OTGC
ORGANISMO TOSCANO GOVERNO CLINICO

NOTE DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

(per risonanze magnetiche, tomografie computerizzate,
visite specialistiche e antibiotici)

Allegato A

Decisione Comitato Tecnico Scientifico n. 07 del 15/06/2023

Regione Toscana

SST Servizio Sanitario della Toscana

Articolazione funzionale dell‘Organismo Toscano per il Governo Clinico, ai sensi dell‘art. 49 ter della l.r. 40/2005:

a) Coordinatore;
b) Ufficio di coordinamento;
c) Comitato tecnico scientifico

Coordinatore dell‘OTGC
Prof. Stefano Grifoni

Supporto amministrativo:
Roberta Bottai
Stefania Della Luna
Giuseppina Agata Stella

Il presente documento è stato prodotto da un gruppo multidisciplinare di esperti su mandato dell’Organismo Toscano per il Governo Clinico (istituito con Legge regionale 24 febbraio 2005 n. 40, modificata con Legge regionale 25 luglio 2017 n. 36).
L’intero documento in formato PDF è consultabile sul sito Internet della Regione Toscana al seguente indirizzo: http://www.regione.toscana.it/pubblicazioni
Chiunque è autorizzato, per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché ne citi la fonte.

Organismo Toscano per il Governo Clinico
Via T. Alderotti, 26/n
50139 Firenze (FI)
segreteriaotgc@regione.toscana.it

Note di appropriatezza per Risonanze magnetiche, Tomografie computerizzate e visite specialistiche

Dimensioni del problema

Negli ultimi anni, e in particolare dopo la crisi pandemica da Sars-Cov 2, si è assistito ad una consistente difficoltà da parte della cittadinanza nel riuscire ad accedere alle cure, ai percorsi di screening e prevenzione, alle visite specialistiche, agli esami diagnostici e strumentali, alle procedure chirurgiche, determinata anche dalla riemersione delle domande di prestazioni verificatasi a fine pandemia.

I dati di prescrizione evidenziano un incremento medio delle richieste di visite specialistiche e prestazioni strumentali pari al 28% e in particolare un incremento del 24,6% per le visite specialistiche di primo accesso e del 31% per le prestazioni di diagnostica strumentale

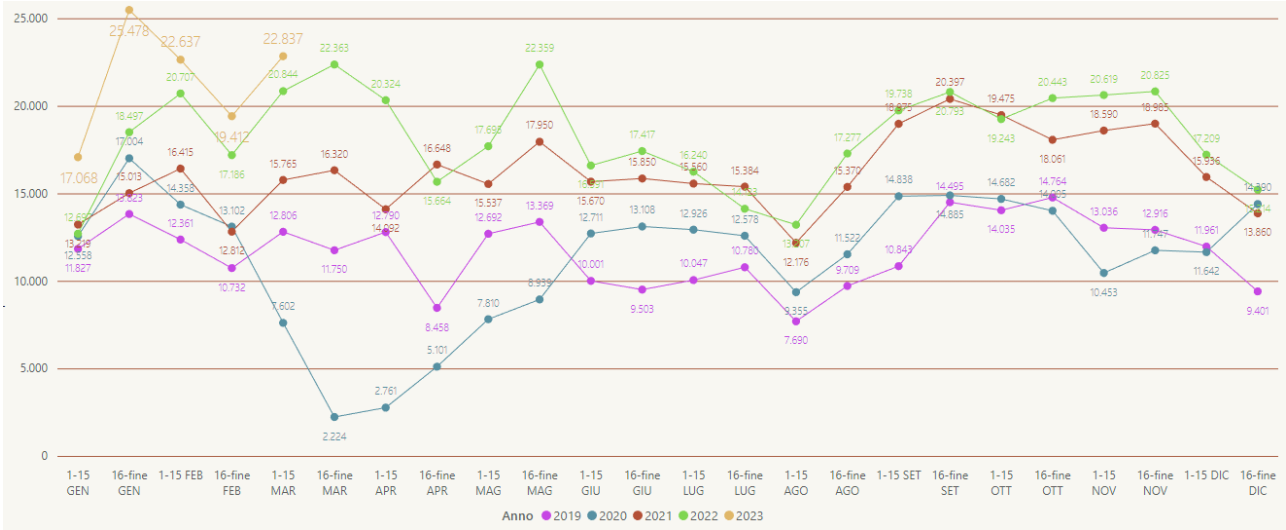
In tale contesto, la programmazione sanitaria ha indirizzato le proprie energie per garantire la soddisfazione delle richieste di prestazioni nel servizio pubblico e riportare i livelli di attività sanitaria erogata ai regimi del periodo pre-pandemico. Sono stati definiti e applicati indicatori e obiettivi specifici per monitorare il rispetto di quanto previsto dalla norma nell'ambito dei tempi di attesa e, soprattutto, per comprendere quali strategie potessero essere intraprese per garantire la migliore risposta ai bisogni di salute della persona assistita.

Nella prima fase di tale attività, le energie sono state orientate alla modalità di erogazione e in particolare alla programmazione e pianificazione dei volumi di attività delle strutture sanitarie. L'obiettivo è stato determinare un sistema organizzato capace di assorbire le richieste del cittadino a garanzia dell'uguaglianza e accessibilità ai servizi sanitari.

La Toscana, unica regione in Italia, nel 2022 ha fatto registrare livelli di erogazione leggermente superiori a quelli del 2019. Tuttavia la domanda di prestazioni continua a mantenersi in costante crescita con grandi difficoltà da parte del sistema a erogare tutte le richieste di prestazioni.

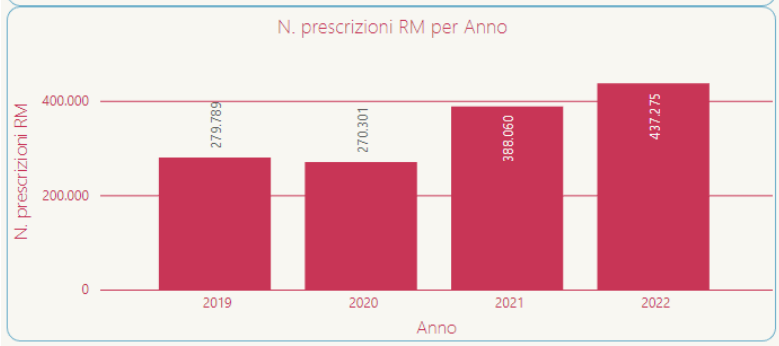
Per alcune tipologie di prestazioni si è osservato un incremento significativo di richieste senza alcuna modifica sostanziale del case-mix. Il trend di crescita quasi incontenibile della diagnostica per imaging, con un'alta percentuale di referti negativi o para fisiologici, rappresentano in parte il fenomeno della delega alla diagnosi strumentale della diagnosi clinica: in questi ultimi anni il ricorso alla visita specialistica non è aumentato, anche a causa della pandemia, con pari intensità all'incremento di indagini strumentali e si è, invece, decisamente modificato il ruolo della tecnologia di imaging nel processo clinico decisionale.
Allo stato attuale pertanto si rende necessario intervenire sui criteri di appropriatezza relativi all'attività sanitaria

Andamento prescrittivo per Risonanze Magnetiche monitorate nel PRGLA



Confrontando il 2022 con il 2019 si osserva un aumento percentuale notevole, attestandosi al 56%. Le tendenze per il 2023 confermano l'aumento prescrittivo. Di seguito il dettaglio degli andamenti per anno e la suddivisione per le singole Risonanze Magnetiche presenti nel piano e monitorate dalla Regione Toscana.

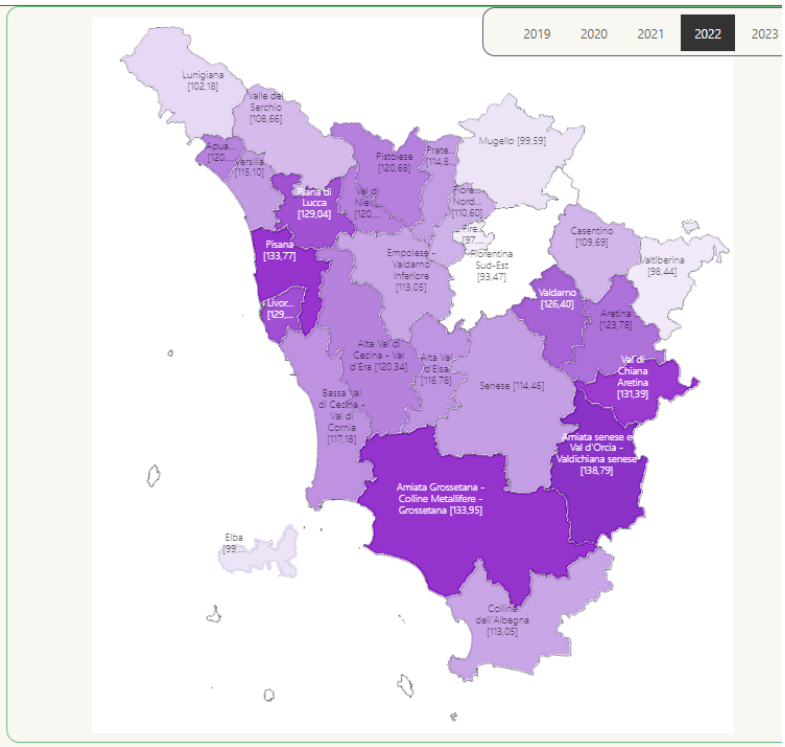
Prestazione Diagnostica	2019	2020	2021	2022	Differenza percentuale 2022 vs 2019
RM	**279.789**	**270.301**	**388.060**	**437.275**	**56,29%**
RM ADDOME INFERIORE	8.307	8.671	11.694	13.096	57,65%
RM COLONNA	110.868	107.580	156.933	171.689	54,86%
RM ENCEFALO E DEL TRONCO ENCEFALICO	63.578	61.703	86.829	101.057	58,95%
RM MUSCOLOSCHELETRICA	97.036	92.347	132.604	151.433	56,06%
Totale	**279.789**	**270.301**	**388.060**	**437.275**	**56,29%**



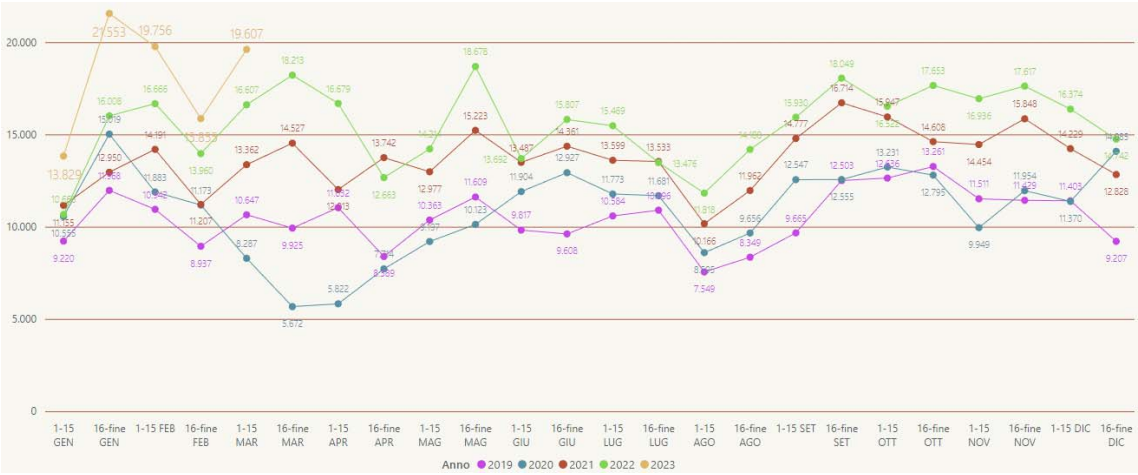
Rapportando il numero di prescrizioni per la popolazione si nota una variabilità nei tassi di prescrizione per 1.000 abitanti in ogni zona distretto toscana. I tassi tra le zone hanno una discreta disomogeneità e denotano un diverso comportamento prescrittivo nelle singole Zone distretto.

Tasso di prescrizione RM per 1.000 assistiti anno 2022

Zona di Assistenza	Tasso per 1.000 ab
AV Toscana Centro	**108,18**
Empolese - Valdarno Inferiore	113,05
Fiorentina Nord-Ovest	110,60
Fiorentina Sud-Est	93,47
Firenze	97,66
Mugello	99,59
Pistoiese	120,68
Pratese	114,83
Val di Nievole	120,76
AV Toscana Nord Ovest	**122,13**
Alta Val di Cecina - Val d'Era	120,34
Apuane	120,48
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	117,18
Elba	99,40
Livornese	129,40
Lunigiana	102,18
Piana di Lucca	129,04
Pisana	133,77
Valle del Serchio	108,66
Versilia	115,10
AV Toscana Sud Est	**102,18**
Alta Val d'Elsa	116,78
Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana	133,95
Amiata senese e Val d'Orcia - Valdichiana senese	138,79
Aretina	123,78
Aretina - Casentino - Valtiberina	9,35
Casentino	109,69
Colline dell'Albegna	113,05
Senese	114,46
Val di Chiana Aretina	131,39
Valdarno	126,40
Valtiberina	98,44
Totale	**111,13**

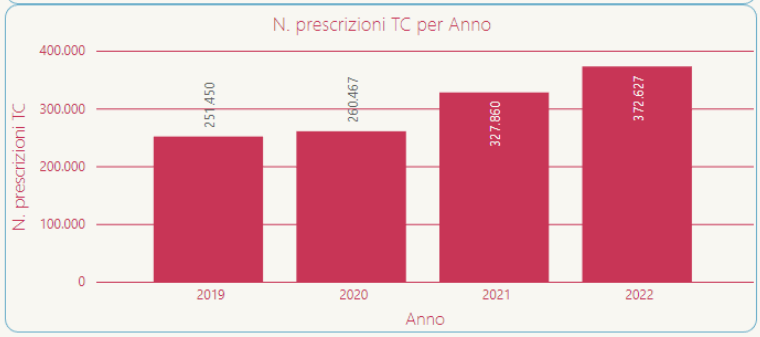


Andamento prescrittivo per Tomografie Computerizzate monitorate nel PRGLA



Analogamente agli andamenti osservati per le RM, anche per le TC l'andamento è simile. Il trend è in crescita e la percentuale di incremento registrata tra il 2022 ed il 2019 è di poco inferiore al 50%. Di seguito il dettaglio per singola prestazione con i volumi registrati negli ultimi 4 anni.

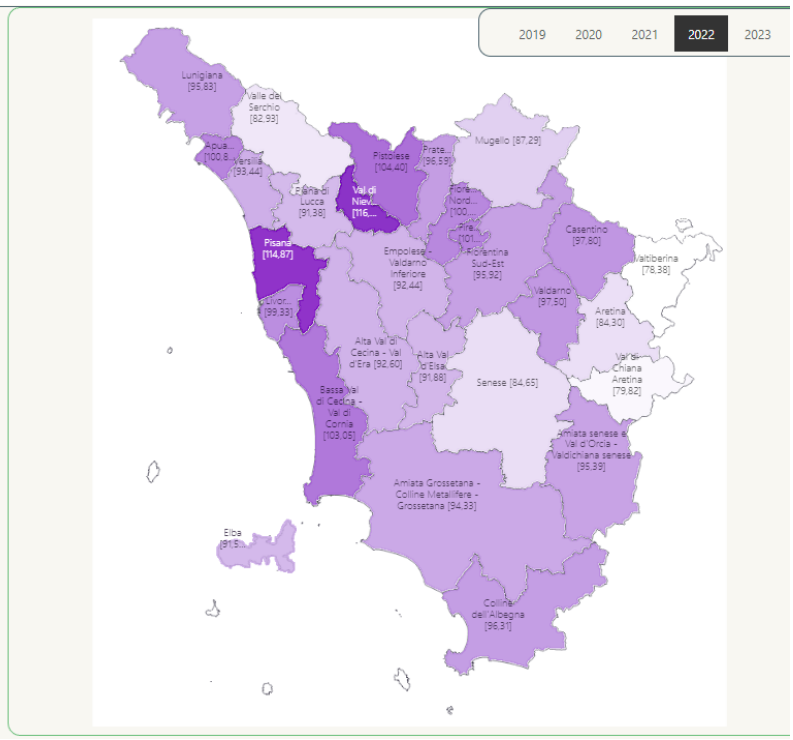
Prestazione Diagnostica	2019	2020	2021	2022	Differenza percentuale 2022 vs 2019
TC	**251.450**	**260.467**	**327.860**	**372.627**	**48,19%**
TC ADDOME	85.439	89.928	108.994	123.067	44,04%
TC CAPO	45.201	45.015	57.286	64.823	43,41%
TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE	1.374	1.392	2.012	2.211	60,92%
TC RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE	14.212	13.473	18.281	19.609	37,97%
TC TORACE	105.224	110.659	141.287	162.917	54,83%
Totale	**251.450**	**260.467**	**327.860**	**372.627**	**48,19%**



Anche in questo caso, rapportando il numero di prescrizioni alla popolazione si nota una variabilità nei tassi di prescrizione per 1.000 abitanti in ogni zona distretto toscana. I tassi tra le Zone Distretto passano da 141 prescrizioni di TC ogni 1000 abitanti della Zona Pisana a 84 su 1000 abitanti per la Zona Senese.

Tasso di prescrizione TC per 1.000 assistiti anno 2022

Zona di Assistenza	Tasso per 1.000 ab
AV Toscana Centro	**99,34**
Empolese - Valdarno Inferiore	92,44
Fiorentina Nord-Ovest	100,22
Fiorentina Sud-Est	95,92
Firenze	101,03
Mugello	87,29
Pistoiese	104,40
Pratese	96,59
Val di Nievole	116,85
AV Toscana Nord Ovest	**98,78**
Alta Val di Cecina - Val d'Era	92,60
Apuane	100,87
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	103,05
Elba	91,50
Livornese	99,33
Lunigiana	95,83
Piana di Lucca	91,38
Pisana	114,87
Valle del Serchio	82,93
Versilia	93,44
AV Toscana Sud Est	**74,60**
Alta Val d'Elsa	91,88
Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana	94,33
Amiata senese e Val d'Orcia - Valdichiana senese	95,39
Aretina	84,30
Aretina - Casentino - Valtiberina	7,52
Casentino	97,80
Colline dell'Albegna	96,31
Senese	84,65
Val di Chiana Aretina	79,82
Valdarno	97,50
Valtiberina	78,38
Totale	**92,68**



Per ridurre le richieste inappropriate di RM e TC, un primo strumento è fornito dal DPCM sui nuovi LEA. Il nuovo nomenclatore recepisce le note di appropriatezza già previste dal "Decreto appropriatezza" del novembre 2015; in particolare in corrispondenza di ogni prestazione potenzialmente inappropriata, sono definite le casistiche, supportate da evidenze scientifiche, per orientare le richieste di prestazioni di imaging pesante. L'obiettivo è quello di garantire la conduzione di esami diagnostici e prestazioni sanitarie in genere nei tempi opportuni per la corretta presa in carico dei bisogni di salute della persona assistita.

Le prestazioni pertanto dovranno rispondere per quanto possibile ai criteri di riferimento definiti nei suggerimenti di appropriatezza: questi ultimi potranno seguire modifiche in relazione alle evidenze scientifiche contestuali.

Utilizzo codici priorità e tipologia di accesso: organizzazione di una offerta congrua con la rilevanza del problema

Codici di priorità

La classe di priorità si riferisce alle condizioni di salute e quindi alla gravità del quadro clinico dell'utente e deve essere presente in tutte le prescrizioni di specialistica ambulatoriale di primo accesso. Può essere utilizzata anche per gli accessi successivi qualora il prescrittore rilevi la necessità di avere a disposizione approfondimenti clinico-diagnostici in un arco temporale differente, di solito più breve, rispetto a quello standard riferito dalle evidenze scientifiche e previsto per i controlli ripetuti nel tempo a pazienti cronici.
Negli ultimi anni, anche in seguito alle sospensioni per Covid dell'attività delle prestazioni non urgenti e per le difficoltà dovute alle lunghe liste di attesa, si è registrato una maggiore incidenza delle prescrizioni con codice di priorità B (breve da garantire entro 10 giorni), come si evince dalle tabelle seguenti, mentre la classe di priorità U (Urgente da garantire entro 72 ore) è rimasta stabile, per il codice di priorità B l'incidenza% sul totale delle visite prescritte è passata dal 12,74% al 20,61%; per le prestazioni diagnostiche le prescrizioni con priorità Breve hanno rappresentato il 24,13% del totale delle prescrizioni effettuate nel 2022 a fronte del 12,55% registrato nel 2019

Visite oggetto di monitoraggio PRGLA: distribuzione per anno e codice di priorità

Anno	U	%	B	%	D	%	P	%	Non indicato	%	Totale
2019	45.906	2,46%	237.582	12,74%	505.427	27,10%	326.127	17,48%	750.286	40,22%	**1.865.328**
2020	49.266	3,18%	283.211	18,26%	578.446	37,30%	216.612	13,97%	423.101	27,29%	**1.550.636**
2021	51.867	2,40%	423.458	19,61%	1.052.492	48,74%	295.085	13,66%	336.688	15,59%	**2.159.590**
2022	53.858	2,31%	481.108	20,61%	1.311.961	56,21%	250.224	10,72%	236.852	10,15%	**2.334.003**

Prestazioni diagnostiche oggetto di monitoraggio PRGLA: distribuzione per anno e codice di priorità

Anno	U	%	B	%	D	%	P	%	Non indicato	%	Totale
2019	24.984	1,54%	203.629	12,55%	393.913	24,28%	368.681	22,73%	631.002	38,90%	**1.622.209**
2020	26.912	2,15%	267.654	21,35%	454.156	36,23%	242.755	19,36%	262.129	20,91%	**1.253.606**
2021	29.289	1,71%	401.180	23,46%	825.066	48,25%	345.292	20,19%	109.139	6,38%	**1.709.966**
2022	29.618	1,64%	436.238	24,13%	983.062	54,38%	328.703	18,18%	30.020	1,66%	**1.807.641**

Significative per entrambe le tipologie di prestazioni, si osserva una consistente rilevanza riferita alle richieste senza codice di priorità e, in particolare, constatiamo un minor utilizzo del codice P (Programmabile da effettuare entro 120 gg) che risulta poco indicato per una richiesta di primo accesso per la visita specialistica e dovrebbe esser residuale per le prestazioni diagnostiche sempre con riferimento ad un primo inquadramento clinico del paziente.
Al fine di determinare il codice di priorità da indicare, previa valutazione clinica, al momento della prescrizione medica si forniscono le seguenti definizioni

CLASSE U = Prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo brevissimo la prognosi del paziente (situazione di urgenza).

CLASSE B = Prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità (situazione di attenzione).

CLASSE D = Prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o disabilità (situazione di routine).

CLASSE P = Prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, disfunzione, la disabilità (situazione dilazionabile).

Pertanto si propone quanto segue:

PRIMO ACCESSO

CLASSE U *= Prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo brevissimo la prognosi del paziente (situazione di urgenza)*

CLASSE B *= Prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità (situazione di attenzione)*

CLASSE D *= Prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o disabilità (situazione di routine)*

ACCESSI SUCCESSIVI

CLASSE B *= Prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità (situazione di attenzione)*

CLASSE D *= Prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o disabilità (situazione di routine)*

CLASSE P *= Prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, disfunzione, la disabilità (situazione dilazionabile)*

Tipologia di accesso

Al fine di consentire una reale separazione dei flussi di accesso alle prestazioni, è fondamentale che la richiesta contenga correttamente l'indicazione della tipologia di accesso, ovvero il prescrittore deve indirizzare, con tale informazione, il paziente al più appropriato percorso di cura.

Si considera primo accesso:

- il primo contatto del cittadino con il SSN per un dato problema clinico ossia la prima visita o il primo esame di diagnostica strumentale;
- la visita o prestazione di approfondimento di branca specialistica diversa rispetto a quella del primo osservatore a completamento del quadro clinico;
- nel caso di paziente cronico, la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico.

Si considera **prestazione successiva al primo accesso**:

- la visita o la prestazione di approfondimento successive per pazienti dopo la loro presa in carico dal primo specialista;
- la visita o prestazione di controllo (follow up).

Le prestazioni successive al primo accesso, così come già previsto nel PRGLA (Piano Regionale Governo Liste di Attesa) 2019-2021 che ha recepito le indicazioni date già da tempo in Regione Toscana (cfr. DGRT 1038/2005), devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questo sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione. La realizzazione, nello specifico, della "presa in carico" del paziente cronico, secondo precisi PDTA, si completa con la responsabilità della struttura che ha "in carico il paziente" di provvedere alla prenotazione delle prestazioni di controllo secondo le tempistiche prestabilite dal protocollo di riferimento. Questo percorso garantisce una più efficiente e tempestiva presa in carico dei bisogni della persona assistita, semplificando le fasi di prenotazione e programmazione delle attività necessarie. A titolo esemplificativo si riporta lo schema concettuale del percorso di prescrizione/prenotazione a seconda che la prestazione sia destinata ad un paziente che accede per un nuovo bisogno di salute e necessita di inquadramento diagnostico, o che sia prescritta per un controllo di un paziente già conosciuto al sistema e necessiti di controlli successivi per il monitoraggio della patologia già diagnosticata.

Tipo accesso	Tipologia prescrittore	Canale di prenotazione	Tipologia di prescrizione	Tipologia contatto	Agenda
Primo accesso Si considera primo accesso:					
Il primo contatto del cittadino con il SSN per un dato problema clinico ossia la prima visita o il primo esame di diagnostica strumentale;	a) MMG/PLS b) altri prescrittori come Guardie Mediche, Medici dell'emergenza territoriale etc..	a) call center b) sportello cup in presidi sanitari c) on-line d) app per smartphone	prima visita	primo accesso	Agende pubbliche di primo accesso a scorrimento annuale
La visita o prestazione di approfondimento di branca specialistica diversa rispetto a quella del primo osservatore a completamento del quadro clinico.	Medici Specialisti	a) Medici specialisti b) Segreterie di Reparto c) Ambulatorio	prima visita	Considerato primo accesso a completamento	Agende riservate a scorrimento annuale
Nel caso di paziente cronico, la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico non previsto nell'evoluzione della malattia	Tutti prescrittori	a) call center b) sportello cup in presidi sanitari c) on-line d) app per smartphone	prima visita	primo accesso	Agende pubbliche e riservate a scorrimento annuale

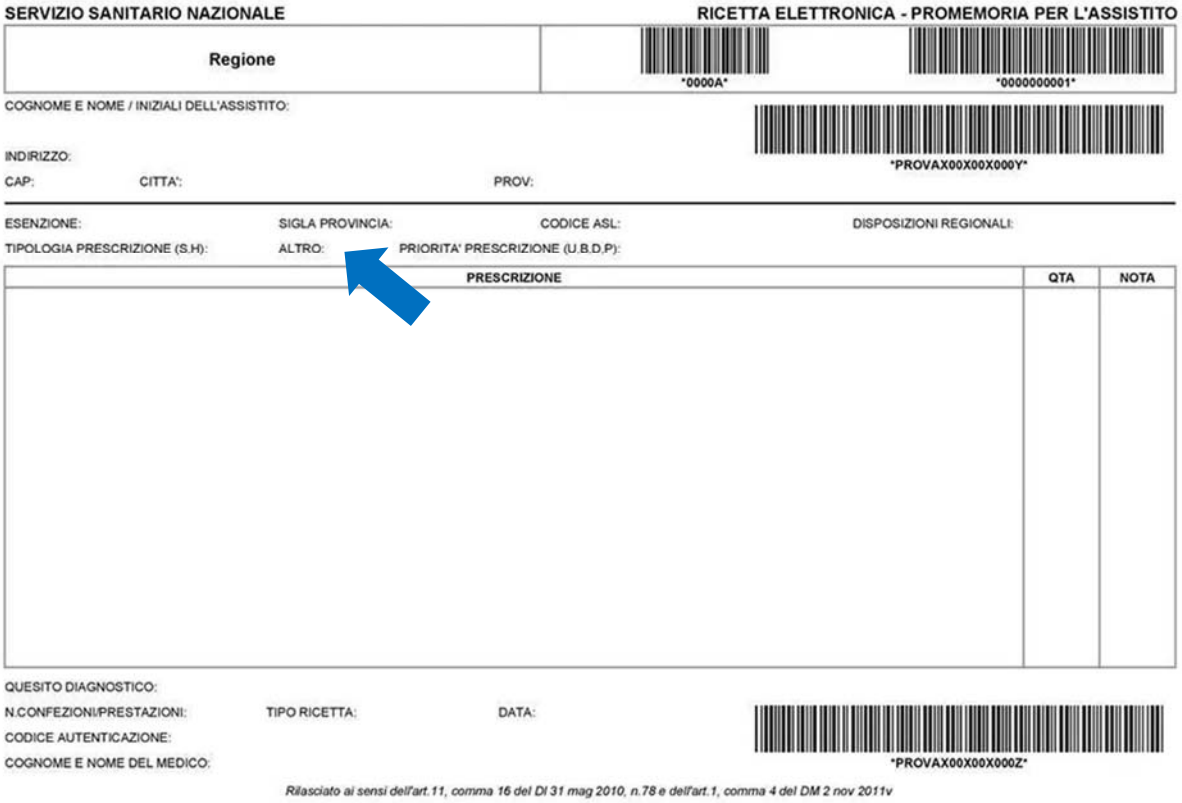
Tipo accesso	Tipologia prescrittore	Canale di prenotazione	Tipologia di prescrizione	Tipologia contatto	Agenda
Accesso Successivo Si considera accesso successivo:					
La visita o la prestazione di approfondimento per pazienti presi in carico dal primo specialista	Medici Specialisti e occasionalmente MMG/PLS	a) Medici specialisti b) Segreterie di Reparto c) Ambulatorio per MMG/PLS 1) call center 2) sportello cup in presidi sanitari	Visita di controllo	Contatto successivo	Agende riservate (e occasionalmente pubbliche) a scorrimento annuale
La visita o prestazione di controllo (follow up)	Medici Specialisti e occasionalmente MMG/PLS	a) Medici specialisti b) Segreterie di Reparto c) Ambulatorio per MMG/PLS 1) call center 2) sportello cup in presidi sanitari	Visita di controllo	Contatto successivo	Agende riservate (e occasionalmente pubbliche) a scorrimento annuale

Il fenomeno delle prime visite ripetute

Analizzando le prescrizioni delle 17 Prime Visite presenti all'interno del Piano Regionale Governo Liste di Attesa riferite all'anno 2022 sono emerse le seguenti criticità:

1- **Prescrizioni di Prime Visite ripetute entro 365 giorni.** Dopo aver scartato gli errori materiali di possibili duplicazioni informatiche, analizzate le prescrizioni singole (al netto delle prescrizioni a stesso paziente per stesso giorno per stessa prestazione) e analizzando il fenomeno delle prescrizioni ripetute entro i 365 giorni dall'ultima prescrizione ricevuta, si evince come il 25% dei pazienti a cui viene prescritta una prima visita (per le prime visite monitorate dal PNGLA) ha già avuto una prescrizione per la stessa prima visita nei 365 giorni precedenti. Questo fenomeno denota una mancanza di presa in carico da parte del SSR e incide negativamente sui cittadini che manifestano per la prima volta quel bisogno sanitario

2- Le prime visite ripetute sono legate anche al fatto che i MMG/PLS non possono al momento programmare gli accessi successivi e quindi tutto viene riportato come prima visita: bisogna prevedere sulla ricetta un riquadro prima visita e un riquadro visite successive.



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

RICETTA ELETTRONICA - PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

Regione

0000A

0000000001

COGNOME E NOME / INIZIALI DELL'ASSISTITO:

PROVAX00X00X000Y

INDIRIZZO:

CAP: CITTA': PROV:

ESENZIONE: SIGLA PROVINCIA: CODICE ASL: DISPOSIZIONI REGIONALI:

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE (S.H): ALTRO: PRIORITA' PRESCRIZIONE (U.B.D.P):

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA

QUESITO DIAGNOSTICO:

N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA: DATA:

CODICE AUTENTICAZIONE:

COGNOME E NOME DEL MEDICO:

PROVAX00X00X000Z

Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del Dl 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011v

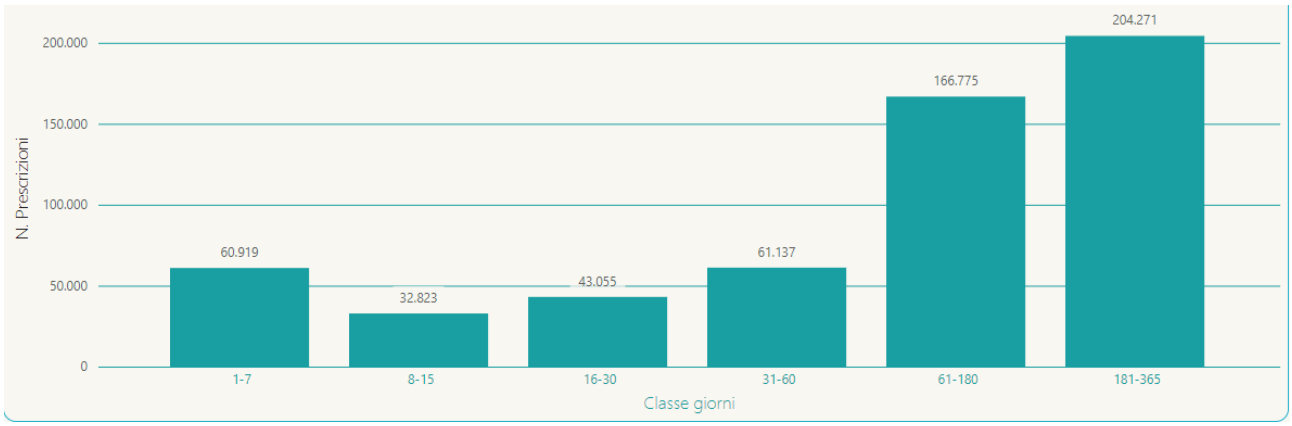
Azienda di residenza	Prescrizioni	di cui Singole	di cui Multiple (stesso giorno)	% Multiple su Totale Prescrizioni	Singole Ripetute (entro 365gg)	% Ripetute Entro 365 gg su Totale prescrizioni Singole	Popolazione
AV Toscana Centro	924.155	902.800	21.355	2,31%	212.938	23,59%	1.599.248
AV Toscana Nord Ovest	869.953	844.933	25.020	2,88%	232.017	27,46%	1.250.151
AV Toscana Sud Est	501.744	490.971	10.773	2,15%	116.615	23,75%	1.011.076
Extra Regione	34.055	33.119	936	2,75%	7.410	22,37%	
Totale	**2.329.907**	**2.271.823**	**58.084**	**2,49%**	**568.980**	**25,05%**	**3.860.475**

Analizzando questo fenomeno nel dettaglio per singola visita, si nota una forte variabilità.

Prestazione	Totale Prescrizioni	di cui singole	Singole Ripetute (entro 365gg)	% Ripetute Entro 365 gg su Totale prescrizioni Singole
Visita Allergologica	62.955	61.297	10.635	17,35%
Visita Cardiologica	318.316	309.319	80.195	25,93%
Visita Chirurgia vascolare	25.172	23.998	5.252	21,89%
Visita Chirurgica	86.932	85.043	15.607	18,35%
Visita Dermatologica	311.607	304.252	76.982	25,30%
Visita Endocrinologica	94.020	91.037	21.168	23,25%
Visita Fisiatrica	71.141	69.454	18.205	26,21%
Visita Gastroenterologica	50.706	49.302	10.137	20,56%
Visita Ginecologica	119.077	116.180	31.273	26,92%
Visita Neurologica	112.797	109.840	29.870	27,19%
Visita Oculistica	350.714	343.058	94.379	27,51%
Visita Oncologica	32.881	31.953	9.868	30,88%
Visita ORL	218.298	213.630	45.306	21,21%
Visita Ortopedica	217.126	211.999	54.402	25,66%
Visita Pneumologica	89.975	87.404	23.697	27,11%
Visita Reumatologica	54.813	53.254	12.587	23,64%
Visita Urologica	113.377	110.803	29.417	26,55%
Totale	**2.329.907**	**2.271.823**	**568.980**	**25,05%**

Per le prescrizioni ripetute in un arco temporale più ristretto, è probabile che la mancanza di disponibilità in una classe di priorità abbia costretto ad una nuovo richiesta con una variazione di classe più prenotabile mentre in riferimento alle visite ripetute in un lasso temporale più ampio (dopo due mesi dal primo incontro con lo specialista) lasciano ipotizzare che la ripetizione della prescrizione sia da riferire ad una mancata presa in carico del paziente, al quale non viene prescritta la visita di controllo successiva oppure a una visita effettuata in regime di privato accreditato che non ha possibilità di emettere richieste tramite SSR

La ripetizione inappropriata di richieste di prima visita si traduce in un potenziale ritardo della presa in carico di condizioni cliniche non definite che meritano un inquadramento specifico in tempi rapidi.



Proposte operative per superamento criticità: risultati attesi

1. Rendere non prescrivibile la priorità P per le prestazioni di primo accesso
2. Obbligatorietà dell'indicazione della tipologia di accesso: "P.A." o "A.S." (possibile blocco su SAC se non presente l'informazione)
3. Switch automatico alla classe di priorità superiore, se vi è disponibilità senza rinviare il paziente al medico prescrittore per cambio priorità

In particolare si propongono le seguenti regole di accesso

TIPO ACCESSO INDICATO SULLA PRESCRIZIONE	PRIORITA' INDICATA SULLA PRESCRIZIONE	REGOLE DI ACCESSO ALL'OFFERTA
Primo Accesso (P.A.) **Visite**	U	Il sistema segue le regole della priorità U
	B	Il sistema segue le regole della priorità B
	D	Il sistema segue le regole della priorità D
	N	Il sistema segue le regole della priorità D; Obiettivo RT: garantire risposte nei tempi della differita
Primo Accesso (P.A.) **Diagnostica Strumentale**	U	Il sistema segue le regole della priorità U
	B	Il sistema segue le regole della priorità B
	D	Il sistema segue le regole della priorità D
	N	Il sistema segue le regole della priorità D; Obiettivo RT: garantire risposte nei tempi della differita
Accesso Successivo (A.S.)	B	Il sistema segue le regole della priorità B
	D	Il sistema segue le regole della priorità D
	P	Il sistema segue le regole della priorità P

Quesito diagnostico codificato: impegno strutturale e tecnologico e risorse professionali necessarie

Con l'emanazione delle linee di indirizzo per l'appropriatezza prescrittiva si rimarca l'obbligo, sancito dalla normativa vigente, di indicare sulle prescrizioni di specialistica ambulatoriale il quesito diagnostico, la tipologia di accesso e, per le prestazioni oggetto di monitoraggio, la classe di priorità. Inoltre, si sottolinea la necessità di potenziare l'utilizzo della prescrizione dematerializzata al fine di omogeneizzare i comportamenti prescrittivi al fine di fornire tutte le informazioni necessarie alla corretta definizione della domanda.

Nello specifico, l'uso della prescrizione dematerializzata, oltre a garantire l'assolvimento di un obbligo previsto a livello nazionale, garantisce la congruità prescrittiva di tutte le informazioni necessarie, prevedendo l'inserimento obbligatorio, al fine della conclusione e dell'emissione della ricetta, del tipo accesso, del quesito diagnostico e della classe priorità.

L'accesso alle prestazioni sanitarie avviene mediante la prescrizione che, per mezzo del Catalogo Unico Regionale delle prestazioni ambulatoriali, determina la domanda di prestazioni. Il quesito diagnostico descrive il problema di salute che motiva la richiesta da parte del medico di effettuare la prestazione e deve essere riferita all'insieme di prestazioni che confluiscono in una stessa ricetta.

Attualmente, negli applicativi utilizzati in fase di prescrizione, è presente un campo obbligatorio adibito all'inserimento del quesito diagnostico, compilabile anche a testo libero.

Dall'analisi dei flussi informativi sanitari della Specialistica ambulatoriale effettuata per gli anni 2019-2022 sulle visite oggetto di monitoraggio dal PRGLA, è emersa l'urgenza di porre in essere azioni specifiche al fine di incentivare e affinare l'utilizzo dell'informazione relativa al quesito diagnostico, come si evince dalla tabella sottostante:

Anno	Compilato con codifica	Non rilevato ma descrizione compilata	Non Rilevato	/	Totale	% compilato con codifica/totale
2019	53.135	1.462.548	27.751	321.894	**1.865.328**	2,85%
2020	17.626	1.338.589	10.670	183.751	**1.550.636**	1,14%
2021	16.123	2.015.280	7.945	120.242	**2.159.590**	0,75%
2022	14.073	2.235.310	2.957	81.663	**2.334.003**	0,60%

Al fine di una corretta prescrizione da parte di MMG, dei PLS e degli Specialisti e, di conseguenza, una più appropriata presa in carico del paziente, i settori competenti per materia della Direzione regionale "Salute, Welfare e Coesione Sociale", predisporranno un progetto specifico allo scopo di codificare i quesiti diagnostici. Difatti, una codifica accurata delle diagnosi e delle procedure nella descrizione delle prestazioni sanitarie che dovranno esser erogate dal Servizio Sanitario Regionale, costituisce un aspetto fondamentale dell'appropriatezza ed è uno degli elementi che contribuiscono, in modo significativo, al miglioramento dell'assistenza. In particolare, un sistema di codifica strutturato allineato con le evidenze scientifiche risponde all'esigenza di descrivere in modo omogeneo le patologie che determinano il ricorso alle strutture sanitarie e le procedure diagnostiche e terapeutiche che vi vengono erogate.

Il seguente progetto, partendo dall'analisi del contesto attuale, che ha rivelato nella quasi totalità di prescrizioni dematerializzate, l'assenza o l'inutilizzabilità dell'informazione relativa al quesito diagnostico o l'errata compilazione dello stesso utilizzando solo il campo "descrizione" senza la specificazione della codifica ICD9-CM, ha lo scopo di implementare un sistema di codifica dei quesiti diagnostici utilizzati in sede di prescrizione di prestazioni sanitarie al fine di garantire un'appropriata presa in carico dei pazienti.

In particolare, verrà nominato un gruppo tecnico composto da MMG, PLS (in accordo con le rispettive OO.SS) e Specialisti individuati dalle AASS, funzionari regionali competenti in materia e un referente delle

AASS e di ESTAR, che si occuperà di definire un set di quesiti diagnostici che saranno resi disponibili e selezionabili negli applicativi prescrittivi utilizzati dai MMG e PLS e anche da tutti gli altri medici prescrittori.
L'azione del tavolo di confronto, è volta a semplificare dal punto di vista organizzativo e prescrittivo la domanda e l'offerta di prestazioni sanitarie; a coinvolgere i medici nella gestione della fase applicativa delle linee di indirizzo; di realizzare, con il supporto del FORMAS, specifici corsi di aggiornamento ECM, dando avvio a una fase "sperimentale", in attesa di una futura revisione del sistema di prescrizione dematerializzata. Partendo dalle evidenze scientifiche attuali, potranno essere definiti PDTA contestualizzati alla capacità produttiva di erogazione di prestazioni sanitarie della RT per allineare le risorse a disposizione ed i modelli organizzativi (onnicomprensivi di tutti i fattori produttivi) a quelli che sono i reali bisogni della persona assistita.
Il coinvolgimento e la collaborazione in tutte le fasi dei prescrittori si configura come conditio sine qua non per il rafforzamento dell'appropriatezza prescrittiva: allo stesso tempo, è necessario il coinvolgimento anche di figure tecniche chiamate a provvedere all'adattamento dei sistemi informatici.
Il progetto inizialmente si concentrerà sulle prestazioni che, in diversi ambiti territoriali, presentano tempi di attesa oltre gli standard regionali e/o comportano difficoltà di accesso per i cittadini, e su quelle discipline che meglio si prestano a una codifica standard di quesiti diagnostici, in una fase successiva verrà progressivamente integrato con ulteriori prestazioni.
Durante la fase di sperimentazione saranno codificati, attraverso la codifica ICD9, i quesiti diagnostici della richiesta di diagnostica "pesante" (TC e RM), e le visite che saranno indicate dal Tavolo di cui sopra.

Anno	Compilato con codifica	Non rilevato ma descrizione compilata	Non Rilevato	/	Totale	% compilato con codifica /totale
2019	18.261	459.757	9.280	105.365	592.663	3,08%
2020	4.297	420.368	3.305	56.546	484.516	0,89%
2021	4.094	617.608	2.547	36.448	660.697	0,62%
2022	3.697	665.902	916	23.722	694.237	0,53%

La codifica del quesito diagnostico permetterebbe, in sede di prenotazione, di indirizzare adeguatamente l'utente garantendogli un'assistenza più appropriata e di organizzare l'offerta sulla base della reale specifica domanda, favorendo un appropriato utilizzo delle risorse, e, nello stesso tempo, consentirebbe, almeno in parte, di limitare il fenomeno della sovra prescrizione, riducendo di conseguenza la necessità di visite.
Tutte le indicazioni, per poter essere rese operative, prevedono l'implementazione di strumenti informatici di aiuto alla prescrizione per i medici (MMG, PLS e specialisti ambulatoriali) che garantiscano il rispetto delle regole condivise fornendo al medico un aiuto alla scelta dei quesiti proposti sulla base delle condizioni cliniche del paziente che ha in carico, pertanto, durante questa fase sperimentale verranno adattati i sistemi informatici, ammettendo, se del caso, alcune soluzioni pratiche transitorie.
L'aggiornamento continuo del set di codici diagnostici associati a ciascuna prestazione, attraverso un processo sistematico di revisione e valutazione d'impatto rivestirà un ruolo di particolare importanza nel corso di tutte le fasi, dalla sperimentazione all'implementazione di un sistema di codifica per tutte le visite sia oggetto di monitoraggio dal PRGLA, che ulteriori ritenute d'impatto: questo in quanto lo strumento che la Regione Toscana intende costruire dovrebbe essere flessibile – considerato comunque utile per assistere le decisioni cliniche –, piuttosto che una canalizzazione rigida delle scelte.
Occorre, sottolineare che l'appropriatezza cui mira il progetto "codifica del quesito diagnostico" non si riferisce soltanto all'appropriatezza clinica, che resta una prerogativa della professionalità medica, ma si riferisce anche e, soprattutto, alla cosiddetta appropriatezza prescrittiva (o professionale) che può implicare anche sprechi di risorse (rapporto costo efficacia inadeguato) e allungamenti delle liste di attesa e

all'appropriatezza "organizzativa" con riferimento alla capacità di fornire le cure nelle strutture più adeguate, al momento giusto, utilizzando le professionalità più adatte e le risorse in maniera efficiente.
La mancata appropriatezza, d'altronde, può implicare problemi di sovra utilizzo, ma anche sottoutilizzo o uso sbagliato delle attività sanitarie.
A tale scopo quindi sulle cartelle in uso ai MMG, saranno proposte, in accordo con gli utilizzatori, percorsi prescrittivi le cui specifiche, come di consueto, saranno rese disponibili anche a tutti i fornitori di analoghe cartelle cliniche a disposizione degli altri attori del SSR.
Proposte operative per la fase sperimentale:

- Rendere operativi i controlli on-line bloccanti in fase di prescrizione da parte del medico sulla corretta compilazione del quesito diagnostico mediante l'obbligatorietà dell'indicazione della codifica ICD9-CM o in caso di non possibilità è obbligo indicare il quesito diagnostico evitando motivazioni generiche tipo "accertamenti", secondo le seguenti specifiche per la trasmissione delle ricette dematerializzate in fase di prescrizione:
- Corso di formazione/aggiornamento ECM

Le finalità attese sono:

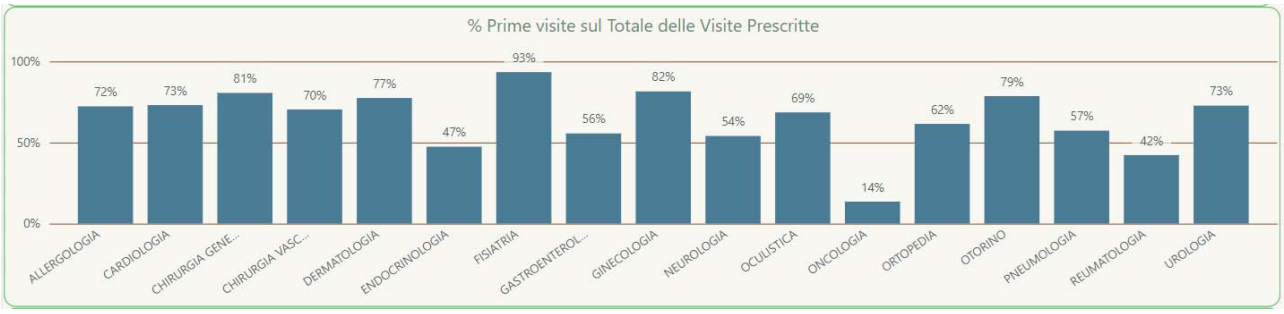
- Migliorare la continuità assistenziale;
- Migliorare le performance sanitarie e ridurre i tempi di attesa;
- Ridurre il fenomeno delle visite ripetute e limitare e/o eliminare il ricorso alle cosiddette "visite filtro"
- Razionalizzare i processi con un possibile impatto sul contenimento della spesa sanitaria.

(N.B.: il campo deve essere obbligatorio e si può comprendere l'utilizzo di "set diagnostici" per definire il tipo di priorità ma si deve anche prevedere in contemporanea l'utilizzo del testo a campo libero sia per set diagnostici non definiti sia per motivare un differente codice di priorità rispetto al set diagnostico predefinito. Inoltre visto l'uso necessario e condiviso della ricetta dematerializzata (e non elettronica cartacea) si deve prevedere da parte dei CUP la suddivisione delle richieste che vengono accorpate per branca)

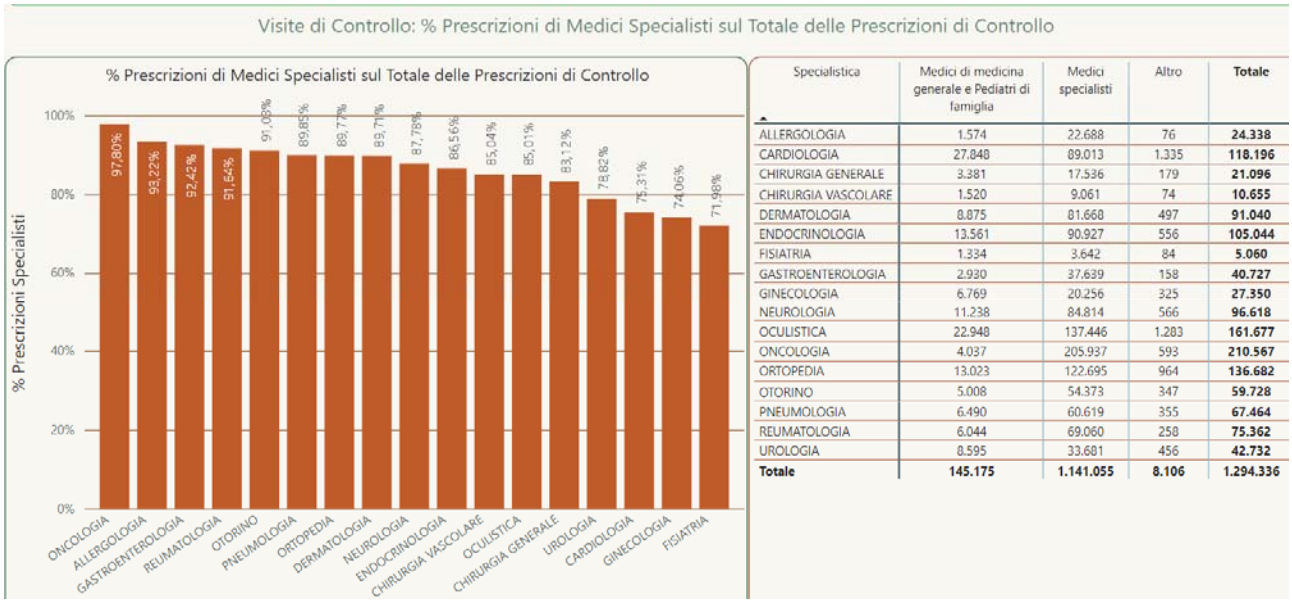
Presa in carico e indicatori

Misurare la presa in carico dei pazienti cronici:
le agende di primo accesso devono avere visibilità pubblica, mentre quelle di accesso successivo devono essere riservate anche ai MMG/PLS, ma prevalentemente agli specialisti che hanno in cura il paziente affinché possano avere a disposizione slot per prenotare, con la tempistica utile e compatibile con il quadro clinico del paziente, le prestazioni successive. L'applicazione delle indicazioni può essere misurata attraverso indicatori proxy:

- Incidenza delle prime visite sul totale delle visite prescritte;
- Percentuale di visite successive prescritte dallo specialista rispetto alle prescrizioni effettuate dai medici di medicina generale.



All'interno del sistema di monitoraggio della specialistica ambulatoriale, si è implementato un indicatore che consente di valutare l'efficacia della presa in carico analizzando le prescrizioni delle prime visite presenti nel PRGLA. L'indicatore, di natura decrescente, confronta per ogni prima visita presente nel Piano, la percentuale di prescrizione di prime visite sul totale delle visite prescritte. Quanto più è bassa questa percentuale tanto più la presa in carico è efficace e vi è, di conseguenza, un'alta appropriatezza prescrittiva. Dai dati relativi all'anno 2022, emerge una forte variabilità tra le diverse specialità. In particolare, la percentuale di prescrizione di prime visite sul totale delle visite prescritte per la prima visita fisiatrica è stata del 93%, mentre per la visita oncologica è stata del 14%.



Specialistica	Medici di medicina generale e Pediatri di famiglia	Medici specialisti	Altro	**Totale**
ALLERGOLOGIA	1.574	22.688	76	**24.338**
CARDIOLOGIA	27.848	89.013	1.335	**118.196**
CHIRURGIA GENERALE	3.381	17.536	179	**21.096**
CHIRURGIA VASCOLARE	1.520	9.061	74	**10.655**
DERMATOLOGIA	8.875	81.668	497	**91.040**
ENDOCRINOLOGIA	13.561	90.927	556	**105.044**
FISIATRIA	1.334	3.642	84	**5.060**
GASTROENTEROLOGIA	2.930	37.639	158	**40.727**
GINECOLOGIA	6.769	20.256	325	**27.350**
NEUROLOGIA	11.238	84.814	566	**96.618**
OCULISTICA	22.948	137.446	1.283	**161.677**
ONCOLOGIA	4.037	205.937	593	**210.567**
ORTOPEDIA	13.023	122.695	964	**136.682**
OTORINO	5.008	54.373	347	**59.728**
PNEUMOLOGIA	6.490	60.619	355	**67.464**
REUMATOLOGIA	6.044	69.060	258	**75.362**
UROLOGIA	8.595	33.681	456	**42.732**
Totale	**145.175**	**1.141.055**	**8.106**	**1.294.336**

Un altro indicatore importante monitorato all'interno del sistema di monitoraggio della specialistica ambulatoriale è la percentuale di prescrizioni di controllo erogate dai medici specialisti rispetto al totale delle prescrizioni per le visite di controllo. Questo indicatore ha una natura crescente, il che significa che migliora all'aumentare della percentuale. Infatti, i medici specialisti sono preposti alla prescrizione del controllo, il che si traduce in una corretta presa in carico del paziente quando quest'ultimo necessita di una rivalutazione da parte da parte del medico.
La raccolta di questi dati consente di valutare l'efficacia della prescrizione dei controlli da parte dei medici specialisti. Questo indicatore è un utile strumento per valutare la qualità della presa in carico del paziente da parte del sistema sanitario regionale.

Analizzando i dati del 2022, si è notata una notevole variabilità tra le diverse specialità. Infatti, la percentuale di prescrizioni di controllo erogate dai medici specialisti è stata del 97% per la visita oncologica e del 72% per la visita fisiatrica.

Normativa nazionale e regionale di riferimento

- PIANO NAZIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER IL TRIENNIO 2019-2021 (PNGLA) http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2824_allegato.pdf

- Piano della performance 2021 – 2023 Ministero della Salute

- Delibera RT n. 604/2019 - PIANO REGIONALE GOVERNO LISTE DI ATTESA 2019-2021 (allegato A) https://www.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?id=5215661&nomeFile=Delibera_n.604_del_06-05-2019-Allegato-A

Teleconsulto e Teleconsulenza

Nell'ambito dell'appropriatezza prescrittiva, il ricorso al Teleconsulto e alla Teleconsulenza riveste un ruolo di primaria importanza considerato che, da un lato, offre l'opportunità di sviluppare l'interazione tra professionisti sanitari, permettendo di migliorare le scelte diagnostiche e terapeutiche e rendendo più efficienti ed efficaci i percorsi di cura, dall'altro garantisce un appropriato accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale.
Il **Teleconsulto**, come definito nelle Linee guida nazionali, ripreso con la DGRT 464/2020 e nel DM 77/2022, è un'indicazione di diagnosi e/o di scelta di una terapia generalmente senza la presenza fisica del paziente. **È un atto medico** in cui **il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per dialogare, anche tramite una videochiamata, riguardo la situazione clinica di un paziente**, basandosi primariamente sulla condivisione di tutti i dati clinici, i referti, le immagini, gli audio-video riguardanti il caso specifico.
Tutti i suddetti elementi sono condivisi per via telematica sotto forma di file digitali idonei.
Si tratta di un'attività di consulenza a distanza fra professionisti sanitari che permette agli operatori di confrontarsi su specifici ambiti di competenza anche attraverso il coinvolgimento di team multidisciplinari.
Il teleconsulto tra professionisti può svolgersi anche in modalità asincrona.
Quando il paziente è presente al teleconsulto, allora si svolge in tempo reale utilizzando le modalità operative analoghe a quelle di una televisita e si configura come una visita multidisciplinare.

Il Teleconsulto rappresenta uno strumento operativo a supporto dei percorsi di cura, che può essere utilizzato per estendere la pratica tradizionale oltre gli spazi fisici abituali, integrandosi al tradizionale rapporto medico-paziente.

Il Teleconsulto è un sistema integrato di comunicazione che consente, oltre allo scambio audio visivo, anche la trasmissione a distanza di dati, tra due o più centri o professionisti, allo scopo di realizzare un consulto clinico che eviti il trasferimento dei pazienti. In particolare consente la condivisione di dati sanitari nel rispetto della norma in materia di privacy e di sicurezza, sostituendo sistemi e prassi non ufficiali che possono aumentare il rischio di errore.

Oltre a questo, i sistemi di telemedicina utilizzati in questa dimensione, garantiscono la possibilità di archiviazione e conservazione dei dati e in particolare delle consulenze e second-opinion che potranno andare così ad essere inserite nella documentazione sanitaria dell'assistito.

Il ricorso al teleconsulto, quindi, soprattutto su casi che presentino difficoltà di inquadramento diagnostico, permette ai professionisti di accedere a consulenze specialistiche senza che sia necessario il trasferimento fisico del paziente o della documentazione clinica, ciò conduce, da un lato, a un notevole risparmio sui costi e sui tempi, dall'altro un miglioramento della qualità dell'assistenza e dell'accuratezza diagnostica mediante la collaborazione interdisciplinare e l'integrazione delle competenze.

L'utilizzo del teleconsulto, inoltre, permetterebbe di migliorare l'appropriatezza prescrittiva, in quanto il paziente preso in carico potrebbe non necessitare di un'ulteriore prestazione.

La **Teleconsulenza** è invece **un'attività sanitaria, non necessariamente medica ma comunque specifica delle professioni sanitarie, che si svolge a distanza ed è eseguita da due o più persone che hanno differenti responsabilità rispetto al caso specifico.**

Essa consiste nella richiesta di supporto durante lo svolgimento di attività sanitarie, a cui segue una videochiamata in cui il professionista sanitario interpellato fornisce all'altro, o agli altri, indicazioni per la presa di decisione e/o per la corretta esecuzione di azioni assistenziali rivolte al paziente.

La teleconsulenza può essere svolta in presenza del paziente, oppure in maniera differita. In questa attività è preminente l'interazione diretta tramite la videochiamata, ma è sempre necessario garantire all'occorrenza la possibilità di condividere almeno tutti i dati clinici, i referti e le immagini riguardanti il caso specifico. E un'attività su richiesta ma sempre programmata.

La Regione Toscana ha messo a disposizione già dal 2020 una specifica piattaforma infrastrutturale centralizzata regionale (https://televisita.sanita.toscana.it/ e https://teleconsulto.sanita.toscana.it/) che potrà essere utilizzata nell'attesa del processo di acquisizione unico nazionale in quanto lo sviluppo dei moduli di Tele-Visita, Tele-Consulto, Tele-Monitoraggio e Tele-Assistenza è stato "blindato" all'interno del progetto nazionale di Telemedicina di AGENAS finanziato con il PNRR.

Hanno partecipato alla stesura del documento

Neri Emanuele	Direttore Scuola Radiologia UNI PISA e Preside facoltà Medicina Univ. Pisa
Belardinelli Andrea	Responsabile del Settore Sistemi Informativi, Sanità digitale e Innovazione Regione Toscana
Bolognese Leonardo	Direttore Dip. Cardio-Toraco-Respiratorio ASL SE
Carpi Roberto	Direttore Radiologia Ospedale Santa Maria Nuova
Gabbani Luciano	Direttore Dipartimento Medico Geriatrico AOUC Careggi
Mannoni Alessandro	Reumatologo-SC Medicina Interna ASL TC
Marconi Roberto	Direttore UOC Neurologia ASL SE
Nastruzzi Alessio	Coordinatore Commissione Appropriatezza OTGC

DIMENSIONE DEL PROBLEMA

Sono segnalate in alcune aree della nostra Regione prescrizioni a carico del SSR per indicazioni di uso non previste nella scheda di immissione in commercio (A.I.C.) del farmaco

RISULTATI ATTESI

Corretta prescrizione del farmaco

INDICATORI

Controllo da parte del Settore Farmaceutico Regionale delle prescrizioni erogate in regime di convenzionamento

RIFAXIMINA: NORMATIVA NAZIONALE E APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

RIFAXIMINA 200 mg: INDICAZIONI PRESCRITTIVE SECONDO SCHEDA TECNICA

(A CARICO DEL SSN):

- Infezioni intestinali acute e croniche sostenute da batteri gram-positivi e gram-negativi
- Sindromi diarroiche
- Diarrea da alterato equilibrio della flora microbica intestinale (diarree estive, diarrea del viaggiatore, enterocoliti)
- Profilassi pre e post-operatorie delle complicanze infettive negli interventi di chirurgia del tratto gastroenterico
- Coadiuvante nella terapia delle iperammoniemie.

POSOLOGIE:

- Trattamento infezioni acute/croniche, diarrea: adulti e ragazzi oltre i 12 anni: 1 cp da 200 mg o 10 ml di sospensione orale (equivalente a 200 mg di Rifaximina) ogni 6 ore
- Trattamento pre e post-operatorio: adulti e ragazzi oltre i 12 anni: 2 cp da 200 mg o 20 ml di sospensione orale (equivalente a 400 mg di Rifaximina) ogni 12 ore

<u>Le indicazioni non presenti in scheda tecnica sono da considerarsi off-label e pertanto la prescrizione risulta essere a carico del paziente (dopo aver ottenuto il consenso informato).</u>

La prescrizione dei farmaci per indicazioni non previste dalla scheda tecnica o non ancora autorizzate al commercio, è consentita purché la loro efficacia e tollerabilità sia scientificamente documentata.
In tali casi, acquisito il consenso del paziente debitamente informato, il medico si assume la responsabilità della cura ed è tenuto a monitorarne gli effetti.

La Rifaximina è ancora ampiamente utilizzata off-label per le seguenti condizioni:

- Prevenzione primaria della diverticolite in pazienti con malattia diverticolare non complicata
- Prevenzione secondaria di recidive della diverticolite
- Impiego nella malattia diverticolare asintomatica (diverticolosi)
- Sindrome dell'intestino irritabile (IBS)

Di seguito sono raccolti i consigli terapeutici, secondo le linee guida nazionali e internazionali, per la malattia diverticolare, la sindrome dell'intestino irritabile e la sindrome da sovracrescita batterica intestinale, inclusa l'efficacia clinica nell'utilizzo della Rifaximina.

1. **DIVERTICOLOSI**

DEFINIZIONE: Semplice riscontro di diverticoli nel colon in un soggetto asintomatico, che esegue un esame (endoscopico o radiologico) per altre indicazioni, per esempio screening del cancro colon-rettale.

TERAPIA: non esiste al momento un'indicazione all'utilizzo di farmaci né per la prevenzione dei sintomi né per la prevenzione primaria della diverticolite. Alcune evidenze suggeriscono l'utilità di un incremento di fibre nella dieta.

2. **DIVERTICOLITE ACUTA**

DEFINIZIONE: Processo infiammatorio caratterizzato dalla comparsa di un episodio acuto di dolore addominale severo e prolungato ai quadranti addominali inferiori, molto più spesso a sinistra, alterazioni dell'alvo, febbre ed alterazione degli esami ematochimici (leucocitosi neutrofila e rialzo della PCR) fino alla possibilità di sviluppare complicanze quali ascessi, perforazioni e peritonite.

TERAPIA: pazienti che presentano una o più delle seguenti condizioni è raccomandato l'ospedalizzazione (1-3):

- Sepsi o Systemic inflammatory response syndrome (SIRS) (definito come la presenza di più di una delle seguenti condizioni: temperatura corporea > 38° o < 36°, frequenza cardiaca > 90 bpm, frequenza respiratoria >20 atti al minuto, conta dei globuli bianchi >12000/mL o <4000/mL, proteina C reattiva >15 mg/dl
- Dolore addominale severo
- Età >70 anni
- Comorbidità (diabete mellito, insufficienza renale end-stage, insufficienza epatica, recente evento cardiovascolare)
- TC addome che dimostri una diverticolite complicata (perforazione intestinale, ascesso, ostruzione o presenza di fistola)

Per i pazienti in cui non è indicata l'ospedalizzazione, la terapia generalmente consiste nell'uso di analgesici (come il paracetamolo e l'ibuprofene) e una dieta liquida. Non è indicato l'utilizzo di antibiotici (4-6).

PREVENZIONE PRIMARIA E SECONDARIA DELLA DIVERTICOLITE ACUTA

La maggior parte dei pazienti asintomatici non necessita di alcun trattamento farmacologico. Attualmente non ci sono sufficienti evidenze che supportano l'utilizzo della rifaximina nella prevenzione primaria e/o secondaria, dunque il suo utilizzo non è raccomandato. Per quanto riguarda la mesalazina, gli studi clinici

hanno dimostrato che non presenta alcuna efficacia nel prevenire un episodio di diverticolite acuta, quindi, in maniera analoga alla rifaximina, la mesalazina non è consigliata nella prevenzione primaria e/o secondaria della diverticolite acuta.

MALATTIA DIVERTICOLARE SINTOMATICA NON COMPLICATA (SUDD)

DEFINIZIONE: sindrome caratterizzata da sintomi addominali ricorrenti (dolore, meteorismo, alterazione dell'alvo) simile alla sindrome dell'Intestino Irritabile, riconducibile a una microinfiammazione dei diverticoli del colon in assenza di segni clinici, laboratoristici e strumentali di infiammazione.

TERAPIA: viene trattata con modifiche alla dieta (maggior apporto di fibre) e utilizzo di probiotici. Ci sono studi clinici (7, 8) che evidenziano un miglioramento nella sintomatologia con l'utilizzo della rifaximina, tuttavia risulta essere una prescrizione off-label. Per quanto concerne la mesalazina, si è dimostrata efficace nel trattamento della SUDD sia da sola che in combinazione a probiotici, come riportato da una recente revisione sistematica (9); tuttavia, a causa di errori metodologici nella maggior parte degli studi pubblicati, le evidenze a favore della Mesalazina nel trattamento della SUDD non sono ancora definitive e comunque rimane off-label per questa indicazione.

SINDROME DELL'INTESTINO IRRITABILE

DEFINIZIONE: disfunzione del tratto gastrointestinale caratterizzato da dolore addominale cronico e alterazione dell'alvo.

TERAPIA: sono indicati modifiche allo stile di vita tra cui modifiche alla dieta (esclusione di alimenti gas-producenti, dieta a basso contenuto di mono-, di- e oligosaccaridi e polioli fermentabili; in determinati pazienti esclusione di alimenti contenenti lattosio, maggior apporto di fibre solubili) e svolgimento di attività fisica regolare (10, 11). La terapia farmacologica dovrebbe essere mirata al trattamento del sintomo predominante:

- Diarrea: è consigliato l'utilizzo di **farmaci antidiarroici** tra cui loperamide 2 mg 45 minuti prima dei pasti principali (12-14). Altre classi di farmaci che possono portare ad un miglioramento clinico nell'IBS con predominanza di diarrea sono: **antagonisti dei recettori della serotonina** (tra cui alosetron) (15, 16) e la **rifaximina** (200mg ogni 6 h per 7 giorni nonostante alcuni studi clinici suggeriscano una durata della terapia di 14 giorni) che ha mostrato un'efficacia anche per il dolore addominale e il meteorismo (17, 18).
- Costipazione: se le modifiche alla dieta non apportano un miglioramento clinico, è consigliato l'utilizzo di **lassativi osmotici**, in seconda linea può essere utilizzato **linaclotide** (commercializzato in Italia come Constella) (19, 20).
- Dolore addominale e meteorismo: è consigliato l'utilizzo di **farmaci antispastici** somministrati al bisogno, in seconda linea può essere valutato l'utilizzo di **antidepressivi** (tra cui triciclici, SSRI o SNRI) (21, 22) o della **rifaximina** (prescrizioni off-label) (23).

SINDROME DA SOVRACRESCITA BATTERICA INTESTINALE (SIBO)

DEFINIZIONE: condizione in cui l'intestino tenue è colonizzato da un numero eccessivo di batteri sia aerobi che anaerobi. I sintomi più frequenti sono meteorismo, flatulenza, discomfort addominale e in alcuni casi alterazione dell'alvo con diarrea o costipazione. La crescita eccessiva batterica dell'intestino tenue (SIBO) è una diagnosi poco riconosciuta con importanti implicazioni cliniche se non trattata. Tuttavia, il regime di trattamento ottimale rimane poco chiaro (26).

Gli antibiotici sembrano essere più efficaci del placebo per la normalizzazione del test respiratorio nei pazienti con sintomi attribuibili a SIBO e la normalizzazione del test respiratorio può essere correlata alla risposta clinica. Sono giustificati ulteriori studi clinici di qualità superiore sulla terapia SIBO.

TERAPIA: una volta confermato la SIBO mediante breath test è indicata una terapia antibiotica e, quando possibile, affrontare le condizioni predisponenti sottostanti: il regime antibiotico non è noto.
Sono proposti alcuni tipi di trattamento: tra questi l'antibiotico di prima scelta risulta essere metronidazolo cpr (prescrizione off label). In alternativa anche altri antibiotici tra cui trimetoprim + sulfametoxazolo, ciprofloxacina, metronidazolo, tetracicline o amoxicillina + acido clavulanico e anche la rifaximina con un trattamento della durata di 14 giorni (prescrizione off-label) (24, 25). Per la prevenzione delle recidive è consigliato la risoluzione di possibili cause sottostanti (ad esempio cause iatrogene che possono essere farmacologiche o precedenti interventi chirurgici) e la correzione di eventuali deficit di micronutrienti tra cui deficit vitaminici e di ferro le quali sono state messe in correlazione con SIBO severe. La profilassi antibiotica dovrebbe essere riservata solo ai pazienti con ≥ 4 episodi sintomatici all'anno e con fattori di rischio per la SIBO (ad esempio la sindrome dell'intestino corto e la diverticolosi digiunale).

BIBLIOGRAFIA

1. Alonso S, Pera M, Parés D, et al. Outpatient treatment of patients with uncomplicated acute diverticulitis. Colorectal Dis 2010; 12:e278.
2. Hall J, Hardiman K, Lee S, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Left-Sided Colonic Diverticulitis. Dis Colon Rectum 2020; 63:728.
3. Etzioni DA, Chiu VY, Cannom RR, et al. Outpatient treatment of acute diverticulitis: rates and predictors of failure. Dis Colon Rectum 2010; 53:861.
4. Mora-López L, Ruiz-Edo N, Estrada-Ferrer O, et al. Efficacy and Safety of Nonantibiotic Outpatient Treatment in Mild Acute Diverticulitis (DINAMO-study): A Multicentre, Randomised, Open-label, Noninferiority Trial. Ann Surg 2021; 274:e435.
5. Stollman N, Smalley W, Hirano I, AGA Institute Clinical Guidelines Committee. American Gastroenterological Association Institute Guideline on the Management of Acute Diverticulitis. Gastroenterology 2015; 149:1944.
6. Shah SD, Cifu AS. JAMA clinical guidelines synopsis: Management of acute diverticulitis. JAMA 2017; 318:291.
7. De Bastiani R, Sanna G, Bertolusso L et al. *General practitioners' management of symptomatic uncomplicated diverticular disease of the colon by using rifaximin, a non-adsorbable antibiotic.* Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2021 Jan;25(1):423-430.
8. Cuomo R, Barbara G, Annibale B. *Rifaximin and diverticular disease: Position paper of the Italian Society of Gastroenterology (SIGE).* Dig Liver Dis. 2017 Jun;49(6):595-603.
9. G.Marasco et al. *Malattia diverticolare e Conferenza di Consenso Italiana*, SoP. Giorn Ital End Dig 2016;39:27-32
10. Böhn L, Störsrud S, Liljebo T, et al. Diet low in FODMAPs reduces symptoms of irritable bowel syndrome as well as traditional dietary advice: a randomized controlled trial. Gastroenterology 2015; 149:1399.
11. Hasler WL, Owyang C. Irritable bowel syndrome. In: Textbook of Gastroenterology, 4th ed, Yamad a T (Ed), JB Lippincott, Philadelphia 2003. p.1817.
12. American College of Gastroenterology Task Force on Irritable Bowel Syndrome, Brandt LJ, Chey WD, et al. An evidence-based position statement on the management of irritable bowel syndrome. Am J Gastroenterol 2009; 104 Suppl 1:S1.

13. Cann PA, Read NW, Holdsworth CD, Barends D. Role of loperamide and placebo in management of irritable bowel syndrome (IBS). Dig Dis Sci 1984; 29:239.
14. Hovdenak N. Loperamide treatment of the irritable bowel syndrome. Scand J Gastroenterol Suppl 1987; 130:81.
15. Zighelboim J, Talley NJ, Phillips SF, et al. Visceral perception in irritable bowel syndrome. Rectal and gastric responses to distension and serotonin type 3 antagonism. Dig Dis Sci 1995; 40:819.
16. Prior A, Read NW. Reduction of rectal sensitivity and post-prandial motility by granisetron, a 5 HT3-receptor antagonist, in patients with irritable bowel syndrome. Aliment Pharmacol Ther 1993; 7:175.
17. Lembo A, Sultan S, Chang L, et al. AGA Clinical Practice Guideline on the Pharmacological Management of Irritable Bowel Syndrome With Diarrhea. Gastroenterology 2022; 163:137.
18. Menees SB, Maneerattannaporn M, Kim HM, Chey WD. The efficacy and safety of rifaximin for the irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. Am J Gastroenterol 2012; 107:28.
19. FDA approves Linzess to treat certain cases of irritable bowel syndrome and constipation. Available at: http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm317505.htm
20. Rao S, Lembo AJ, Shiff SJ, et al. A 12-week, randomized, controlled trial with a 4-week randomized withdrawal period to evaluate the efficacy and safety of linaclotide in irritable bowel syndrome with constipation. Am J Gastroenterol 2012; 107:1714.
21. American College of Gastroenterology Task Force on Irritable Bowel Syndrome, Brandt LJ, Chey WD, et al. An evidence-based position statement on the management of irritable bowel syndrome. Am J Gastroenterol 2009; 104 Suppl 1:S1.
22. Ruepert L, Quartero AO, de Wit NJ, et al. Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome. Cochrane Database Syst Rev 2011; :CD003460.
23. Menees SB, Maneerattannaporn M, Kim HM, Chey WD. The efficacy and safety of rifaximin for the irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. Am J Gastroenterol 2012; 107:28.
24. Shah SC, Day LW, Somsouk M, Sewell JL. Meta-analysis: antibiotic therapy for small intestinal bacterial overgrowth. Aliment Pharmacol Ther 2013; 38:925.
25. Attar A, Flourié B, Rambaud JC, et al. Antibiotic efficacy in small intestinal bacterial overgrowth-related chronic diarrhea: a crossover, randomized trial. Gastroenterology 1999; 117:794.
26. Shailja C. Shah, Lukejohn W. Day, Ma Somsouk, e Justin L. Sewell, Meta-analisi: terapia antibiotica per la proliferazione batterica dell'intestino tenue. Aliment Pharmacol Ther. 2013 ottobre; 38(8): 10.1111/apt.12479.

HANNO PARTECIPATO ALLA STESURA DEL DOCUMENTO

Pavone Eleonora	**SOC Governance Farmaceutica ASL TC**
Alti Elisabetta	**Direttore Dip. Medina Generale ASL TC**
Biancalani Niccolò	**MMG -Segretario Regionale FIMMG Toscana**
Di Cianni Graziano	**Direttore UOC Diabetologia e Malattie Metab. ASL Nordovest**
Giovannini Valtere	**Direttore Casa di Cura "Villa Fiorita" Prato**
Marinai Claudio	**Responsabile Settore Politiche del Farmaco e Dispositivi**
Turco Lucia	**Direttore ARS Toscana**
Nastruzzi Alessio	**Coordinatore Commissione Appropriatezza OTGC**