



PERIPLO E IL TERRITORIO

LE RETI ONCOLOGICHE
REGIONALI:
PROSPETTIVE E CRITICITÀ



13 MARZO 2018
VENEZIA

"Gli Indicatori e gli Strumenti per il Miglioramento dei Percorsi Assistenziali"



Oscar Bertetto
Direttore Dipartimento Rete
Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta

IL CONCETTO DI APPROPRIATEZZA

"In generale, al centro del concetto risiede dunque l'idea che un'espressione verbale – o un comportamento, ma anche un'azione, una scelta, una decisione – sia appropriata quando risulti

“adatta, conveniente, giusta”,

per la situazione in cui si verifica"

Stoppelli, 2009. Garzanti.

APPROPRIATEZZA DEI SERVIZI E DELL'ASSISTENZA SANITARIA

...Una cura può considerarsi appropriata quando sia associata a un beneficio netto o, più precisamente, quando è in grado di massimizzare il beneficio e minimizzare il rischio ai quali un paziente va incontro quando accede a una, o più, determinata prestazione (o servizi)

APPROPRIATEZZA DEI SERVIZI E DELL'ASSISTENZA SANITARIA

Nella storia naturale di qualunque condizione o trattamento,
è possibile fissare un punto

prima del quale

è inappropriato intervenire o fornire un servizio e un punto

oltre il quale

un servizio diventa inappropriato, in gran parte a causa della
perdita di benefici in quella determinata fase di malattia o di
bisogno di assistenza

APPROPRIATEZZA DEI SERVIZI E DELL'ASSISTENZA SANITARIA

L'appropriatezza quindi porta con sé implicazioni dirette e indirette per la procedura corretta, per la persona giusta, al momento opportuno e nel setting più adatto.

Allo stesso tempo, l'attenzione all'appropriatezza solleva la domanda “in quale prospettiva?”
(paziente, medico, *policy-maker*, ecc.).

QUALITA' DELL'ASSISTENZA SANITARIA

Componenti della qualità...

come unico sistema di entità misurabili ed in integrazione continua fra loro, dal latino "cum" e "ponere": ***"Mettere assieme varie parti perchè formino un tutto organico"***

QUALITA' DELL'ASSISTENZA SANITARIA

Componenti della qualità...

- **efficacia teorica** (efficacy)
- **appropriatezza**
- **efficacia pratica** (effectiveness)
- **efficienza** (efficiency)
- **adeguatezza** (adequacy)
- **accessibilità** (accessibility)
- **accettabilità** (acceptability)
- **continuità** (continuity)
- **abbordabilità o sostenibilità**
(affordability)

- **soddisfazione:**
 - dell'utente
 - dell'operatore
- **comunicazione:**
 - interna
 - esterna
- **sicurezza**

QUALITA' DELL'ASSISTENZA SANITARIA

Componenti **MAGGIORI** della qualità...

EFFICACIA

*EFFICERE (ex+facere):
"fare del tutto"*

EFFICACY: "efficacia nella teoria"

EFFECTIVENESS: "efficacia nella
pratica"

P. Morosini

... DELLE PRESTAZIONI



RISULTATI
OBIETTIVI SPECIFICI

*...se non ci sono obiettivi non c'è
niente da valutare...*

QUALITA' DELL'ASSISTENZA SANITARIA

Componenti MAGGIORI della qualità...

EFFICIENZA

Rapporto fra i miglioramenti, reali o attesi, nello stato di salute e i costi responsabili di questi miglioramenti.

Quindi l'efficienza potrebbe essere migliorata o solo migliorando gli effetti dell'assistenza o solo abbassando i costi o, meglio di tutto, facendo entrambe le cose.

APPROPRIATEZZA IN ITALIA

Per quanto riguarda il nostro Paese, il termine “appropriatezza” ha acquistato una rilevanza normativa con il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, divenendo uno dei criteri per la definizione dei **Livelli Essenziali di Assistenza** (LEA)

L'attenzione dei **policymakers** italiani si è focalizzata sull'appropriatezza organizzativa, *in primis*, dell'assistenza ospedaliera, di cui le liste di DRG (Diagnosis Related Group) a rischio di inappropriatezza rappresentano una delle principali traduzioni operative

GLI INDICATORI

*Sono variabili ad elevato contenuto informativo
che consentono una valutazione sintetica di
fenomeni complessi
fornendo gli elementi sufficienti
ad orientare le decisioni.*

SOGGETTI COINVOLTI NELL'ASSISTENZA SANITARIA E RISPETTIVI FATTORI DI QUALITÀ

- ♦ **UTENTI** → soddisfazione, accessibilità, evitare conseguenze negative dell'assistenza.
- ♦ **AMMINISTRATORI** → contenimento dei costi, remuneratività, evitare insoddisfazione utenti.
- ♦ **OPERATORI DELLE PROFESSIONI SANITARIE** → massima efficacia, evitare sanzioni ed errori, soddisfazione professionale ed economica.
- ♦ **PRODUTTORI DI TECNOLOGIE SANITARIE**

MODELLO DI INDICATORI SULL'UTENTE

orientato al risultato

BUSSOLA DEL VALORE (dell'assistenza sanitaria)

- ◆ Ciascun processo di assistenza ha un suo valore.
- ◆ Il valore del processo può essere rappresentato su 4 assi.
- ◆ Su ciascuno dei 4 assi è possibile individuare specifiche misure.
- ◆ Dalle misure è possibile costruire indicatori di qualità dell'assistenza al termine del processo.

Bussola dei Valori



INDICATORI DI STRUTTURA

Individuano la sussistenza e la qualificazione di
Strutture indispensabili.

Esplorano anche dotazioni strumentali e di personale nonché la sussistenza (anche formale) di organizzazioni necessarie (tipo Breast Unit) alla qualificazione della struttura.

INDICATORI DI STRUTTURA

AREE ED OBIETTIVI

- Area del Governo Clinico
 - ◆ Qualificazione Chirurgia
 - ◆ Qualificazione Radioterapia
 - ◆ Qualificazione Anatomia Patologica
 - ◆ Qualificazione Oncologia Medica
- Area dell'Approccio Multidisciplinare
 - ◆ Gestione Multidisciplinare dei singoli casi

INDICATORI DI STRUTTURA: *un esempio*

COLON-RETTO

COLON → presenza di almeno un operatore con acquisita esperienza, validata da un apprendimento costituito da almeno 50 casi di interventi chirurgici laparoscopici.

RETTO → presenza del servizio di stomaterapia.

INDICATORI DI STRUTTURA: *un esempio*

TESTA-COLLO → presenza di **dietologo, logopedista, odontoiatra***

EPATOCARCINOMA → presenza del **servizio di radiologia interventistica di II livello ***

- * se non presente in sede → documentazione scritta dell'accessibilità presso le strutture dotate dei requisiti richiesti, con indicazione di modalità e tempi di accesso.

IND. DI STRUTTURA → Raccolta Centralizzata

Realizzata dal **Centro di Prevenzione Oncologica**
attraverso il Sistema Informativo Sanitario Regionale

Mammella

- Volumi di attività chirurgica >150 casi/anno per struttura (casi incidenti) e 50 casi/anno per chirurgo.
- Volumi di attività chirurgica >150 casi/anno per struttura (totale casi chirurgici) e 50 casi/anno per chirurgo.

Ovaio

- Volume annuo di interventi di debulking per centro.

INDICATORI DI PERCORSO

Individuano la sussistenza di un PDTA di qualità (certificato, validato, trasparente, condiviso)

Studiano i segmenti di percorso di una singola Unità o condivisi da più Unità

Studiano i passaggi da una Unità all'altra in termini di appropriatezza, tempestività, ecc

INDICATORI DI PERCORSO

AREE ED OBIETTIVI

Screening

- Estensione
- Adesione
- Qualità
- Tempi di Attesa

Chirurgia

- Tempestività
- Qualità

Radioterapia

- Tempestività
- Qualità

INDICATORI DI PERCORSO

AREE ED OBIETTIVI

Oncologia Medica

- Appropriatelyzza Trattamento Multidisciplinare
- Appropriatelyzza Trattamento Fase Metastatica

Anatomia Patologica

- Tempestività
- Completezza delle Informazioni necessarie

INDICATORI DI PERCORSO

ESOFAGO

- % di pazienti con intervallo tra visita GIC e inizio dei trattamenti non superiore a 22 gg,
- tempo mediano tra visita GIC e inizio dei trattamenti,
- % dei pazienti che interrompono la CT-RT associate per tossicità e complicanze.

IND. DI PERCORSO.1. → Raccolta Centralizzata

Alcuni esempi

Mammella

- % di pazienti con valutazione istologica preoperatoria.
- % di pazienti con intervallo di tempo tra intervento chirurgico ed inizio della terapia medica adiuvante ≤ 8 settimane.
- Proporzione di pazienti con RMN pre-intervento.
- % di pazienti che ha eseguito RT entro 4 mesi dalla chirurgia conservativa o demolitiva (in assenza di chemioterapia adiuvante).
- % di pazienti che ha eseguito una mammografia tra i 12 e 18 mesi successivi all'intervento chirurgico.
- % di pazienti con dosaggio per la ricerca dei marker tumorali nell'anno successivo all'intervento chirurgico.
- % di pazienti con scintigrafia ossea effettuata nell'anno successivo all'intervento chirurgico.
- % delle pazienti con discussione multidisciplinare entro 25 gg dalla data della biopsia.
- % delle pazienti con il trattamento previsto dal Gruppo Multidisciplinare garantito entro 30gg se chirurgico, 15gg se terapia medica neoadiuvante (calcolato dal momento dell'indicazione multidisciplinare).
- % di pazienti N0 stadiate con TAC, PET, Scintigrafia.

IND. DI PERCORSO.2. → Raccolta Centralizzata

Alcuni esempi

Colon

- Durata della degenza per intervento chirurgico con intento curativo.
- % di pazienti con degenza per intervento chirurgico entro soglia standard (10 gg).
- Durata della degenza post-operatoria (intervento chirurgico con intento curativo).
- % di ricoveri con degenza post-operatoria (intervento chirurgico con intento curativo) entro soglia standard (10 gg).
- % di pazienti sottoposti ad intervento chirurgico con intento radicale e con visita CAS nei precedenti 6 mesi la data di intervento chirurgico.
- Intervallo di tempo tra visita CAS e intervento chirurgico con intento radicale.
- % di pazienti con intervallo tra visita CAS e intervento chirurgico inferiore a 40 gg.
- Intervallo di tempo tra intervento chirurgico con intento curativo e chemioterapia.
- % di pazienti con intervallo tra intervento chirurgico e chemioterapia inferiore ai 56 gg.
- % dei pazienti con intervento laparoscopico rispetto al totale dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico.

IND. DI PERCORSO.2. → Raccolta Centralizzata

Alcuni esempi

Toraco polmonari

- % di pazienti che hanno effettuato una visita CAS prima del trattamento.
- Tempo mediano di attesa tra la visita CAS e il trattamento.
- % di pazienti con intervallo tra visita CAS e inizio del trattamento non superiore ai 45 gg.

INDICATORI DI OUTCOME

- Attengono sostanzialmente agli esiti in termini di ***guarigioni, prolungamento della sopravvivenza, qualità della vita.***
- Spesso è indispensabile individuare Indicatori Surrogati

INDICATORI DI OUTCOME

AREE ED OBIETTIVI

- Sopravvivenza
 - Miglioramento
- Qualità di Vita
 - Miglioramento
 - Riduzione Effetti Collaterali delle Terapie

INDICATORI DI ESITO – 1. → Un esempio

UROLOGICI

RENE

→ % pazienti operati con metodo “NEPHRON SPARING” rispetto al totale degli interventi chirurgici effettuati nei casi T1.

PROSTATA → % pazienti che necessitano di pannoloni alla visita di follow up ad 1 anno dalla prostatectomia,
→ % pazienti con proctite G3 – G4 dopo RT, documentata alla visita di follow up ad 1 anno.

IND. DI ESITO - 2. → Raccolta Centralizzata

La valutazione comparativa degli esiti

è stata realizzata dal

Centro di Prevenzione Oncologica

(CPO Piemonte)

per le competenze statistiche ed epidemiologiche, in
collaborazione con la Rete Oncologica.

L'impianto analitico adottato è in linea con il
Programma Nazionale Esiti.

IND. DI ESITO - 2. → Raccolta Centralizzata

Rispetto alla metodologia adottata a livello nazionale,
*l'analisi utilizza come valore di riferimento la media
regionale e applica metodologie statistiche che
consentono di stimare gli effetti anche per strutture con un
basso numero di casi operati.*

IND. DI ESITO - 3. → Raccolta Centralizzata

I dati monitorati riguardano il primo trattamento chirurgico:

- **mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico**
(solo per le strutture eroganti);
- **mortalità a 90 giorni dall'intervento chirurgico**
(solo per le strutture eroganti);
- **mortalità a 1 anno dall'intervento chirurgico**
(sia per le ASL di residenza che per le strutture eroganti).

IND. DI ESITO - 4. → Raccolta Centralizzata

I dati monitorati riguardano le seguenti patologie:

- tumore del colon
- tumore del retto
- tumore dell'esofago
- tumore dello stomaco
- tumore del pancreas
- tumore del polmone
- tumore del SNC
- tumore della vescica

Usi corretti e possibili iniziative da promuovere:

CONDURRE AUDIT LOCALI per:

- *confermare l'eventuale problema segnalato,*
- *approfondire l'analisi includendo altri indicatori di processo e di esito,*
- *identificare gli aspetti suscettibili di miglioramento,*
- *attivare strategie di correzione e,*

successivamente...

valutare i risultati ottenuti

INDICATORI DI EFFICIENZA (economica)

Attengono alla

possibilità di recuperare risorse evitando

trattamenti diagnostico-terapeutici non

appropriati,

ma anche all'ottimizzazione dell'appropriatezza

in un contesto caratterizzato dall'introduzione di

tecnologie ad alto costo.

INDICATORI DI EFFICIENZA (economica)

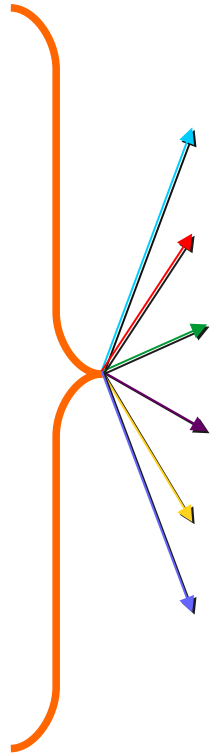
AREE ED OBIETTIVI

- Appropriatezza

- Evitare esami inutili.
- Uso dei Farmaci basato su EBM e LG.

PDTA di AREA/PATOLOGIA

- **Torino S-E**
- **Torino N**
- **Torino O**
- **Piemonte N-E**
- **Piemonte S-E**
- **Piemonte S-O**



Tumori pancreatici e vie biliari

Tumori epatici

Tumori ginecologici

Tumori toraco-polmonari

Tumori SNC

Tumori ematologici

