

# Indicatori, standard di riferimento e valutazione : cosa c'è da modificare ?

Marco Zappa

Workshop ONS/GISMa

Reggio Emilia 6 Maggio 2015

# Scopo degli Indicatori

- Certificazione
  - ➔ Pochi (uno solo), sintetici ,
- Monitoraggio Continuo Qualità
  - ➔ molti, descrittivi

# Valutazione degli Indicatori

- Certificazione
  - ➔ Standard (si raggiunge o no) ,
  
- Monitoraggio Continuo Qualità
  - ➔ Benchmarking

Gli screening “nascono” con indicatori e standard ma oggi in tutta la prevenzione...

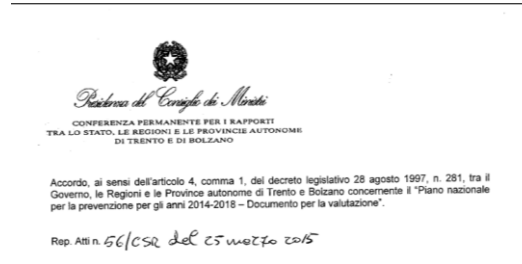
- Attenzione crescente alla valutazione
- Attenzione crescente agli indicatori
- Attenzione crescente agli indicatori di impatto

# Advanced breast cancer rates un the epoch of service screening : the 400000 women cohort study from Italy.

- *Puliti D, Bucchi L et al..*

➔ difficile passare dagli studi agli indicatori

# Il punto di svolta: la valutazione del PNP 2014-2018



Il PNP è corredato di un adeguato “piano di valutazione”:

- a tutti i livelli
- basato su un approccio condiviso
- messa a punto di metodi e procedure comuni di monitoraggio e valutazione dei processi, dei **risultati di salute**, dell’impatto sul sistema
- condizioni necessarie all’utilizzo dei risultati stessi della valutazione

# Struttura del PNP 2014-2018

Macro obiettivi (MO)		Obiettivi centrali	Indicatori centrali
<b>MO1</b>	Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili	<b>15</b>	<b>31</b>
<b>MO2</b>	Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>MO3</b>	Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>MO4</b>	Prevenire le dipendenze da sostanze	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>MO5</b>	Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti	<b>3</b>	<b>5</b>
<b>MO6</b>	Prevenire gli incidenti domestici	<b>5</b>	<b>7</b>
<b>MO7</b>	Prevenire gli infortuni e le malattie professionali	<b>8</b>	<b>8</b>
<b>MO8</b>	Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	<b>12</b>	<b>16</b>
<b>MO9</b>	Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie	<b>13</b>	<b>45</b>
<b>MO10</b>	Attuare il Piano Nazionale Integrato dei Controlli per la prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria	<b>12</b>	<b>22</b>
<b>TOTAL E</b>	<b>10</b>	<b>73</b>	<b>139</b>

# Quali risultati attesi a 5 anni?

## Macroobiettivo 1



12. Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening)	1.12.1	Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening per il tumore della CERVICE UTERINA nella popolazione bersaglio		77% (anno 2012)	+30%	Osservatorio nazionale screening
		Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening MAMMOGRAFICO sulla popolazione bersaglio		73% (anno 2012)	+37%	
		Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening COLORETTALE sulla popolazione bersaglio		57% (anno 2012)	+75%	
13. Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico	1.13.1	Percentuale di persone che ricevono l'invito sulla (SCREENING COLORETTALE)		41% (anno 2012)	+55%	Osservatorio nazionale screening
		Percentuale di persone che ricevono l'invito sulla (SCREENING MAMMOGRAFICO)		57,5% (anno 2012)	+45%	
		Percentuale di persone che ricevono l'invito sulla (SCREENING CERVICE UTERINA)		46% (anno 2012)	+95%	
14. Riorientare/avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA	1.14.1	Adozione di indirizzi regionali programmatori per lo screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro un anno dall'avvio del PRP)	Proporzione di Regioni che hanno adottato indirizzi regionali programmatori per lo screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA	non rilevato	100% entro il 2016	Regioni
	1.14.2	Avvio del programma di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro il 2018)	Proporzione di Regioni che hanno attivato in maniera esclusiva il test HPV-DNA come test di primo livello per lo screening del cervicocarcinoma	non rilevato	100% entro il 2018	Regioni
15. Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella	1.15.1	Adozione di indirizzi regionali programmatori (entro un anno dall'avvio del PRP)	Proporzione di Regioni che hanno adottato gli indirizzi regionali	non rilevato	100% entro il 2016	Regioni
	1.15.2	Adozione dei percorsi in tutte le aziende secondo programmazione regionale (entro il 2018)	Proporzione di Regioni che hanno adottato i percorsi in tutte le aziende	non rilevato	100% entro il 2018	Regioni

**Per raggiungere il target di estensione previsto dai LEA (100% per tutti e tre gli screening)**

**Per raggiungere i target di adesione previsti dai LEA (60% per lo screening mammografico, 50% per gli screening del colon retto e delle cervice uterina)**



## Mes (scuola di Sant'Anna)

- Logica del bersaglio
- Valuta estensione e partecipazione
- Standard molto più alti.

# I programmi di screening mammografico a quali indicatori sono sottoposti nel PNP

- ➔ aumento estensione e partecipazione al fine di raggiungere 100% estensione e aumento della partecipazione fino ad arrivare almeno al 60% per lo screening mammografico

# Tavolo LEA

- % screenati rispetto alla popolazione bersaglio
- % tumori avanzati ai round successivi
- → indicatori più collocati sull'impatto di popolazione piuttosto che sulla valutazione del processo

# La normativa

**Con l'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005 sono stati individuati gli adempimenti a carico delle Regioni per l'accesso al maggior finanziamento \* delle risorse destinate al Servizio Sanitario Nazionale.**

L'Intesa ha sancito l'impegno reciproco tra Stato e Regioni per garantire il rispetto del principio della uniforme erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) in condizioni di appropriatezza ed efficienza, coerentemente con le risorse programmate dal SSN.

*\* quota premiale del 3% (per le regioni adempienti nell'ultimo triennio la quota è pari al 2%) delle somme dovute a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario al netto delle entrate proprie (c.68 art.2 Legge n.191 del 23 dicembre 2009)*

# La procedura

- ❑ Riunione tecnica con gli Uffici/Enti istruttori
- ❑ Riunione/i del Comitato LEA per l'approvazione dei documenti di competenza da trasmettere alle Regioni
- ❑ Trasmissione documentazione al MEF
- ❑ Trasmissione del Documento Adempimenti alle Regioni (da parte del MEF) entro il 30 marzo dell'anno successivo a quello di valutazione
- ❑ Trasmissione da parte delle Regioni della documentazione richiesta entro il 30 maggio dell'anno successivo a quello di valutazione
- ❑ Istruttoria della documentazione da parte degli Uffici/Enti competenti
- ❑ Incontri tecnici con le Regioni
- ❑ Riunione del Comitato Lea per la “**certificazione finale**” degli adempimenti regionali
- ❑ Inoltro delle certificazioni finali al Tavolo Adempimenti

# E) Griglia LEA

**OBIETTIVO**

*Fornire una panoramica complessiva dell'effettiva erogazione dei Lea attraverso un punteggio finale*

**Ripartizione degli indicatori e dei pesi**

Livello di assistenza	Dimensioni del livello di assistenza	N. Indicatori	Peso complessivo del livello di assistenza
Prevenzione	6	11	5
Assistenza distrettuale	9	13	11
Assistenza ospedaliera	5	7	9
<b>TOTALE</b>	<b>20</b>	<b>31</b>	<b>25</b>

**Assegnazione dei punteggi**

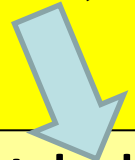
1	VALORE NORMALE	9 punti
2	SCOSTAMENTO MINIMO	6 punti
3	SCOSTAMENTO RILEVANTE MA IN MIGLIORAMENTO	3 punti
4	SCOSTAMENTO NON ACCETTABILE	0 punti
5	DATO MANCANTE O PALESEMENTE ERRATO	- 1 punto

**Esito della verifica**

Valutazione	Intervallo del punteggio
Adempiente	> 160
Adempiente con impegno su alcuni indicatori	130 - 160

# E) Griglia LEA – Prevenzione

Livello di assistenza	Definizione	Significato
	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	
	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	
	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>=65 anni)	
	<b>Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto (introdotto nel 2010)</b>	<i>L'obiettivo dell'indicatore è di descrivere le attività dei programmi organizzati di screening e l'adesione da parte della popolazione eleggibile. Si vuole fornire una valutazione complessiva del rispetto del LEA per tutti e tre i programmi di screening</i>



• Persone in età target che eseguono il test di screening per carcinoma mammella / [donne residenti (50-69) / 2]

• Persone in età target che seguono il test di screening per cervice uterina / [donne residenti (25-64) / 3]

• Persone in età target che eseguono il test di screening per tumore colon retto / [persone residenti (50-69) / 2] \* 100

**Lo score totale dell' indicatore è calcolato sommando gli scores dei singoli programmi di screening a cui è attribuibile un punteggio che varia da 0 a 5:**

SCORE	0	1	3	5
Scr. Mam	0% - 5%	6% - 34%	35% - 59%	≥ 60%
Scr.. Cerv.	0% - 5%	6% - 24%	25% - 49%	≥ 50%
Scr. Colo-rettale	0% - 5%	6% - 24%	25% - 49%	≥ 50%

# Un nuovo approccio

## Per tutti gli ambiti

- misurare prevalentemente aspetti quantitativi, che diano sensazione concreta del raggiungimento dell'adempimento (**dal *formale* al *sostanziale***) e individuare indicatori di processo e/o risultato (es. dal recepimento dell'accordo alla messa in atto di azioni dedicate)
- individuare in via prioritaria adempimenti che siano correlati all'erogazione dei LEA che deve avvenire in condizioni di appropriatezza, qualità ed efficienza




## Per la prevenzione

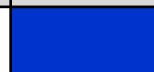
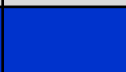
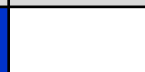
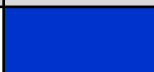
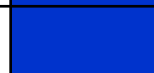
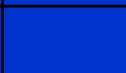

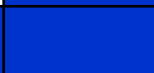
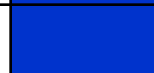
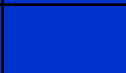
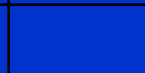
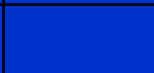








- fornire una valutazione di adempimento il più sistemica possibile rispetto ai vari ambiti in cui la prevenzione si articola;
- esprimere un organico riferimento agli atti di pianificazione più rilevanti per la prevenzione;
- **privilegiare, per quanto fattibile, la valutazione delle modifiche dello 'stato di salute' pertinenti ai settori di intervento preponderanti;**
- riconoscere e utilizzare l'effetto di sviluppo che il sistema degli adempimenti esercita sulla programmazione delle attività a livello operativo



# Adempimento U)

 Criterio valutativo

 Criterio informativo

Indicatori	Anno 2012	Ann o 2013	Ann o 2014	Anno 2015
U.1 Piano regionale della prevenzione (PRP)				
U.2.1 Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)				
U.2.2 Origine dell'infezione identificata (morbillo)				
U.3 Proporzione di tumori in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screening)				
Prevalenza di persone sedentarie				

**pesi**

In realtà l'unico indicatore che si avvicina all'impatto di salute è quello dello screening

# Problematiche su l'indicatore % di avanzati ai round successivi

- Si sposta verso una misura di impatto
- % risente della sovradiagnosi
- Tasso risente dell'incidenza di base attesa
- Ruolo dei missing
- Cosa si considera come carcinoma avanzato

## Effetti collaterali

La % di programmi che hanno fornito dati completi (livello 5) è passata:

- 2012 =  $65/125 = 52\%$
- 2013 =  $103/129 = 80\%$

# U. 3 Proporzione di cancro in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza

**Anno 2012**

Formula	Valore soglia	Range di scostamento dal valore soglia e relativi punteggi	Calcolo effettuato da:	Razionale/significato	Note
<p>Numeratore: numero dei cancro invasivi screen-detected</p> <p>Denominatore: numero di tutti i cancro screen-detected *100</p>	<p>&lt;= 25%</p>	<p>25 se U.3&lt;=25</p> <p>15 se 26&lt;=U.3&lt;=27,5</p> <p>0 se U.3&gt;27,5</p>	<p>Sistema informativo screening: dati elaborati dall'Osservatorio Nazionale Screening.</p> <p>L'indicatore può essere calcolato annualmente</p>	<p>Indicatore tracciante della capacità di predisporre interventi di prevenzione secondaria di popolazione. Esprime la capacità del programma di screening di identificare i tumori precocemente in modo da ottimizzare le capacità di intervento.</p> <p>Riferimento: <i>Linea guida</i></p>	

# U. 3 Proporzione di cancro in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza

**Anno 2015**

Formula	Valore soglia	Range di scostamento dal valore soglia e relativi punteggi	Calcolo effettuato da:	Razionale/significato	Note
Numeratore: numero dei cancro invasivi screen- detected Denominatore : numero di tutti i cancro screen- detected *100	<= 25%	Punteggio 20 se: % cancro avanzati <25% indicatore Griglia LEA >50% % missing (cancro invasivi la cui stadiazione è ignota) <10% Il punteggio massimo (pari a 20) viene penalizzato nel modo seguente:  <b>% cancro avanzati</b> <25% penalizzazione = 0 25% -30% penalizzazione = 4 >30% penalizzazione = 13  <b>Indicatore Griglia LEA</b> >50% penalizzazione = 0 35% - 50% penalizzazione = 2 20% -34 % penalizzazione = 4 10%- 19% penalizzazione = 9 < 10% penalizzazione = 20  <b>% missing</b> <10% penalizzazione = 0 10% - 20% penalizzazione= 4	Sistema informativo screening: dati elaborati dall'Osservatorio Nazionale Screening. L'indicatore può essere calcolato annualmente	Indicatore tracciante della capacità di predisporre interventi di prevenzione secondaria di popolazione. Esprime la capacità del programma di screening di identificare i tumori precocemente in modo da ottimizzare le capacità di intervento. Riferimento: indicatore delle Linee guida Europee	

# U. 3 Proporzione di cancri in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza

## Pro - Contro

- ✓ E' un indicatore di prevenzione secondaria
- ✓ Fornisce l'informazione più vicina all'outcome desumibile dai flussi ordinari
- ✓ **Disponibilità, tempestività, validità dell'informazione strettamente legate alla "qualità" organizzativa (inclusi i sistemi informativi) dell'intero percorso del programma di screening**

.....

.....

.....

# Proposte??

# dal punto di vista del monitoraggio continuo della qualità ...

- Monitorare i carcinomi avanzati agli screening successivi è più interessante che monitorare i carcinomi di intervallo !
  - ➔ Legati all'impatto dello screening
  - ➔ Più "true errors or minimal signs" fra i carcinomi avanzati che fra i carcinomi di intervallo  
(*Bonardi et al comunicazione Gisma, esperienza olandese*)
  - ➔ Più facili da raccogliere
  - ➔ Più tempestivi

Sommare ai recall rate gli early rescreening



*Grazie !*