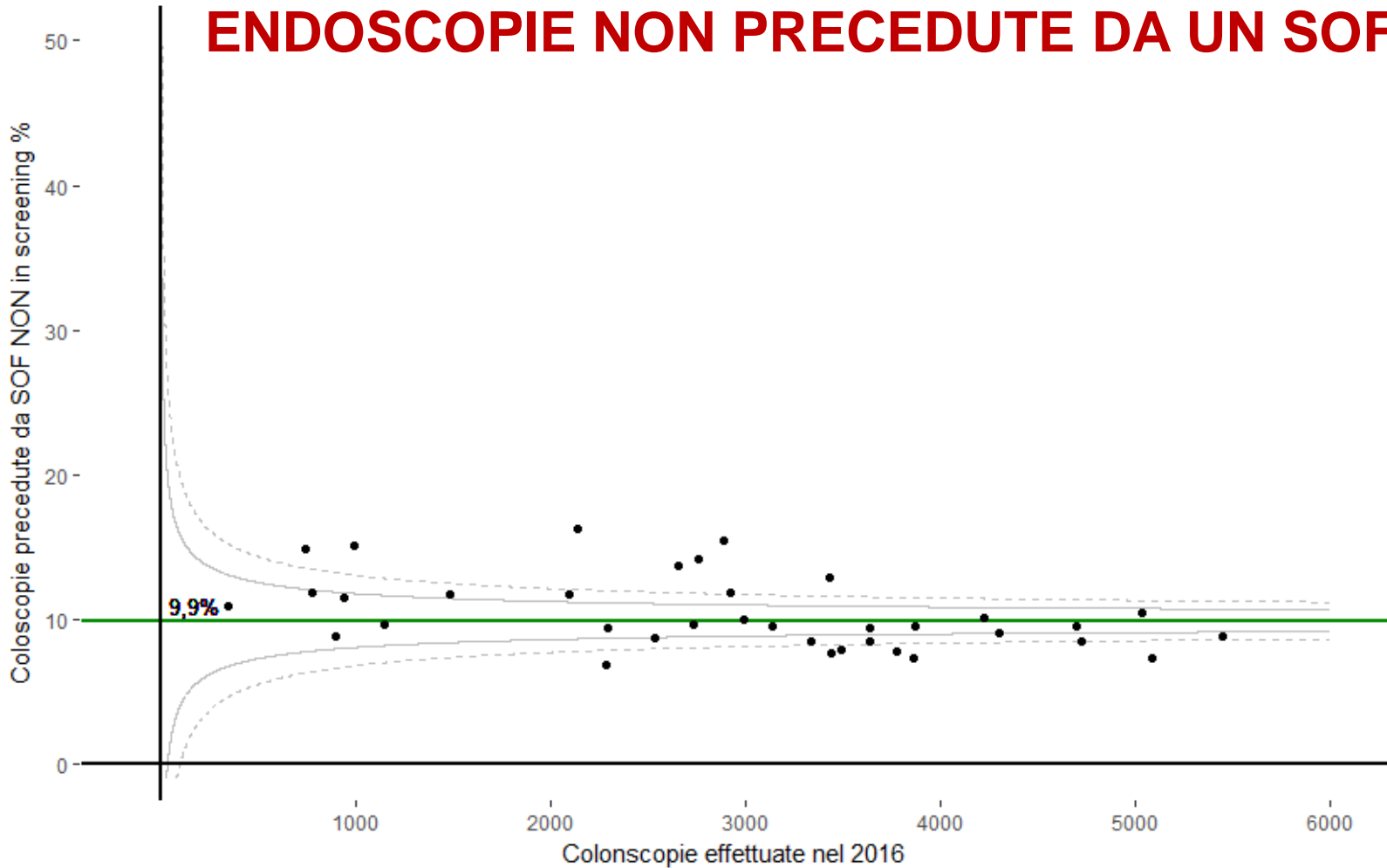
INDICATORI DI APPROPRIATEZZA

1. endoscopie precedute da un soft
2. endoscopie non precedute da un soft
3. endoscopie precedute da un clisma opaco
4. endoscopie seguite da clisma opaco o TC virtuale senza evidenze di diagnosi di patologia
5. endoscopie seguite da TC addome senza diagnosi di malattia gastrointestinale

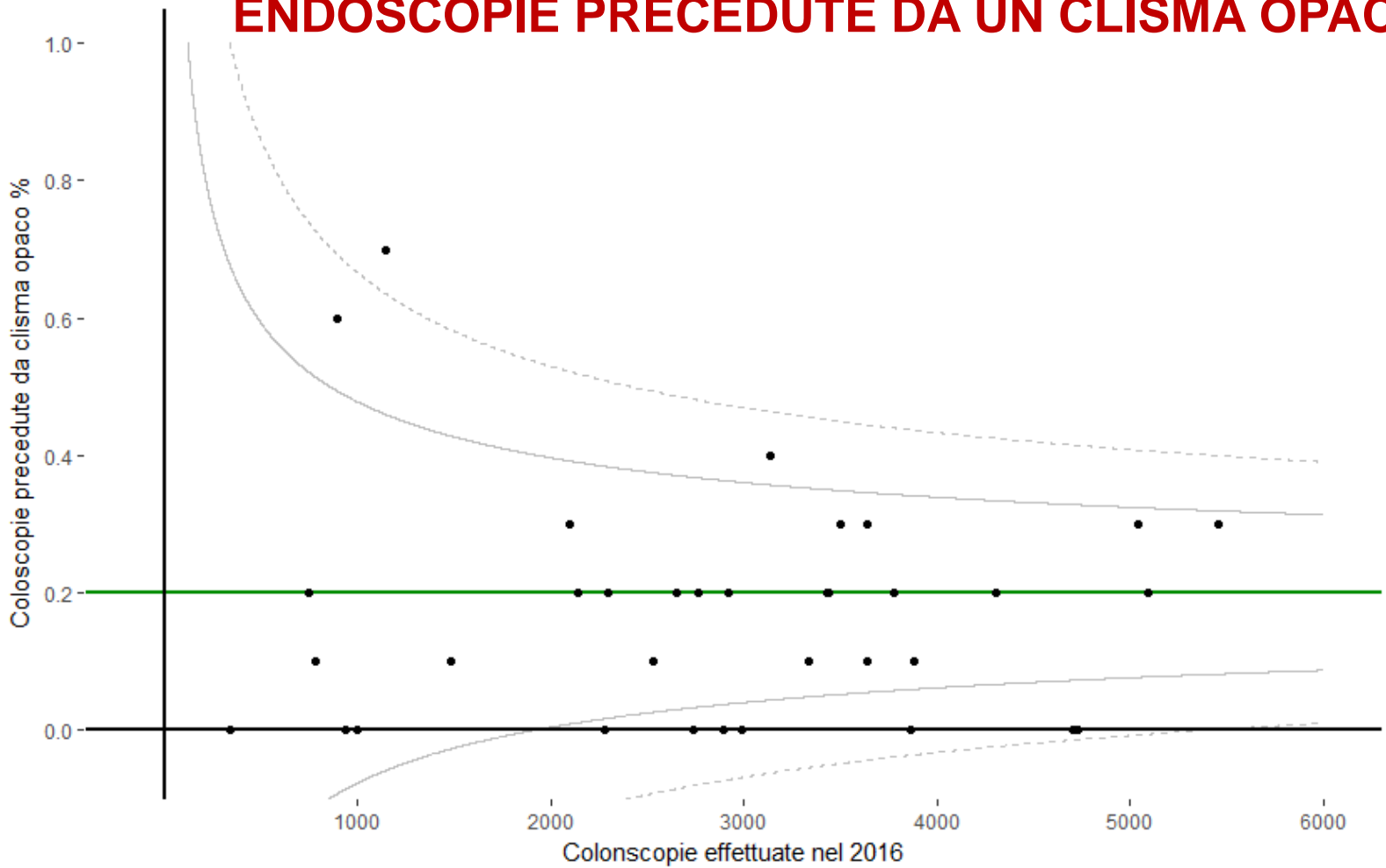
ENDOSCOPIE PRECEDUTE DA UN SOFT



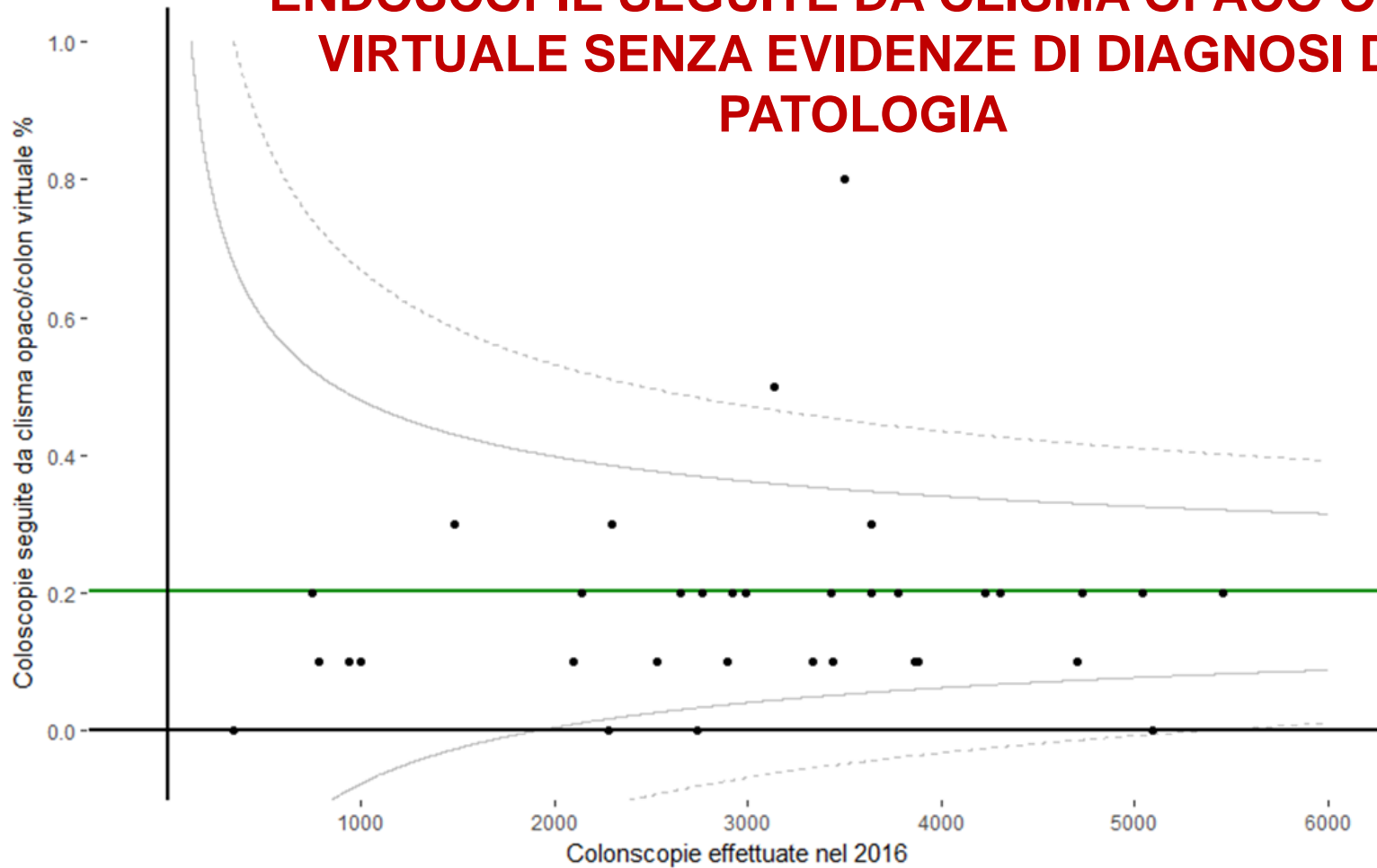
ENDOSCOPIE NON PRECEDUTE DA UN SOFT



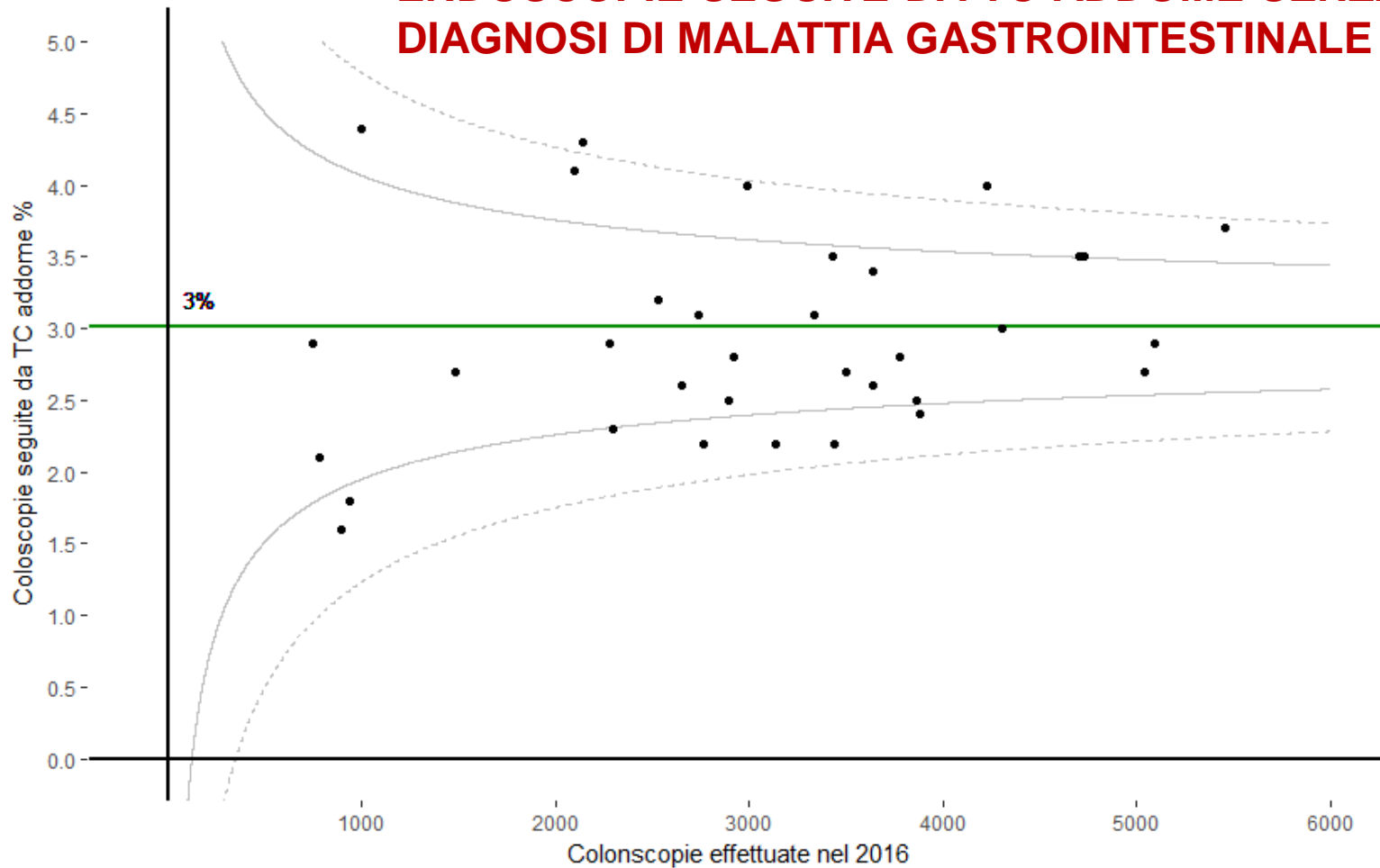
ENDOSCOPIE PRECEDUTE DA UN CLISMA OPACO



ENDOSCOPIE SEGUITE DA CLISMA OPACO O TC VIRTUALE SENZA EVIDENZE DI DIAGNOSI DI PATOLOGIA



ENDOSCOPIE SEGUITE DA TC ADDOME SENZA DIAGNOSI DI MALATTIA GASTROINTESTINALE



RIFLESSIONI

- È possibile misurare la potenziale inappropriately anche nelle prestazioni endoscopiche
- **È POSSIBILE ESTENDERE LA VALUTAZIONE DI APPROPRIATEZZA EROGATIVA PARTENDO DAI FLUSSI SANITARI CORRENTI**
- l'inappropriately è associata all'essere **NON MALATO, ANZIANO, TRATTATO IN CENTRI A MINORE VOLUME**
- La misura deve trovare come utilizzatori MMG e specialisti con il fine comune di ridurre le prestazioni endoscopiche inappropriate
- La riduzione delle prestazioni inappropriate libera risorse e riduce le liste di attesa
- **I consumi dei non cronici DEVONO essere governati incrementando protocolli condivisi con la popolazione**

Grazie dell'attenzione

Ringraziamenti al tavolo di lavoro della ATS a cui partecipano tutti i servizi di gastroenterologia della Agenzia per la Tutela della Salute della Città Metropolitana di Milano.

Antonio Russo
Unità di Epidemiologia
ATS della Città Metropolitana di Milano
C.so Italia 19 - 20122 Milano
email agrusso@ats-milano.it
Telefono +39 02 85782100