

# Periplo Onlus

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO  
ECCELLENZA E INNOVAZIONE  
RESPONSABILITÀ DI CURA

## QUALITÀ DELLA CURA IN ONCOLOGIA:

L'importanza delle Reti Oncologiche nei percorsi di diagnosi e cura

II INCONTRO DELLE RETI ONCOLOGICHE

23 MAGGIO 2017

ROMA

PALAZZO MONTECITORIO

SALA DELLA LUPA, PIAZZA DI MONTECITORIO

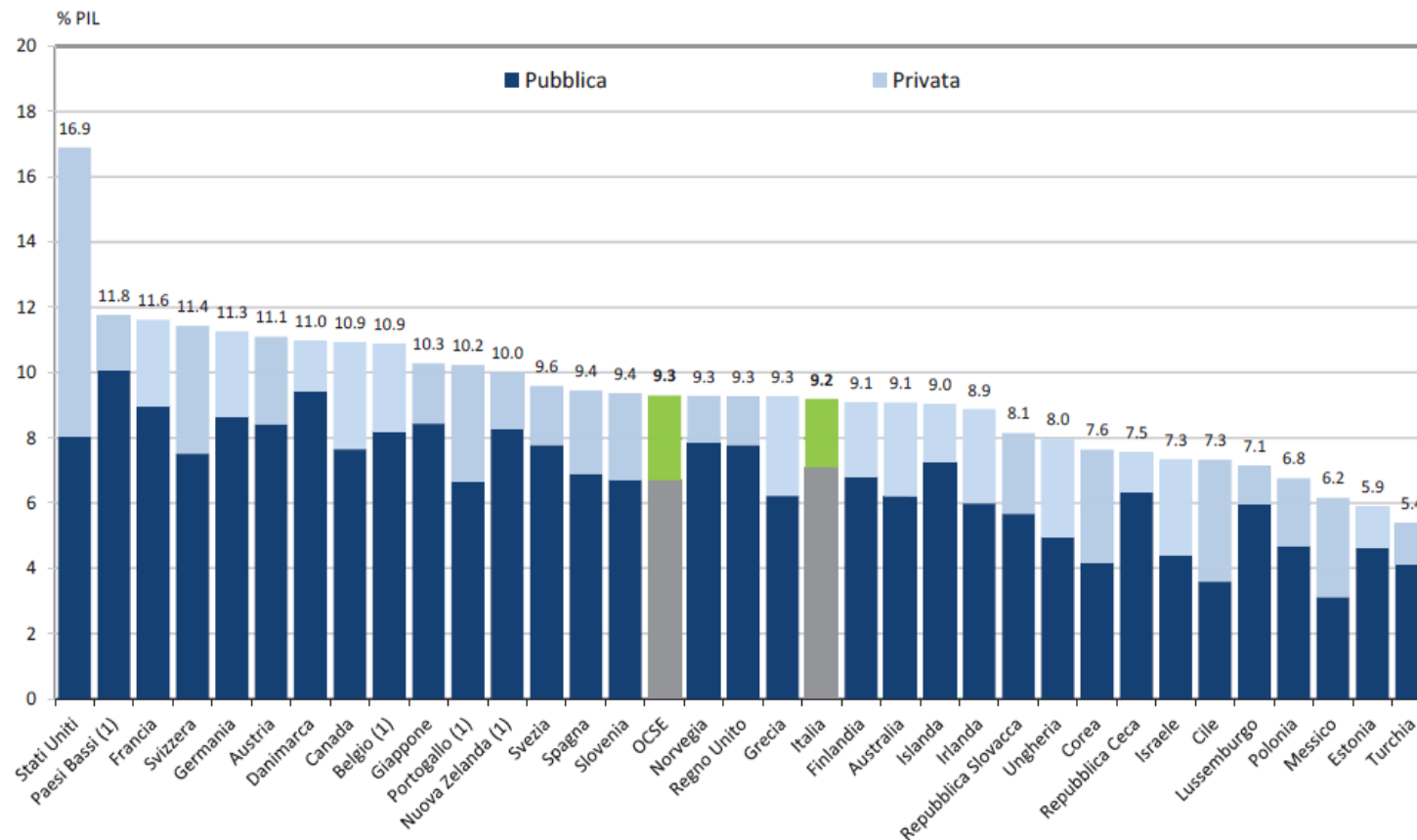
La Rete come strumento di governo clinico

PierFranco Conte

Periplo Onlus

# Percentage of GNP allocated to Health care

Quota del PIL destinata alla spesa sanitaria, paesi OESC, 2012 or latest year

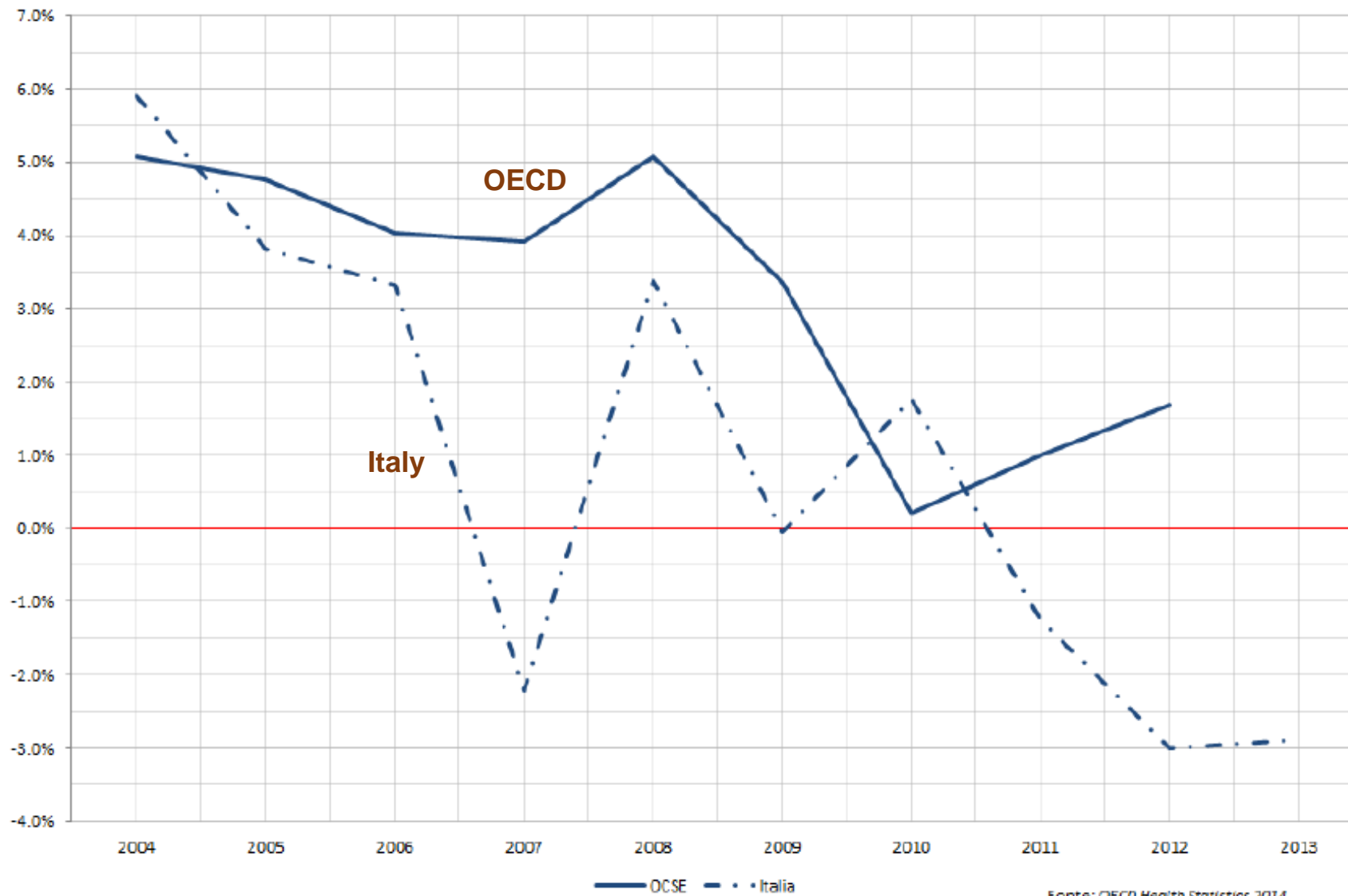


Fonte: OECD Health Statistics 2014.

Organisation for Economic Co-operation and Development (**OECD**)

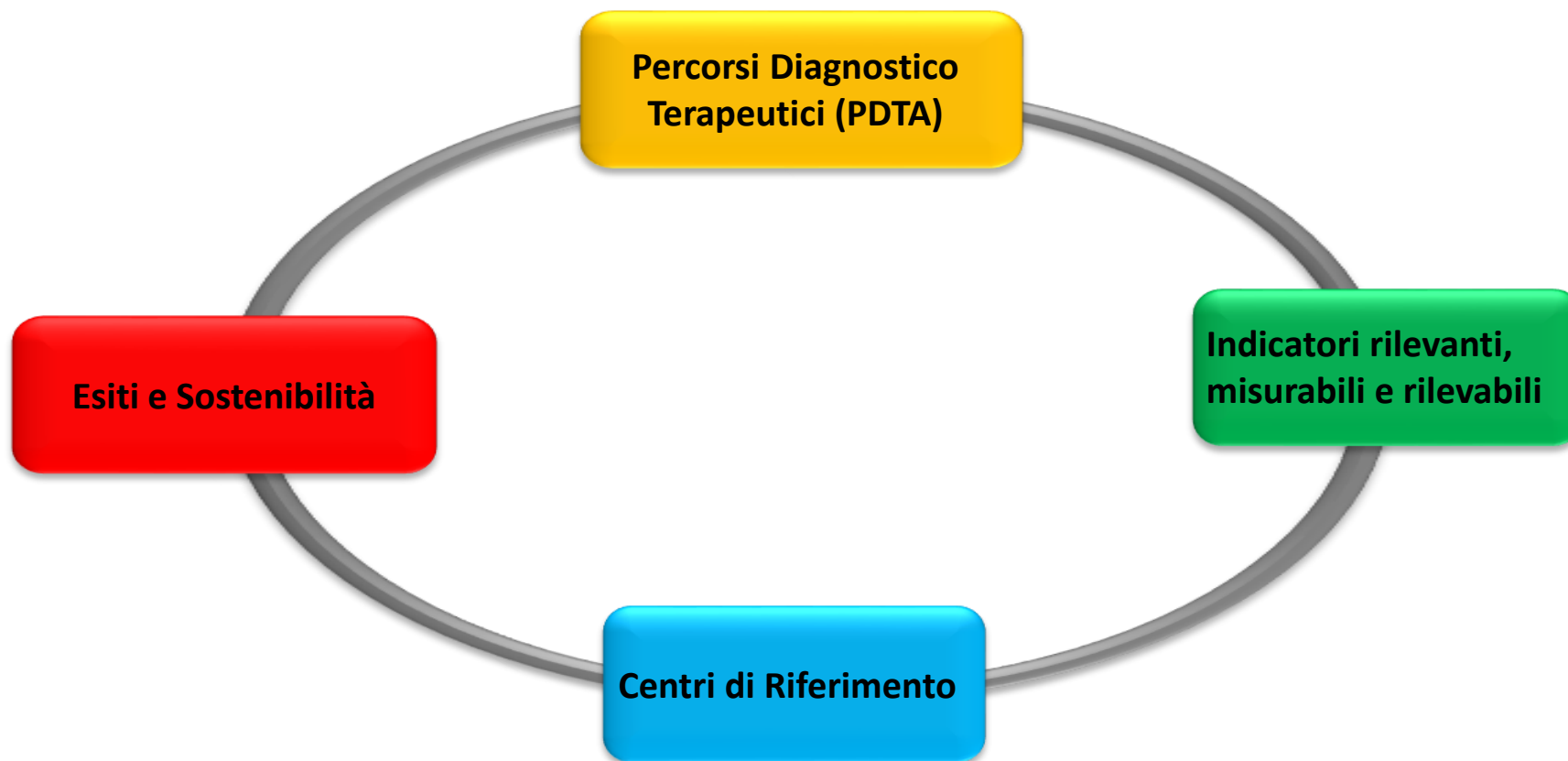


## Rate of Growth of Health Care Budget since 2004



Fonte: OECD Health Statistics 2014

## *Gli obiettivi di governance delle Reti Oncologiche*



# Strumenti di governo clinico

1. PDTA e Indicatori
2. Centri di riferimento per patologia
3. Raccomandazioni terapeutiche

# 1.PDTA

Percorso Diagnostico Terapeutico ed Assistenziale come  
**strumento di governo dei processi erogativi sanitari.**

# Obiettivo

Costruire e condividere un “**PDTA**” di riferimento al fine di rendere omogeneo sul territorio regionale l’approccio ai pazienti con patologia tumorale sia in contesto ospedaliero che territoriale **definendo**:

- *CHI DEVE FARE (professionista)*
- *CHE COSA DEVE FARE (procedure)*
- *QUANDO e DOVE DEVE FARE (setting e tempistiche)*
- *DEFINITO DA LINEE GUIDA*

# 1.INDICATORI del PDTA

- **Indicatori di Struttura**
- **Indicatori di Percorso**
  - Diagnosi
  - Trattamento Chirurgico
  - Trattamento Radioterapico
  - Trattamento Medico
  - Follow-up
  - Fine Vita
- **Indicatori di Esito**
- **Indicatori di Appropriatezza**



## Indicatori

considerati dai responsabili delle Breast Units rilevanti per misurarne l'efficienza tenuto conto anche della loro effettiva estraibilità

45 indicatori

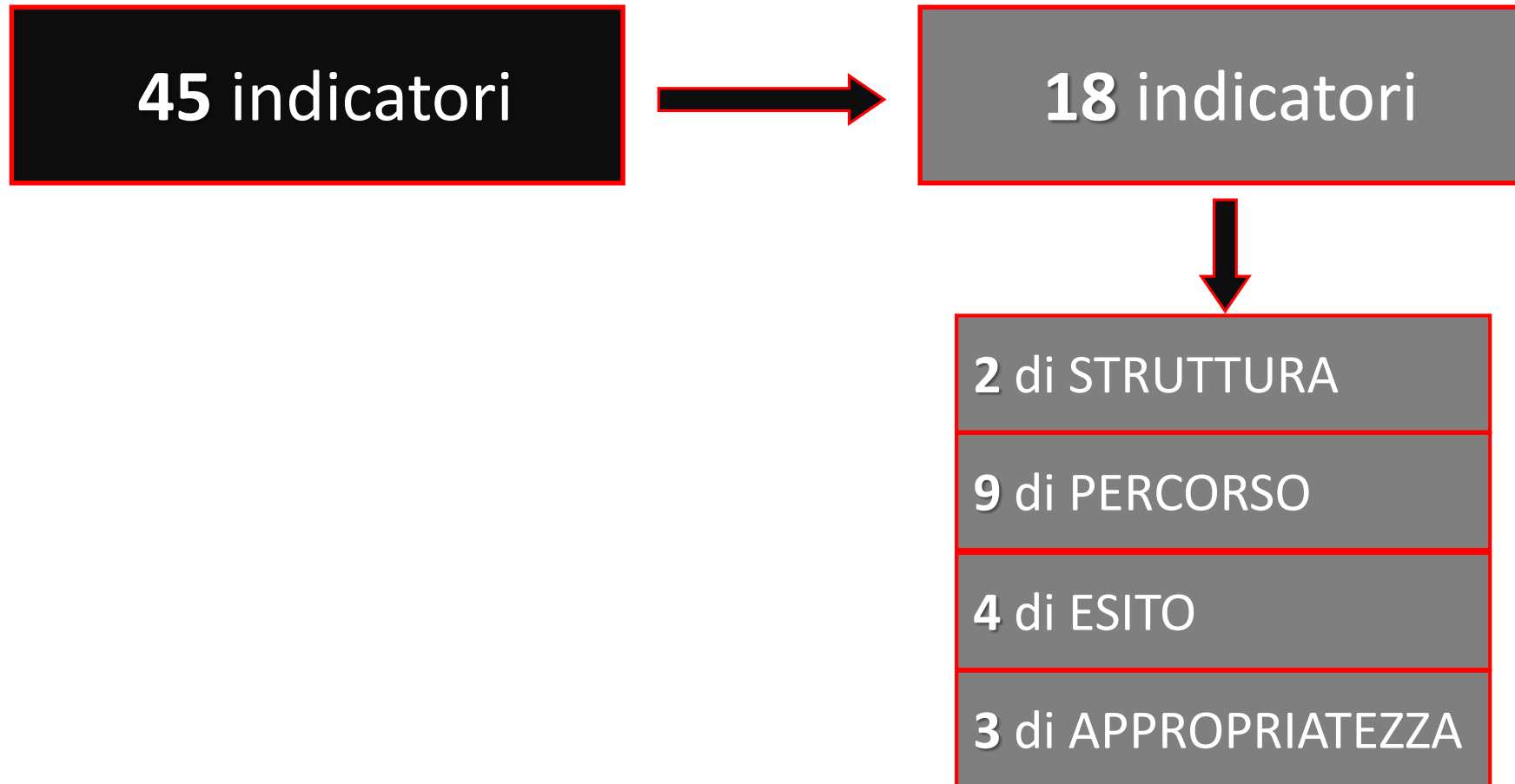
9 di STRUTTURA

21 di PERCORSO

9 di ESITO

6 di APPROPRIATEZZA

## Per iniziare il lavoro di analisi



### 1. Indicatori di Struttura: 2 selezionati su 9

- 1) 150/casi anno x struttura e 50 interventi/anno x chirurgo
- 7) presenza di documento aziendale di costituzione di Breast Unit

### 2. Indicatori di Percorso: 9 selezionati su 21

- 1) numero di casi con valutazione istologica preoperatoria (> 90%)
- 4) % dei casi con discussione multidisciplinare entro 25g dalla data della biopsia
- 5) trattamento indicato da Gruppo Multidisciplinare entro 30g se chirurgico, 15g se terapia medica neoadiuvante
- 11) % di pazienti in stadio IIIB/IIIC in terapia neoadiuvante (> 90%)
- 13) % di pazienti con TNM, HR, HER2, Ki67, VI (> 95%); nei TN anche TIL (> 90%)
- 15) RT dopo mastectomia nei pazienti pN2 (>90%)
- 16) RT entro 16 settimane dalla chirurgia (escluse paz in chemioterapia adiuvante) (>90%)
- 17) % documentata di pazienti discussi multidisciplinariamente (100%)
- 20) % di pazienti con intervallo chirurgia/chemioterapia adiuvante  $\leq$  8 settimane (> 80%)

### 3. Indicatori di Esito: 4 selezionati su 9

- 1) % pazienti vive a 5 anni (> 87%)
- 2) % pazienti N0 vive a 5 anni (> 98%)
- 6) % pazienti cN0 e carcinoma invasivo con SNB (> 90%)
- 8) % di pazienti in chemioterapia 30g ante mortem (< 10%)

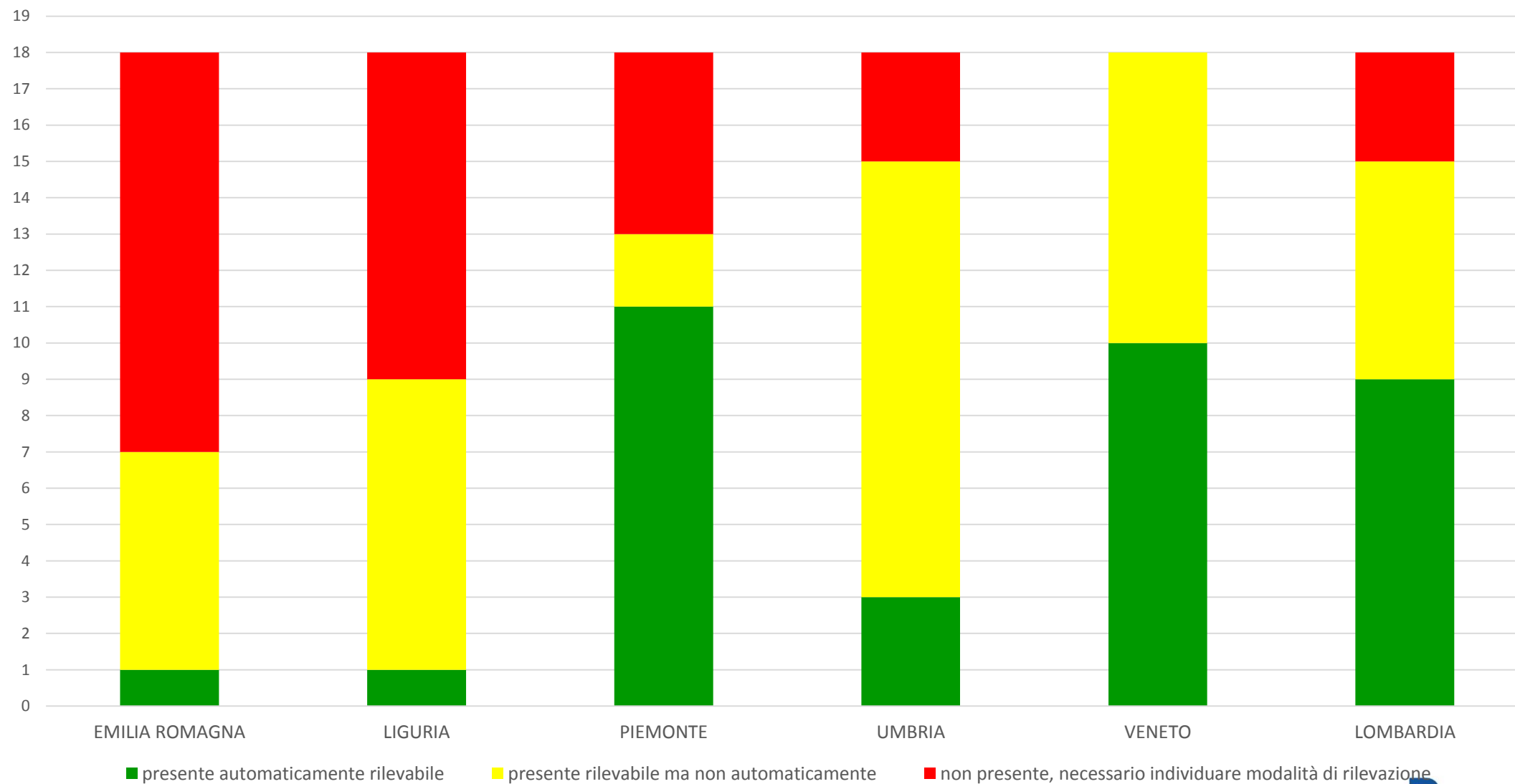
### 4. Indicatori di Appropriatezza: 3 selezionati su 6

- 1) % pazienti con RMN mammaria preoperatoria (<20%)
- 3) % pazienti con scintigrafia ossea ripetuta prima di 12 mesi dall' intervento (<10%)
- 4) % pazienti N0 stadiate con TAC, PET, Scintigrafia Ossea (<10%)

## *Metodologia di calcolo degli indicatori «rilevabili»*

1. Definire la **rilevabilità** degli indicatori dalle fonti dati amministrative
2. Definire, per gli indicatori rilevabili dai flussi informativi, il numeratore e denominatore
3. Definire fonte dati

## GRADO DI RILEVABILITA' DEGLI INDICATORI



# L'esempio del Veneto

**1. Indicatori definiti rilevabili «automaticamente»:**  
**9/18**

## 2. Descrizione numeratore e denominatore degli indicatori

### Proporzione di pazienti con RMN pre intervento

**Definizione:**

Proporzione di pazienti con RMN pre intervento

**Numeratore:**

Nr pazienti che hanno effettuato RMN (88.92.8x, 88.92.9x) nei 90 gg antecedenti l'intervento principale o secondario di quadrantectomia o mastectomia (ICD-9-CM 85.2x, 85.33, 85.34, 85.35, 85.36, 85.4.x) nell'anno di riferimento con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della mammella (ICD-9- CM 174, 175, 198.81, 233.0)

**Denominatore:**

primo ricovero nell'anno di riferimento con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della mammella (ICD-9-CM 174, 175, 198.81, 233.0) ed intervento principale o secondario di quadrantectomia o mastectomia (ICD-9-CM 85.2x, 85.33, 85.34, 85.35, 85.36, 85.4.x)

**Soglia:**

≤20%

**Flusso informativo:**

Scheda di dimissione ospedaliera; Specialistica ambulatoriale

# 3. Definizione fonte dati degli indicatori

Proporzione di pazienti con RMN pre intervento  
(valore soglia  $\leq 20\%$ )

	2015	2016
<b>Indicatore</b>	<b>14,7%</b>	<b>15,2%</b>
<b>Numeratore</b>	94	105
<b>Denominatore</b>	640	689

Fonte: archivi IOV

	2015	2016
<b>Indicatore</b>	<b>28,4%</b>	<b>25,8%</b>
<b>Numeratore</b>	182	178
<b>Denominatore</b>	640	689

Fonte: archivi regionali



# Proporzione di pazienti con dosaggio dei marker tumorali nell'anno successivo all'intervento

## *Definizione*

### **Numeratore:**

Popolazione di riferimento primo ricovero nell'anno di riferimento con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della mammella (ICD-9-CM 174, 175, 198.81, 233.0) ed intervento principale o secondario di quadrantectomia della mammella o mastectomia (ICD-9-CM 85.2x, 85.33, 85.34, 85.35, 85.36, 85.4.x)] con data erogazione prestazioni 90.55.2 e/o 90.56.3 - data intervento  $\leq 365$  gg

### **Denominatore:**

Popolazione di riferimento [primo ricovero nell'anno di riferimento con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della mammella (ICD-9-CM 174, 175, 198.81, 233.0) ed intervento principale o secondario di quadrantectomia della mammella o mastectomia (ICD-9-CM 85.2x, 85.33, 85.34, 85.35, 85.36, 85.4.x)]

## Proporzione di pazienti con dosaggio dei marker tumorali nell'anno successivo all'intervento (valore soglia $\leq 20\%$ )

	2014	2015
<b>Indicatore</b>	<b>28,8%</b>	<b>24,4%</b>
<b>Numeratore</b>	179	156
<b>Denominatore</b>	621	640

Fonte: archivi IOV

	2014	2015
<b>Indicatore</b>	<b>86,3%</b>	<b>80,2%</b>
<b>Numeratore</b>	536	513
<b>Denominatore</b>	621	640

Fonte: archivi regionali

# Reti Oncologiche e Governo Clinico: PDTA e Indicatori

---

- **Indicatori per essere utilizzabili DEVONO essere automaticamente estraibili**
- **Indicatori derivati da data base aziendali NON sono completi**
- **Indicatori derivati da data base regionali sono completi ma NON sono utilizzabili per l'analisi di un PDTA (dati anonimizzati)**
- **Alcuni indicatori ritenuti essenziali NON sono codificati (es consulti multidisciplinari)**
- **Indicatori di esito NON sono correlabili a stadio o sottotipo molecolare**

## 2. Centri di Riferimento per PDTA della Rete Oncologica



# CRITERI

- ✓ **Incidenza e Prevalenza**
- ✓ **Volumi di attività chirurgica (anni 2014-2016)**
- ✓ **Aderenza ai benchmark degli indicatori proposti nei PDTA**
- ✓ **Istituzione di Gruppi Oncologici Multidisciplinari**
- ✓ **Dotazioni tecnologiche (diagnostica molecolare avanzata, diagnostica per immagini, diagnostica endoscopica, radioterapia, UFA)**

**Esempio Centri di Riferimento  
Carcinoma Mammella Rete Oncologica Veneta**

## Nel 2015 n=5.516 primi interventi chirurgici in 40 centri

STRUTTURE	PNE 2015	SER stima 2016
I.O.V.	679	717
A.O. VERONA (BORGO TRENTO)	426	425
O.C. TREVISO	350	386
O.C. VICENZA	268	248
O.CL. SACRO CUORE	255	301
C.C. GIOVANNI XXIII	230	204
C.C. ABANO TERME	210	181
O.C. ARZIGNANO	207	218
A.O. PADOVA	203	221
O.C. CASTELFRANCO	200	221
O.C. VITTORIO V.	199	167
O.C. SANTORSO	187	155
O. DELL'ANGELO-MESTRE	159	240
POLO OSP.EST VERONESE	145	154
O.C. BASSANO	144	155
O.C. MIRANO	134	124
O.C. ROVIGO	111	136
O.C. LEGNAGO	110	130
O.C. DOLO	109	118
O.C. CAMPOSANPIERO	108	118
O.C. CITTADELLA	98	111
O.C. BELLUNO	96	118
O.C. VENEZIA	88	76
O.CL. S.CAMILLO	86	65
C.C. PEDERZOLI	82	68
O.C. FELTRE	76	88
C.C. ANNA RIZZOLA	66	45
O.C. CHIOGGIA	66	73
OSP. RIUNITI PD SUD	63	60
O.C. S.DONA'	57	59
O.C. BUSSOLENGO	43	58

# Centri di Senologia

## Centri di I° Livello:

- Volumi di attività + Requisiti strutturali/competenze fondamentali
- Riferimento al Centro di II° livello del Polo per le attività più complesse

## Centri di II° Livello:

- Volumi di attività + tutti i requisiti strutturali/competenze specialistiche
- Attività di coordinamento a livello di Polo

## Centri di Coordinamento Regionale:

- Tutela della fertilità in donne in età riproduttiva
- Oncogenetica dei tumori ereditari



# Proposta

Polo Oncologico	Abitanti	Interventi per Ca mammario	Interventi per 1.000 assistiti
Ospedale di Treviso (1-2)	1.092.144	1.302	1,2
Ospedale dell'Angelo (Venezia) (3-4)	855.730	710	0,8
Dip. Oncol. Padova (IOV-AOPD-6-5)	1.177.871	1.610	1,4
Ospedale di Vicenza (7-8)	867.391	832	1,0
AOUVR (9)	922.555	1.062	0,9
<b>TOTALE</b>	<b>4.915.691</b>	<b>5.516</b>	<b>1,1</b>



**21 centri :**

- 5 centri di II° livello
- 16 centri di I° livello

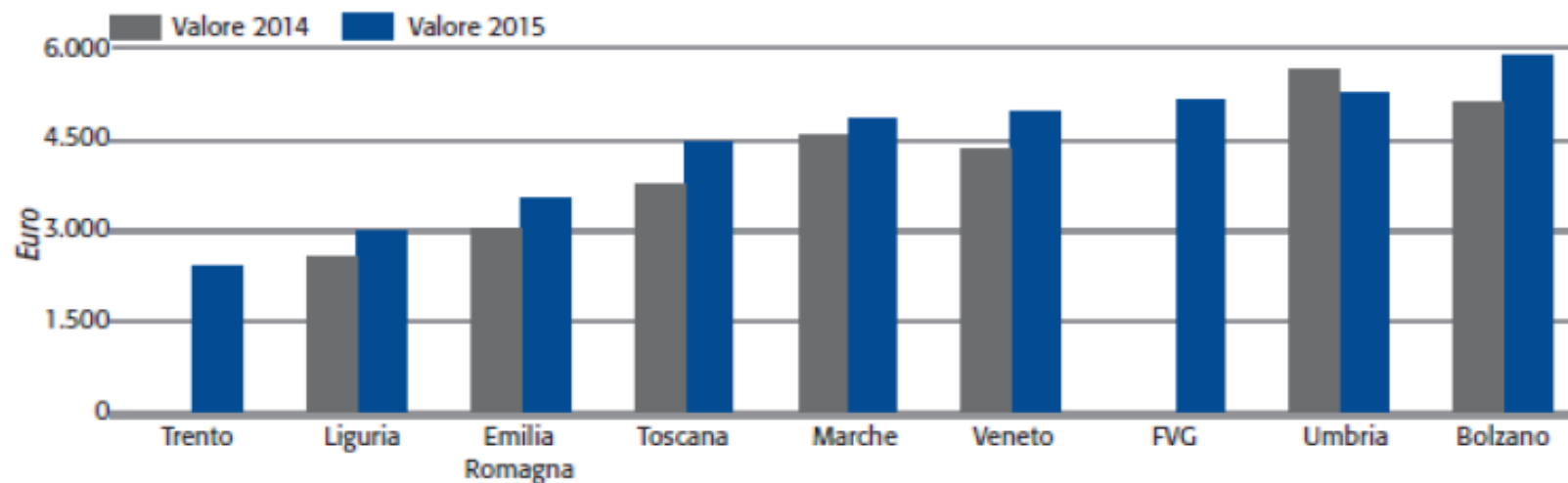
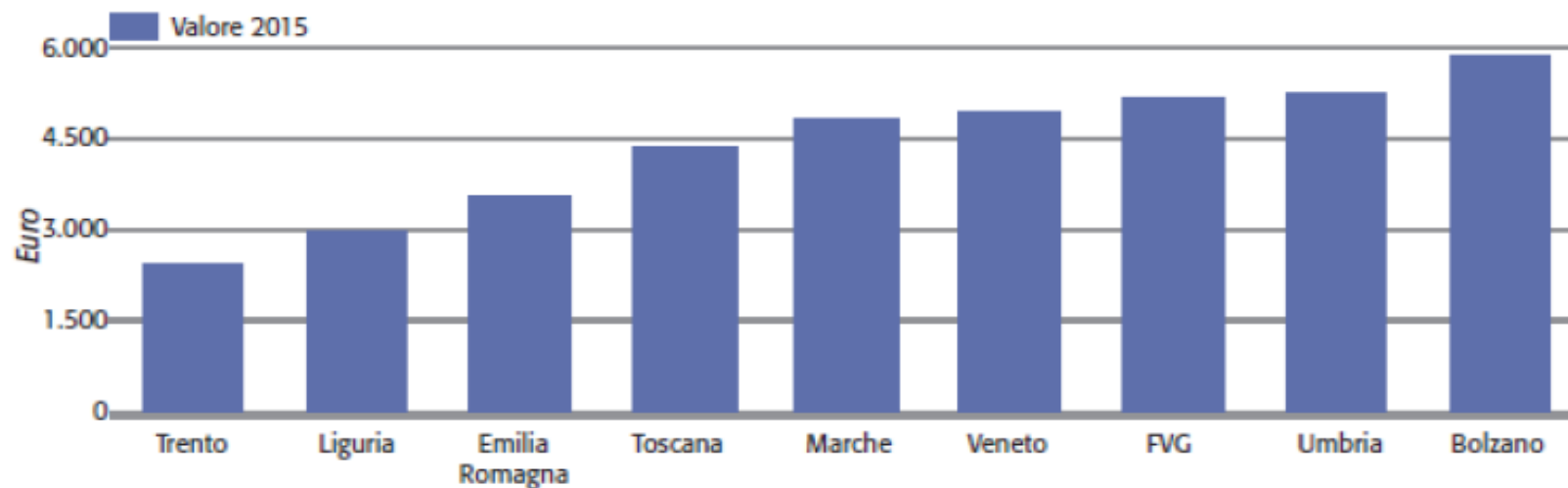
### 3. Raccomandazioni terapeutiche



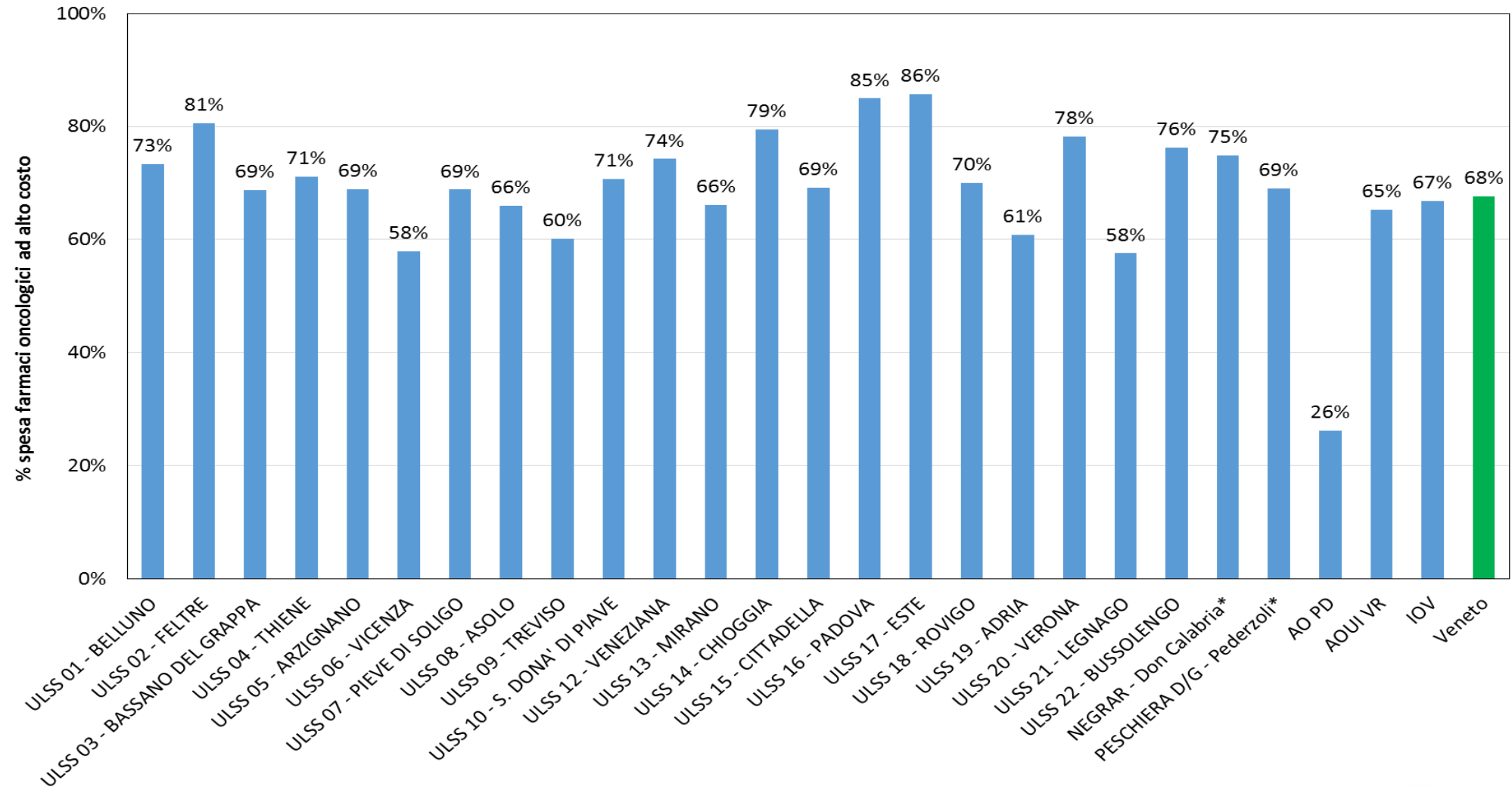
**ROLi**  
RETE  
ONCOLOGICA  
LIGURIA



# Spesa farmaceutica per paziente in terapia oncologica



# Spesa oncologici ad alto costo\* sul totale oncologici (I semestre 2015)



\* Trastuzumab, bevacizumab, sunitinib, everolimus, pemetrexed, ipilimumab, cetuximab, sorafenib.

Fonte dati: [DWH Regione Veneto](#)

# Innovation and Affordability: two conflicting options or two sides of the same coin ?

---



Innovation

Affordability

