

**LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI ONCOLOGICI
NELL'ERA POST PANDEMIA**
Il ruolo dell'assistenza territoriale e proposte per il Cancer Center

**L'EPIDEMIOLOGIA A SUPPORTO DELLA PROGRAMMAZIONE
DEI PERCORSI DI CURA DEI PAZIENTI ONCOLOGICI**

Dott.ssa Maria Letizia Gambino

Dott.ssa Monica Lanzoni

U.O.C EPIDEMIOLOGIA - DIREZIONE SANITARIA

Varese, 12 maggio 2022

gambinom@ats-insubria.it

Sistema Socio Sanitario



ATS Insubria

EPIDEMIOLOGIA

O.M.S.:

È lo studio della *distribuzione* e dei *determinanti* degli stati e degli *eventi correlati* con la *salute*, e l'applicazione di questo studio al *controllo* delle malattie e di altri problemi di salute





Quindi:

Cos'è l'**Epidemiologia**? E chi è l'**Epidemiologo**?



La prima si basa sulla **METODOLOGIA**



Il secondo è il **METODOLOGO**, colui che **sposta** la sua **attenzione alla popolazione**, che utilizza la sua «*expertise*» metodologica per raggiungere evidenze scientifiche che condizionano anche le scelte di politica sanitaria.



Un po' di storia.....

Epidemiologia: trae le sue origini dall'idea che i fattori ambientali possono influenzare il verificarsi di una malattia (**Ippocrate**)



Galileo Galilei (15 febbraio 1564 – 8 gennaio 1642)

«Misura ciò che è misurabile. Ciò che non è misurabile rendilo tale»

Ma è solo nel **XIX secolo** che viene misurata su larga scala la distribuzione della malattia in gruppi specifici di popolazione (**Snow** e la scoperta che il rischio (**R**) di colera a Londra era collegato, tra le altre cose, al fatto di bere l'acqua fornita da una particolare compagnia).

Il suo ruolo essenziale viene riconosciuto in una risoluzione della **World Health Assembly (**A**ssemblea **M**ondiale della **S**anità - 1988) nella **Global Strategy for Health for All** (**S**trategia **G**lobale per la **S**alute per **T**utti)**



Stati Membri sono invitati a fare più ampio uso dei dati epidemiologici, dei relativi concetti e dei metodi principali di questa disciplina.

SORVEGLIANZA SANITARIA:

Nel 1968 l'Assemblea OMS ha identificato le tre componenti fondamentali di un sistema di sorveglianza:

1) la raccolta sistemica dei dati;

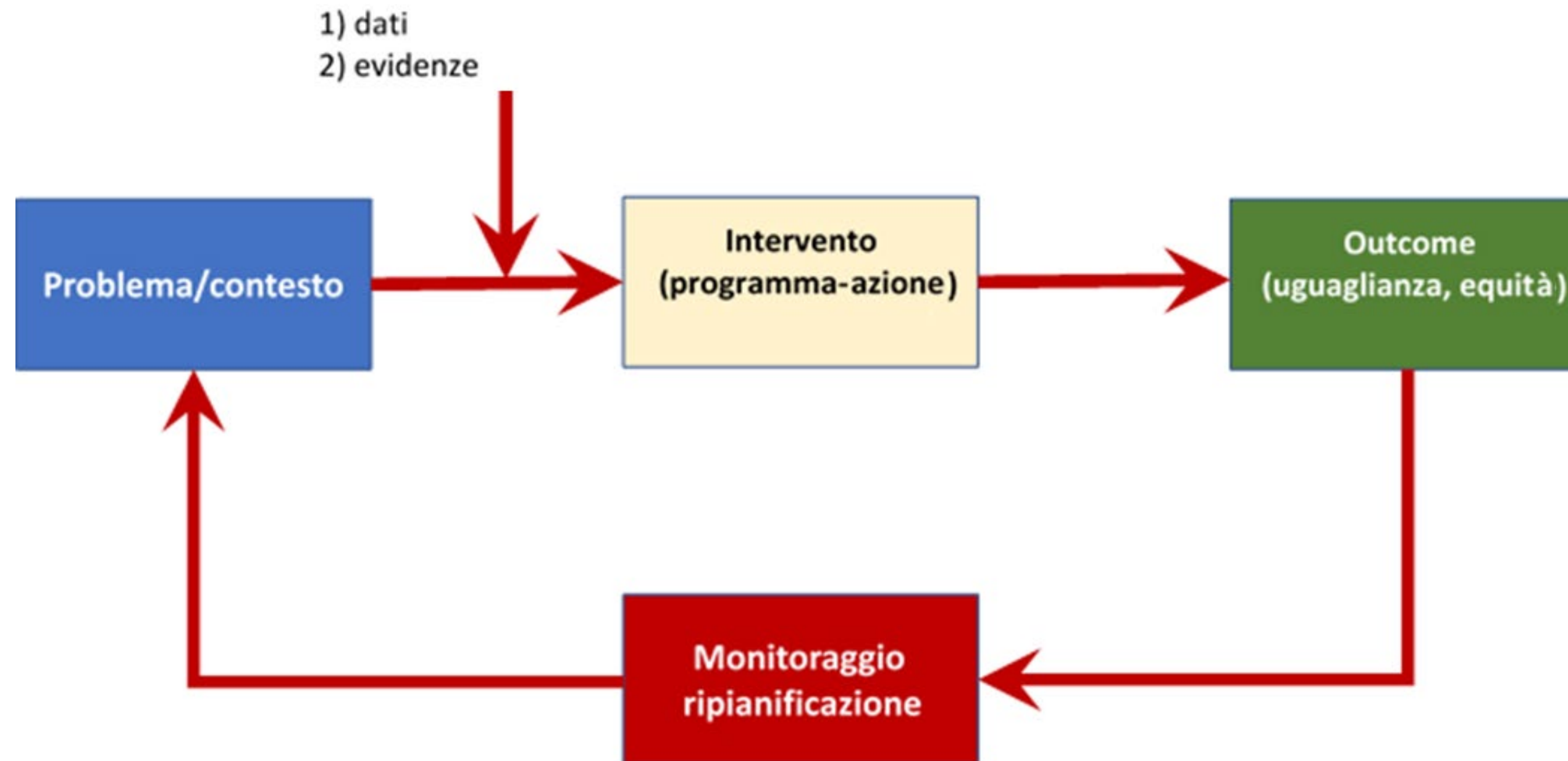
2) l'analisi e l'interpretazione dei dati;

3) la diffusione regolare dei risultati conseguiti, in particolare nei confronti di coloro che sono in condizione di prendere decisioni.

FUNZIONI DELL'EPIDEMIOLOGIA IN AMBITO SANITARIO (ATS):

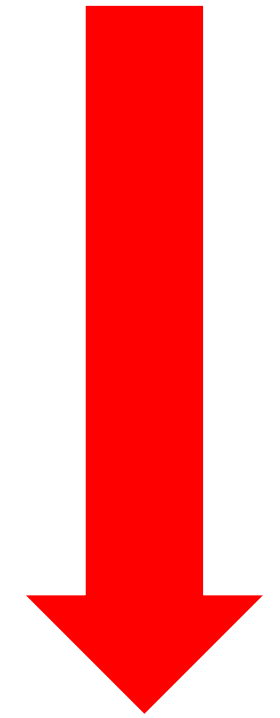
- 1. LA SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA**
- 2. L'ANALISI DEI BISOGNI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE**
- 3. IL MONITORAGGIO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA**

...attraverso l'**analisi** ed il **monitoraggio**, su base statistica, della **salute della popolazione**, dei processi organizzativi **volti a rispondere ai bisogni di salute** e a valutare l'**appropriatezza** del Sistema Socio-Sanitario.



Le fonti di raccolta sistematica dei dati sanitari correntemente utilizzate per la Sorveglianza Epidemiologica sono:

- ◆ Flusso della rilevazione dei ricoveri (SDO);
- ◆ Flusso delle prestazioni specialistiche ambulatoriali (28/SAN);
- ◆ Flusso del Pronto Soccorso (6/SAN)
- ◆ Flussi dell'Assistenza Farmaceutica (territoriale, ospedaliera, File F)
- ◆ Flusso Regionale dei Pazienti Cronici
- ◆ Flusso Regionale delle esenzioni
- ◆ Anagrafe Regionale degli Assistiti



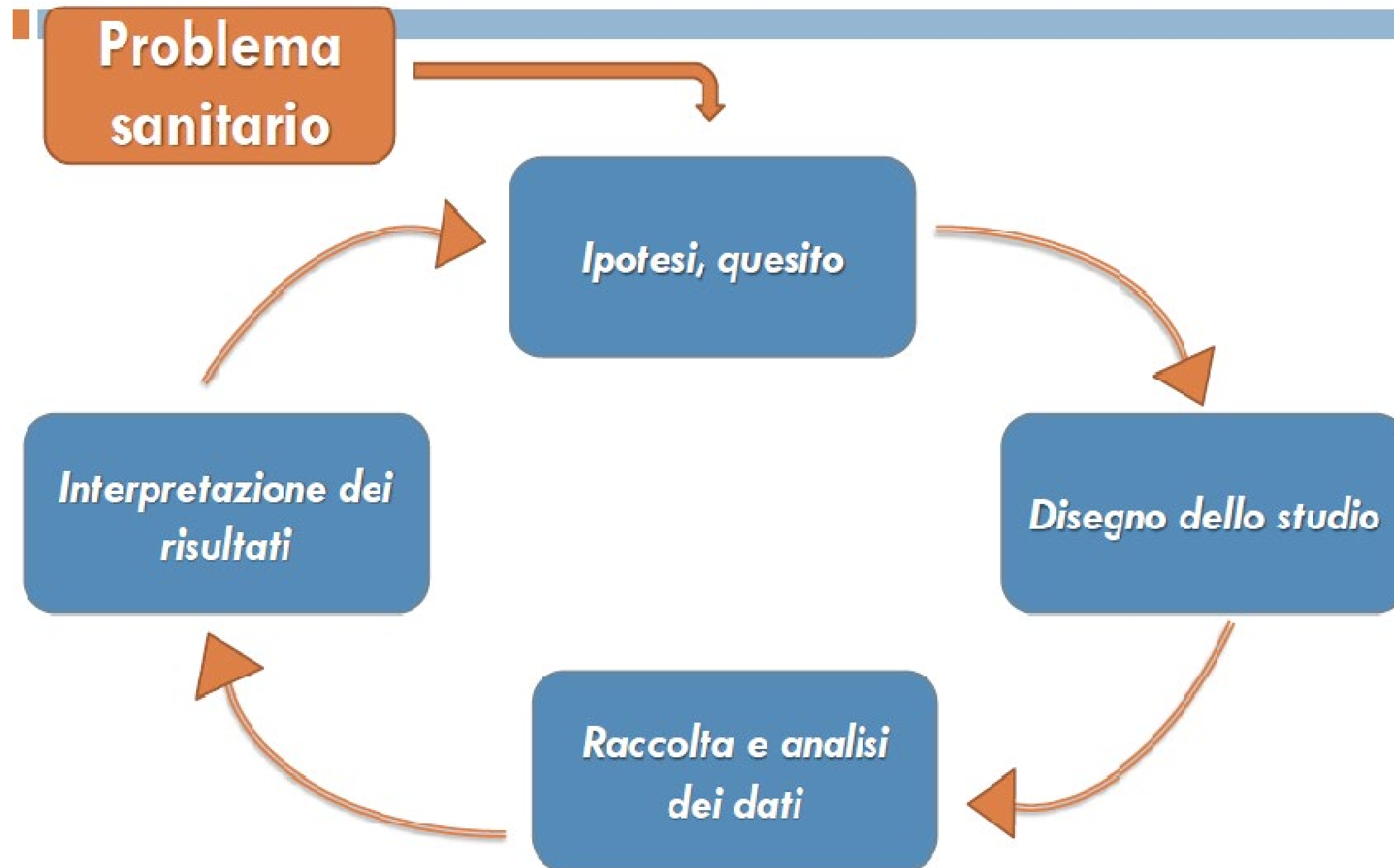
Responsabilità della UOC Sistemi informativi e DWH

Insieme ad altri flussi informativi (ADI, Dipendenze, Salute Mentale, Hospice...) sono parte del NSIS e creano un «... vero e proprio programma nato dall'esigenza di uniformità dei dati rilevati e metodi di lettura/misura adottati assicurando che le informazioni siano strutturate e complete di quanto necessario per i livelli di governo, ovvero alla programmazione interna delle aziende sanitarie, alla politica sanitaria delle Regioni ed al monitoraggio nazionale dei LEA». [<http://www.mattoni.salute.gov.it/mattoni/paginaMenuMattoni.jsp?id=1&menu=obiettivi&lingua=italiano>]

Altre fonti direttamente gestite dall'UOC Epidemiologia:

- ◆ **Registro Demografico**
- ◆ **Registro di Mortalità**
- ◆ **Registro Tumori**
- ◆ **Registro di Natalità (Certificati di Assistenza al Parto - CeDAP)**

EPIDEMIOLOGIA E MONITORAGGIO DEI PROCESSI SANITARI:



ATS INSUBRIA

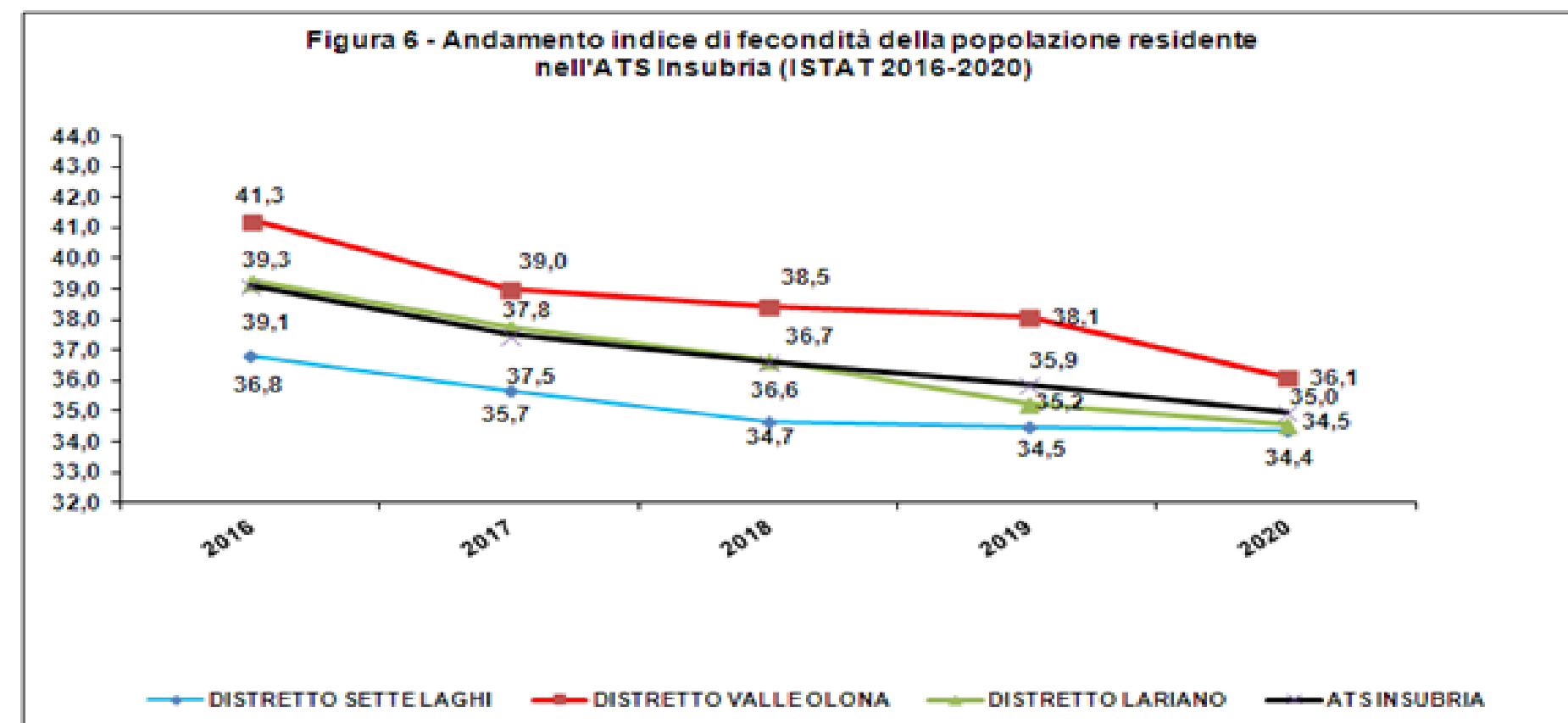
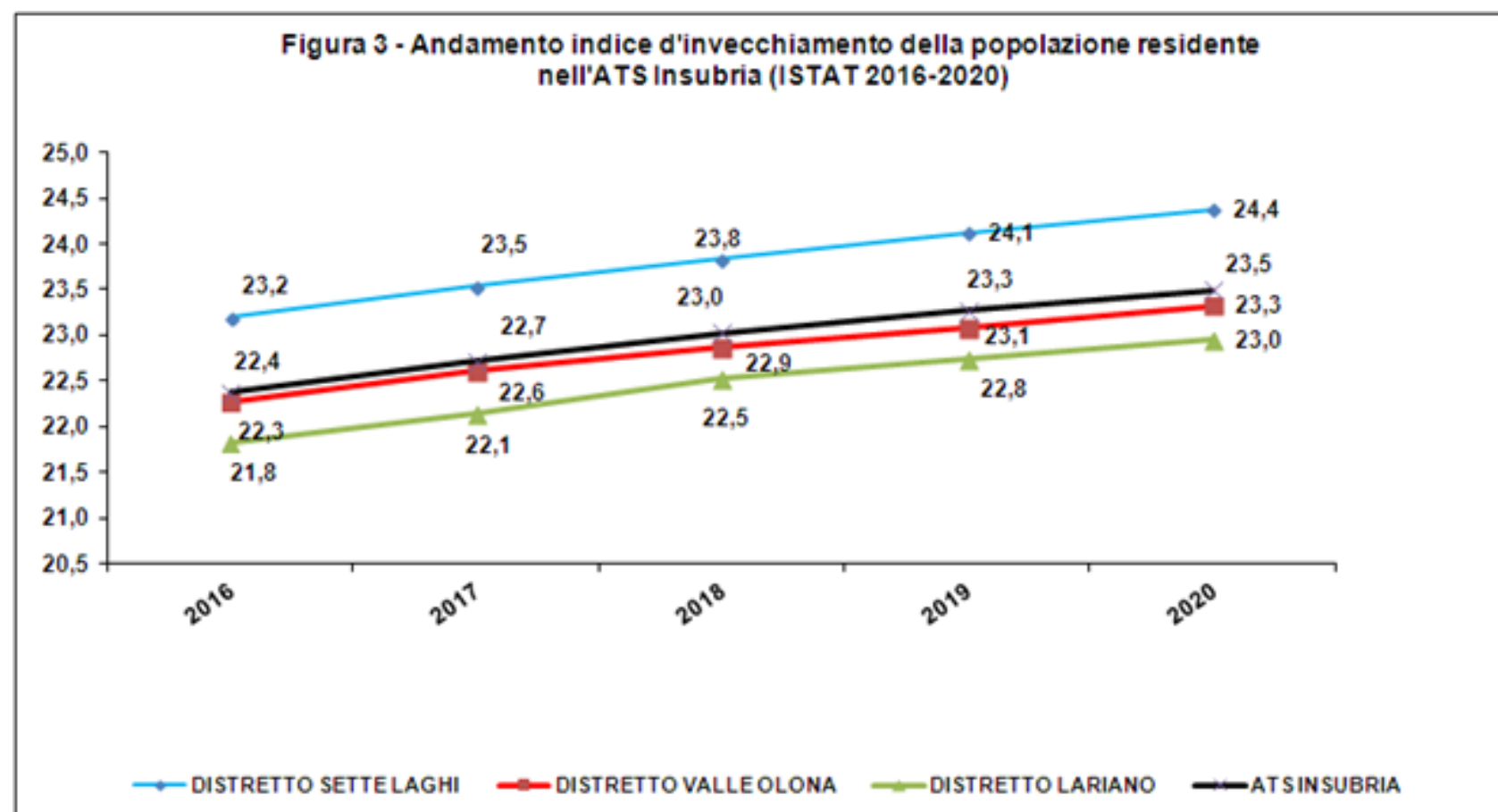
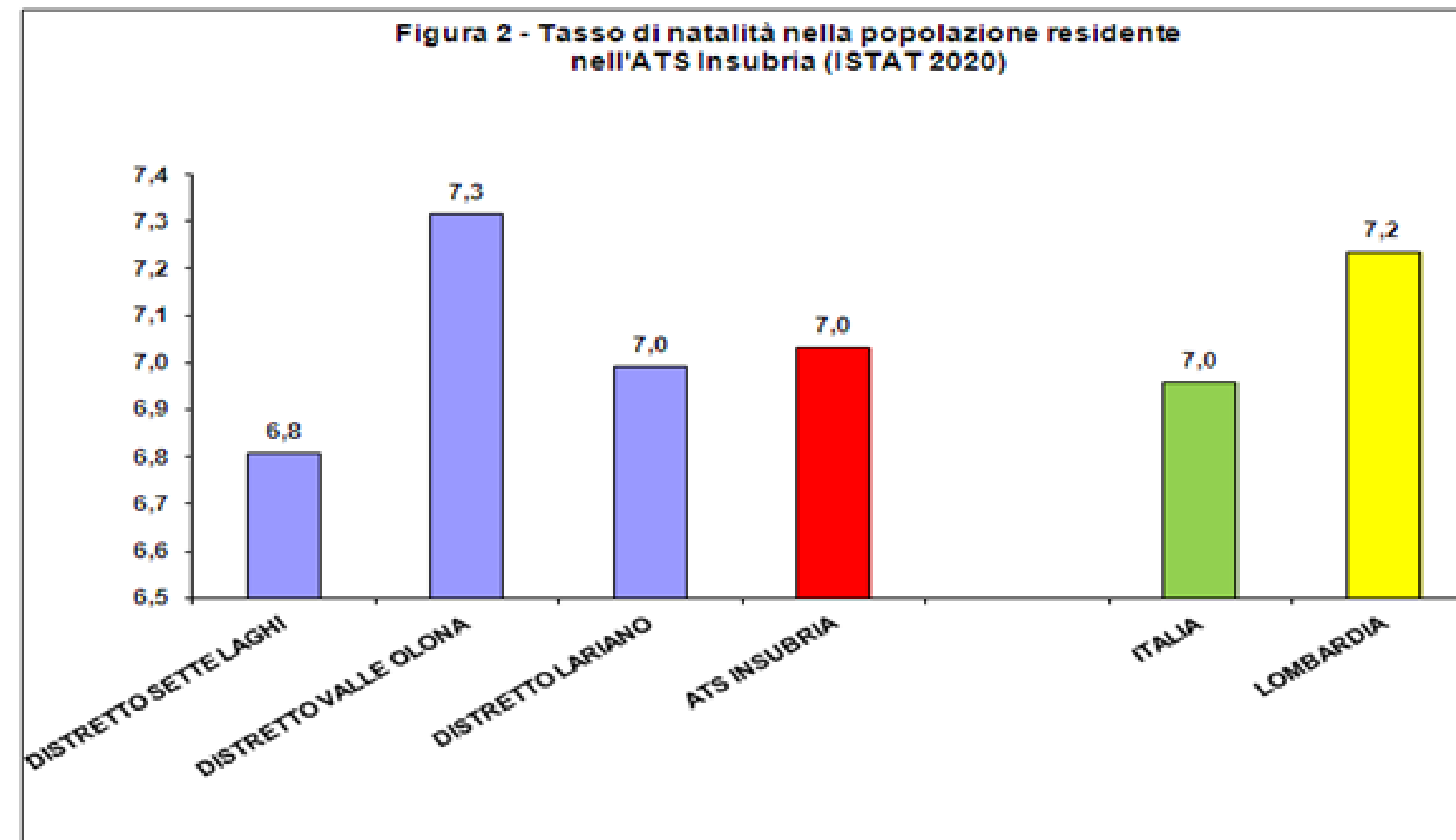
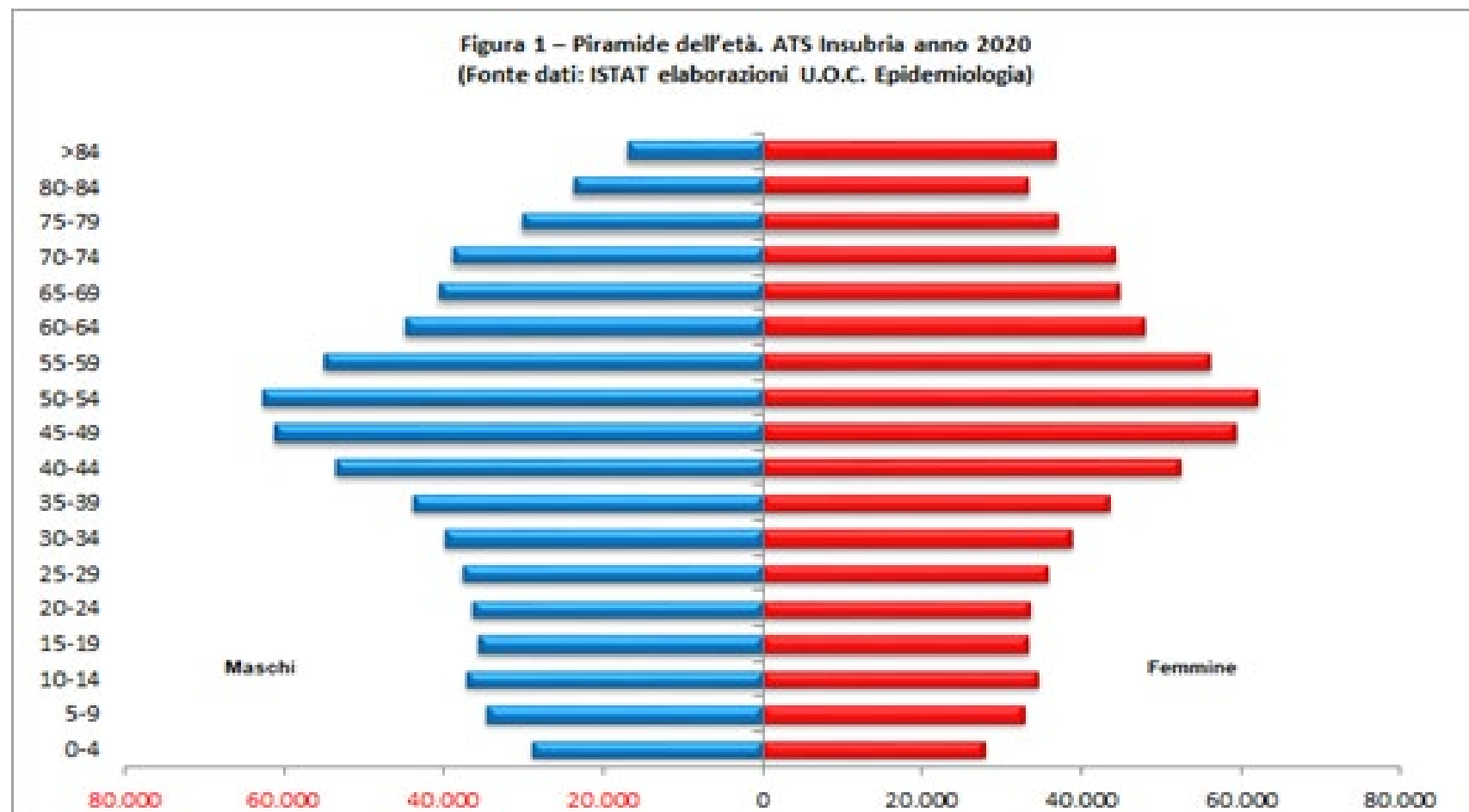


La competenza territoriale di ATS Insubria coincide con la **Provincia di Varese** e con parte della **Provincia di Como**

La popolazione coperta dalle attività di ATS è di circa 1,5 milioni di abitanti distribuiti in **n. 270 Comuni**, suddivisi in **tre Distretti: Sette Laghi, Valle Olona e Lariano.**

Per ogni valutazione epidemiologica si parte da una analisi di contesto di tipo demografico, che indirettamente fornisce indicazioni sui possibili bisogni di salute.

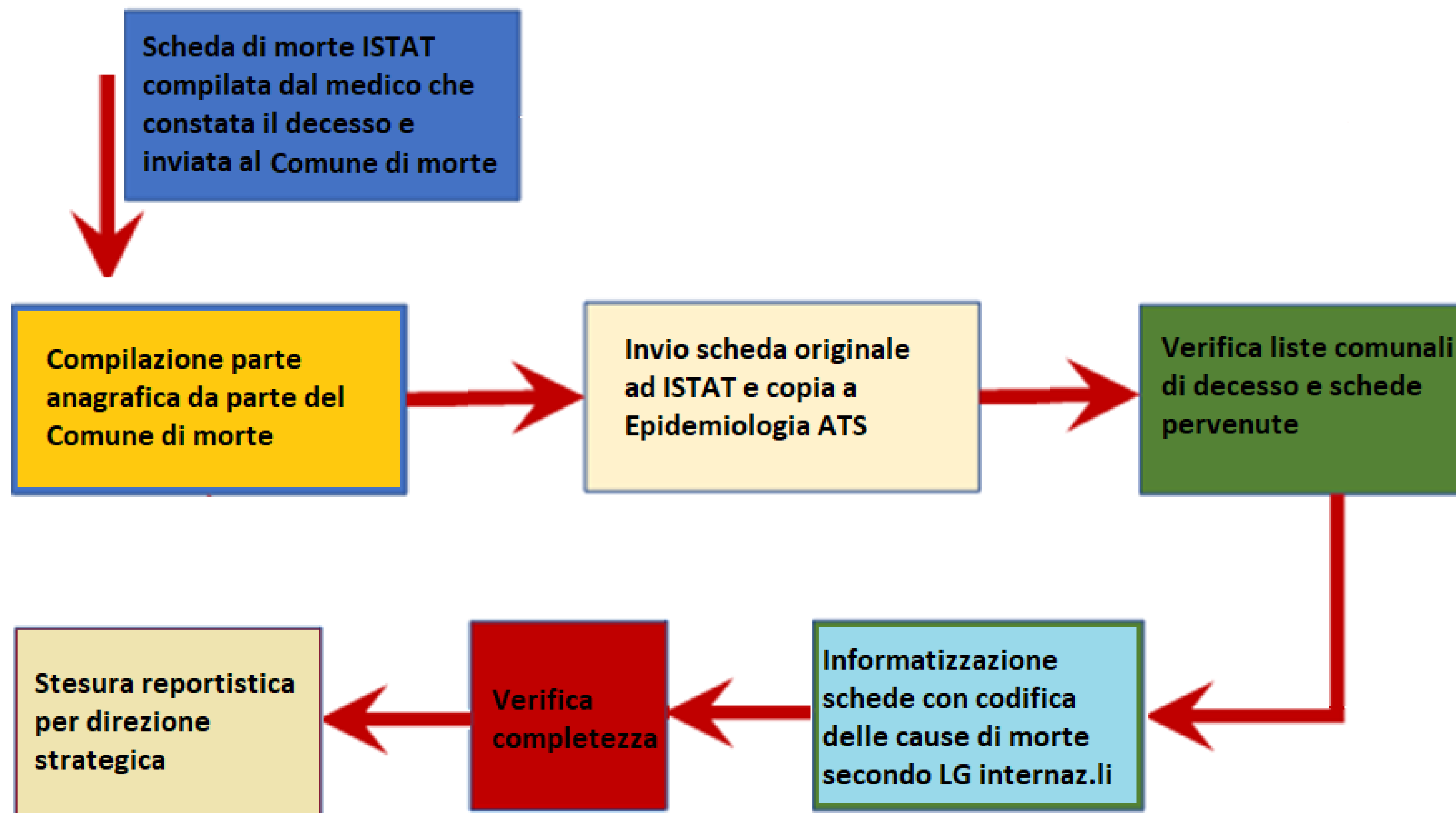
ALCUNI INDICATORI DEMOGRAFICI:



REGISTRO DI MORTALITA' ATS INSUBRIA:

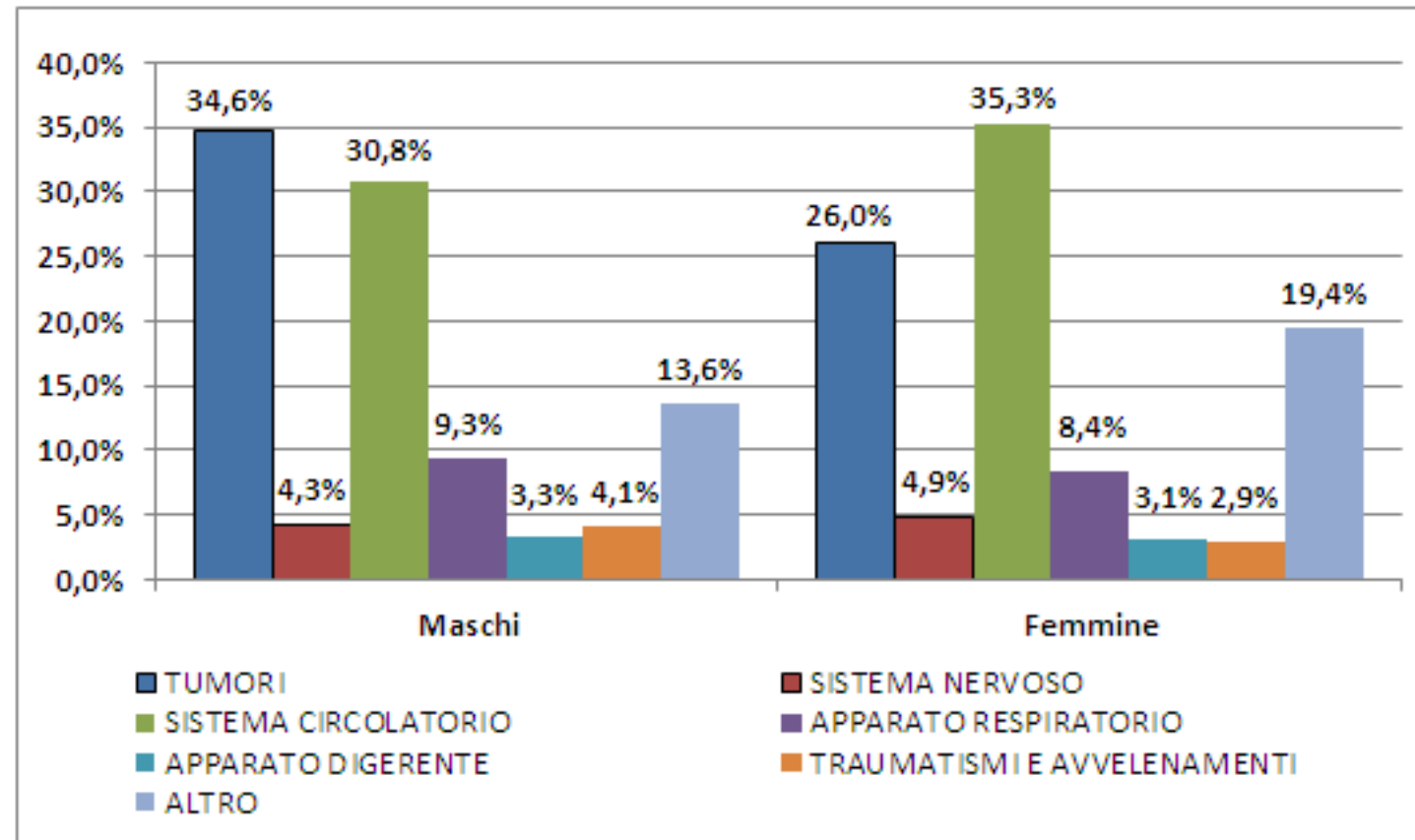
L'analisi della **mortalità** è un altro elemento di valutazione epidemiologica che analizzando le cause di morte e l'impatto su diverse categorie di popolazione (sesso, età, territorialità), **permette di rilevare**, da un altro punto di vista, **lo stato di salute di una popolazione**.

Questi dati sono di particolare rilevanza quando si effettuano valutazioni sullo stato di salute di determinate popolazioni, ad esempio se esposte a fonti potenzialmente dannose alla salute.

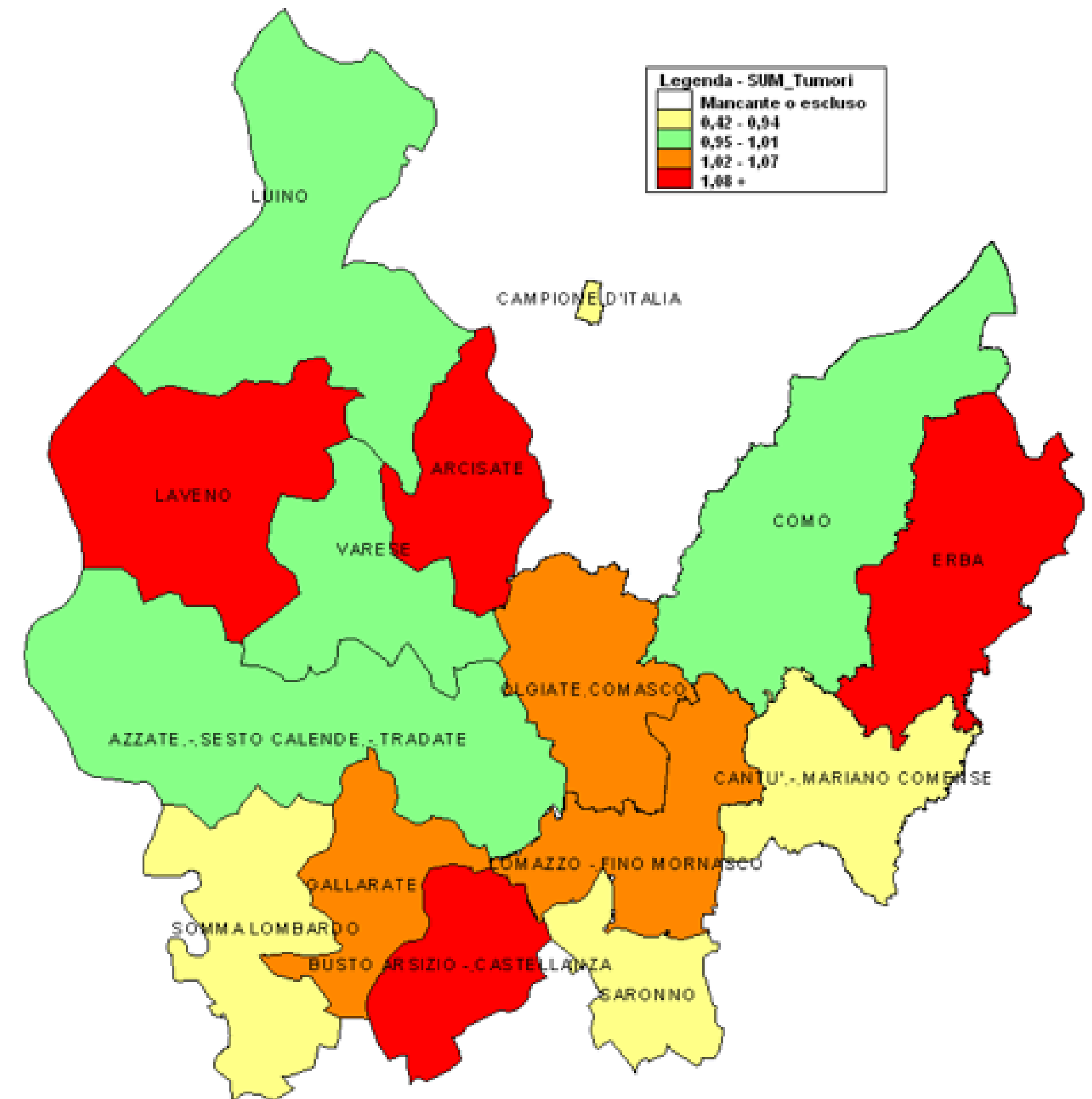
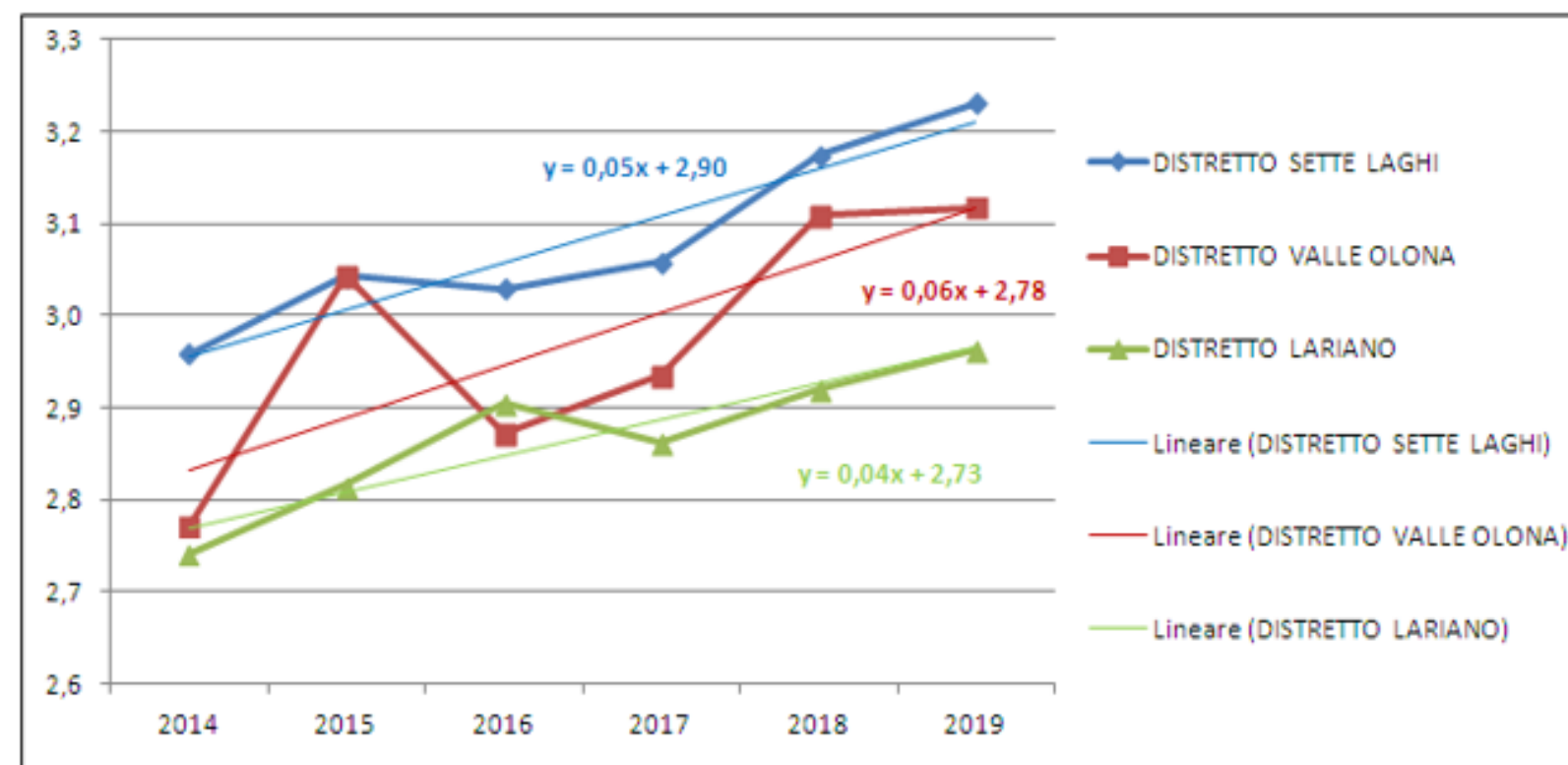


ALCUNI INDICATORI DI MORTALITA':

Distribuzione dei decessi per principali cause di morte e genere di residenti nell'ATS Insubria. Anno 2019
(Fonte: Registro di Mortalità)



Andamento temporale del tasso grezzo di mortalità per 1.000 abitanti per malattie tumorali nei Distretti Sette Laghi, Valle Olona e Lariano. Anni 2014-2019
(Fonte: Registro di Mortalità dell'ATS)



Epidemiologia applicata al monitoraggio dei PDTA

PDTA costituiscono, insieme alle Linee Guida, strumenti del **governo clinico** che consentono di definire **standard assistenziali**.

Si configura l'assistenza erogata come **processo** da suddividere in **fasi** alle quali applicare rilevazione dati e calcolo di indicatori in maniera sistematica al fine della

VALUTAZIONE DI APPROPRIATEZZA

congruità tra:

- * **epidemiologia** (bisogni di salute)
- * **organizzazione** dei percorsi assistenziali
- * **economicità** delle attività in essi ricomprese

PDTA

SALUT=QUITÀ

**Il Piano Nazionale
della Cronicità per
l'equità**

6° Report


La “presa in carico” del cittadino dovrebbe avvenire sulla base dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) al fine di standardizzare i percorsi, personalizzando gli interventi sul singolo paziente.

La pandemia, come noto, ha messo in evidenza luci e ombre del nostro Servizio Sanitario Nazionale. L'Istat dichiara in modo trasparente che ancora non siamo in grado di misurare l'impatto della pandemia sulla salute degli italiani, dato peraltro ripreso anche dalla Corte dei conti che scrive “Ancora poco “quantificati” sono poi i danni che deriveranno dal peggioramento delle condizioni di salute delle parti più fragili della popolazione per l'impossibilità di mantenere e rispettare gli screening e i tempi per le cure”¹

Evoluzione storico/legislativa delle finalità dei PDTA

- la **Legge Finanziaria del 1996**, infatti, identificava il PDTA come uno strumento per contribuire al rispetto degli obiettivi di spesa;
- il **PSN 1998-2000** considera il PDTA funzionale alla revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale;
- il **Decreto Legislativo 229/1999** identifica il PDTA come mezzo per favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- il **PSN 2006-2008** assegna ai PDTA il compito di “elaborazione sistematica di indicazioni basate sulle evidenze disponibili, secondo standard raccomandati, nel rispetto del principio di appropriatezza, con l'obiettivo di assistere i clinici ed i pazienti nel prendere decisioni

- i diversi **Piani Nazionali di Governo delle liste di Attesa** considerano i PDTA come strumento per la garanzia della tempestività della diagnosi e del trattamento, nonché per l'abbattimento delle liste di attesa;
- il **Piano Nazionale della Cronicità** punta sui PDTA, [...] consideradoli "uno strumento di programmazione del processo di cura e di integrazione tra diversi professionisti e diverse strutture e rappresentano la base dei programmi di gestione di malattia (disease management program)". I percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali (PDTA), quindi, devono essere intesi come "processi capaci di guidare la filiera delle offerte nel governo dei servizi per le patologie croniche"



Se sono ancora molto rilevanti le differenze nei PDTA relativi ad una stessa patologia tra Regioni e/o tra territori di una stessa Regione, attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) dei LEA alcuni PDTA iniziano ad essere monitorati ufficialmente.

**SUPPORTO DELL'EPIDEMIOLOGIA DI ATS INSUBRIA AL PROGETTO
«LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI ONCOLOGICI NELL'ERA POST PANDEMIA»**

Documento con approccio «*Health Impact Assessment*»



Importante in Sanità Pubblica, e soprattutto per una ATS, in quanto valuta l'impatto sulla popolazione di interventi che possono migliorarne la vita, sia da un **punto di vista clinico** (maggiore sopravvivenza) sia da un punto di vista **qualitativo**, tracciando i percorsi essenziali di dimostrata utilità nel proporre diagnosi mirate, terapie efficaci e controlli non superflui.

SUPPORTO DELL'EPIDEMIOLOGIA DI ATS INSUBRIA AL PROGETTO «LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI ONCOLOGICI NELL'ERA POST PANDEMIA»

Partendo dai dati storici sui tumori del polmone e della mammella, **prevalenza e sopravvivenza** (AIRTum - Associazione Italiana Registri Tumori), tumori più impattanti in termini di carico assistenziale per la Provincia di Varese



Stime di prevalenza

- ✓ In ATS risiede 1/66 della popolazione italiana;
- ✓ 12.500 donne hanno ricevuto una diagnosi di tumore al seno e
- ✓ 1.800 soggetti hanno ricevuto una diagnosi di tumore al polmone



Sulla base di un **criterio temporale** (in futuro su criteri clinici)

Stime di presa in carico

In Ospedale (primi 2 anni)

- ✓ 1.750 casi di tumore mammella
- ✓ 612 casi di tumore polmone

Territorio/Distretto

- ✓ 10.750 pazienti stabilizzati con tumore mammella
- ✓ 1.118 pazienti con tumore polmone

SUPPORTO DELL'EPIDEMIOLOGIA DI ATS INSUBRIA AL PROGETTO «LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI ONCOLOGICI NELL'ERA POST PANDEMIA»

Identificazione delle prestazioni ambulatoriali legate ai due tumori identificati



Quantificazione dei volumi con analisi stratificata per:

- ✓ **Tempi di attesa;**
- ✓ **Tipologia di erogatore;**
- ✓ **Mobilità della domanda;**
- ✓ **Livello di urgenza;**
- ✓ **Confronto tra ASST Sette Laghi e ASST Valle Olona**

Il 4 febbraio è stata celebrata la giornata mondiale contro il cancro:

**«Close the Care Gap - Everyone deserves access to cancer care"
(Colmare il gap sulla cura - Tutti meritano l'accesso alla cura del cancro)».**

- ✓ **13 milioni di decessi in tutto il mondo, ogni anno per cause ambientali;**
- ✓ **Un Pianeta inquinato comporta l'aumento delle malattie come **cancro, patologie respiratorie e cardiache.****

«RESTARE A GUARDARE E' COSTOSO E INACCETTABILE...»



Tedros Adhnom Ghebreyesus Direttore Generale dell'OMS

EPIDEMIOLOGIA, PDTA E VALUTAZIONI A SUPPORTO DELLA DIREZIONE STRATEGICA

EX ANTE:

COSTRUZIONE DEL PDTA

l'epidemiologia tramite il record linkage sui flussi informativi:

- ✓ **Quantifica il numero di pazienti potenziali e loro caratteristiche demografiche e cliniche;**
- ✓ **Identifica le strutture che erogano le prestazioni e quantifica quest'ultime in termini di volumi e tempi;**
- ✓ **Confronta il percorso del paziente «empirico» con quello teorico definito nel PDTA;**
- ✓ **Fornisce alla Direzione Strategica gli elementi per valutare eventuali modifiche del percorso «empirico» per adeguarsi al PDTA.**

EX POST:

MONITORAGGIO DELL'APPLICAZIONE DEL PDTA E DEGLI OUTCOME

l'epidemiologia monitora l'applicazione del PDTA:

- ✓ **Quantifica le prestazioni erogate;**
- ✓ **Verifica il rispetto della sequenza e della tempistica delle attività;**
- ✓ **Valuta gli outcome in termini di salute stratificando per sottocategorie demografiche e cliniche dei pazienti;**
- ✓ **Attua valutazioni di appropriatezza e aderenza del PDTA;**
- ✓ **Quantifica in termini economici le attività/prestazioni erogate.**

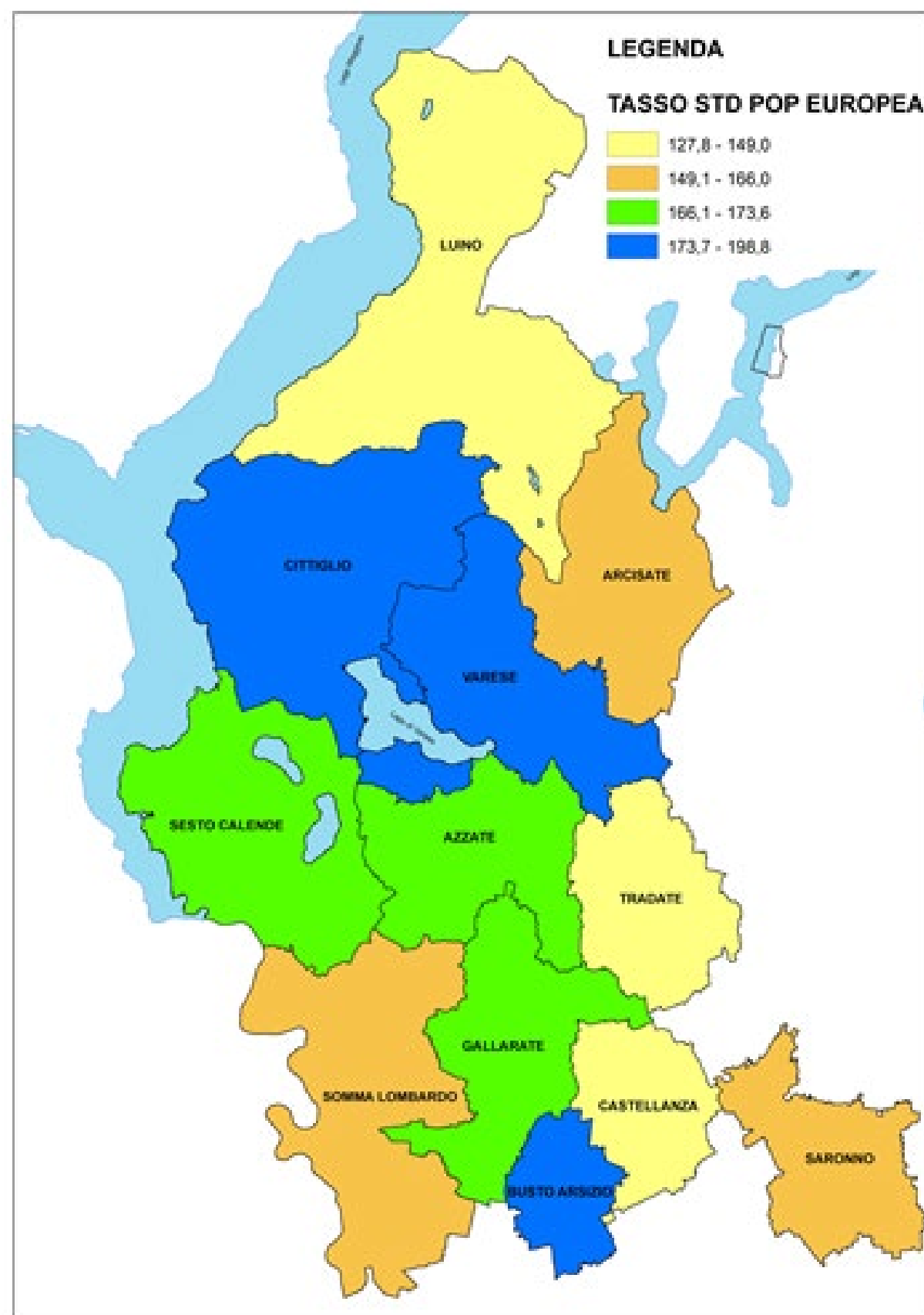
1-ESEMPIO DI VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA ED ECONOMICA

Analisi del percorso assistenziale nei casi incidenti di “tumore della mammella” nella Provincia di Varese: Anno 2009 e Anno 2013 a confronto rispetto al percorso di follow up

Al fine di analizzare le ricadute sul percorso di presa in carico, coerentemente al quadro epidemiologico internazionale, nazionale e locale, gli obiettivi prefissati dello studio:

- **OBIETTIVO PRIMARIO:** la valutazione dei casi incidenti di tumore della mammella nella Provincia di Varese attuando un confronto fra l'anno 2009 e 2013.
- **OBIETTIVO SECONDARIO:** la valutazione dell'appropriatezza/inappropriatezza delle prestazioni prescritte nel follow-up post intervento chirurgico e delle ricadute economiche per Regione Lombardia.

Distribuzione in quartili dei SIR per tumore della mammella nei 12 Distretti Socio - Sanitari. ASL della Provincia di Varese: incidenza 2013. (Fonte: Registro Tumori ATS Insubria)



Materiali e Metodi

Anno 2014:

Analisi sulla **coorte** di donne con diagnosi di tumore alla mammella nel **2009**.

I casi indice sono stati incrociati con l'Anagrafe Assistiti, con le Schede di Dimissione Ospedaliera e le prestazioni specialistiche (28/SAN) del Data Warehouse, per verificare la presenza delle prestazioni sanitarie ricevute (dati validati da Regione Lombardia).

Anno 2021:

Analisi sulla **coorte** di donne che nel **2013** ha ricevuto una medesima diagnosi e confronto dei seguenti indicatori di follow up:

- Numero di mammografie di controllo eseguite/Totale donne trattate chirurgicamente.
- Numero di ecografie di controllo eseguite/Totale donne trattate chirurgicamente.

Analisi Appropriata delle Prestazioni di follow-up e Valutazione Economica

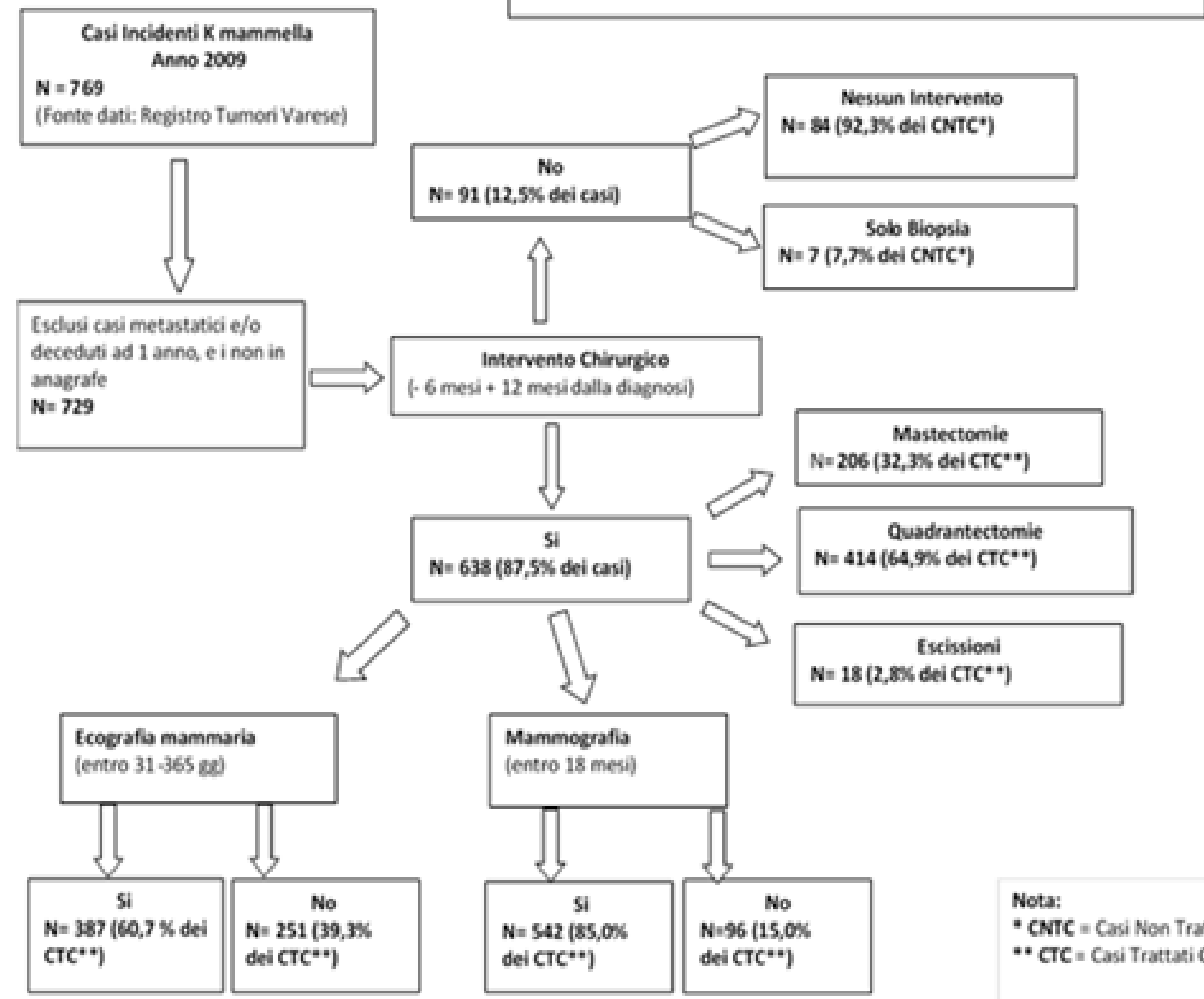
Determinazione del numero di ecografie di controllo* in eccesso eseguite per 5 anni di follow up nelle donne operate al seno tra i casi incidenti del quinquennio 2005-09 e 2009-2013.

Valutazione delle prestazioni di follow up eseguite nelle coorti analizzate e stima del costo delle prestazioni inappropriate eseguite.

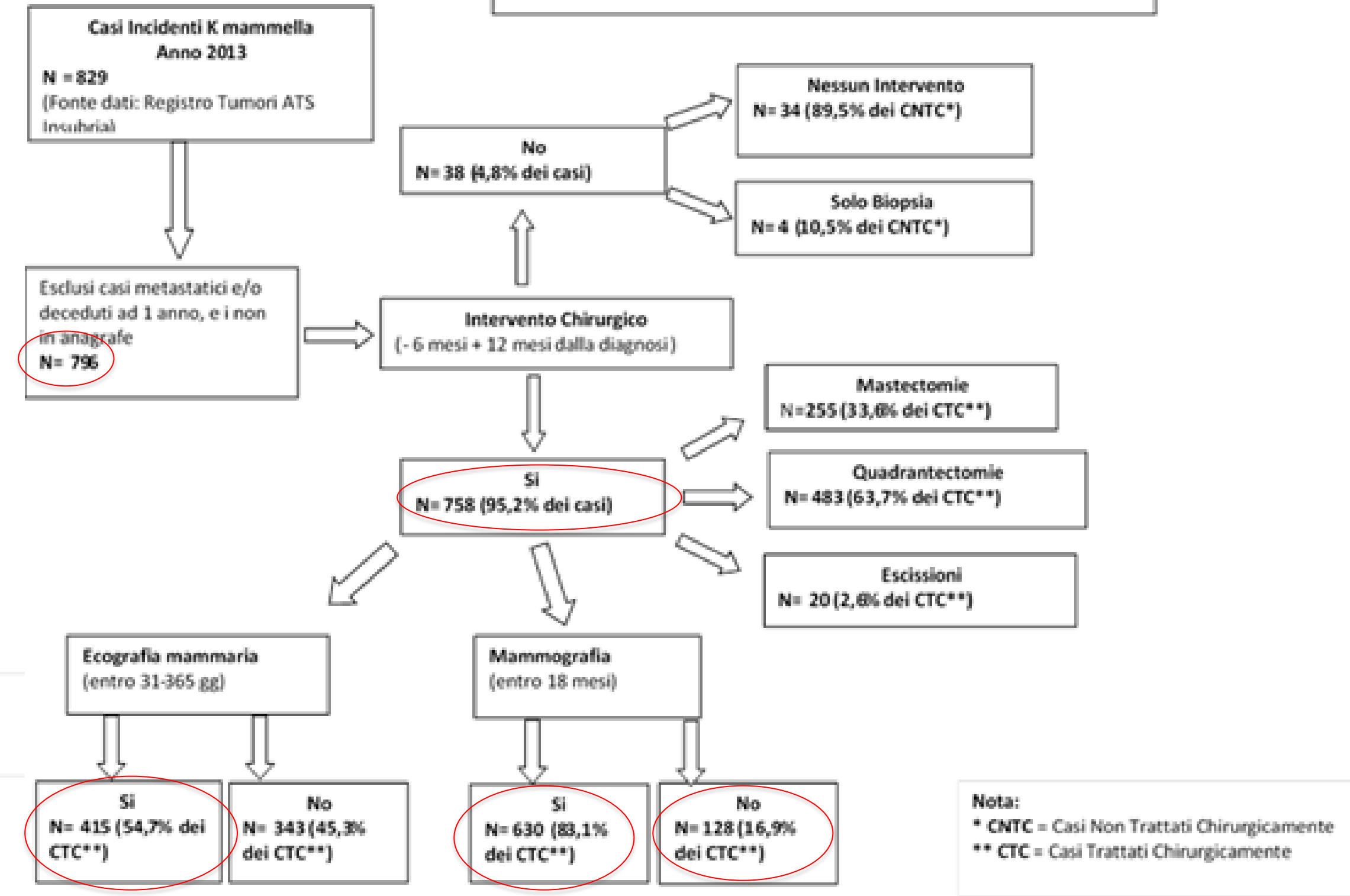
***prestazione non consigliata, come esame routinario, dalle linee guida nazionali ed internazionali nel follow up delle donne trattate per neoplasia mammaria**

Risultati

FLOW CHART DEI CASI INCIDENTI DI TUMORE DELLA MAMMELLA TRATTATI CHIRURGICAMENTE E RELATIVO FOLLOW UP CON MAMMOGRAFIA ED ECOGRAFIA - ANNO 2009



FLOW CHART DEI CASI INCIDENTI DI TUMORE DELLA MAMMELLA TRATTATI CHIRURGICAMENTE E RELATIVO FOLLOW UP CON MAMMOGRAFIA ED ECOGRAFIA - ANNO 2013



Risultati in sintesi

	Coorte 2005-2009	Coorte 2009-2013
Casi incidenti	3.636	4.031
Stima donne operate (% da anno indice)	3.017 (87,5%)	3.686 (95,2%)
Stima degli anni-donna sopravvivenenti nel periodo (% di sopravvivenza considerata nel periodo*)	13.887 (85%)	17.146 (87%)
Stima ecografia post intervento (% da anno indice)	8.423 (60,7%)	9.338 (54,7%)
Stima N* prestazioni inappropriate	5.646	5.958
Stima costo prestazioni inappropriate €	264.233	278.834

Anno **2009**: ecografie post intervento = **60,7%** (N=387)

Anno **2013**: ecografie post intervento = **54,7%** (N=415)

Numero di ecografie post intervento in calo in termini assoluti

MA

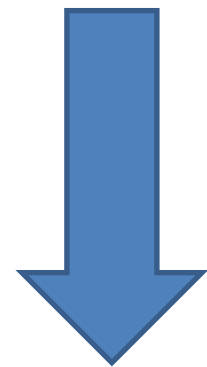
prestazioni inappropriate mostrano un aumento del **+5,5%** con una

conseguente **spesa economica evitabile** pari a **€ 278.834**.

2-VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA SULL'EFFICACIA DELLO SCREENING MAMMOGRAFICO

PUNTI DEL PROTOCOLLO:

1. donne invitate allo screening 2004-2017
2. età 50-69 anni
3. valutazioni su: aderenza, riduzione della mortalità, tasso di ricovero e incidenza per tumore alla mammella
4. fonti dati: db screening, anagrafica assistiti, registri mortalità e tumori, flusso sdo



292.606 DONNE INCLUSE

ADESIONE:

ATS 65%, Sette Laghi 62,8%,
Valle Olona 68,6% Lariano 63,1%

Aderenza aumenta con l'età e picco tra
55-59 anni

PRINCIPALI RISULTATI



EFFETTI SULL'OUTCOME:

rischio relativo delle donne aderenti vs
non aderenti **RISULTA PROTETTIVO** per:

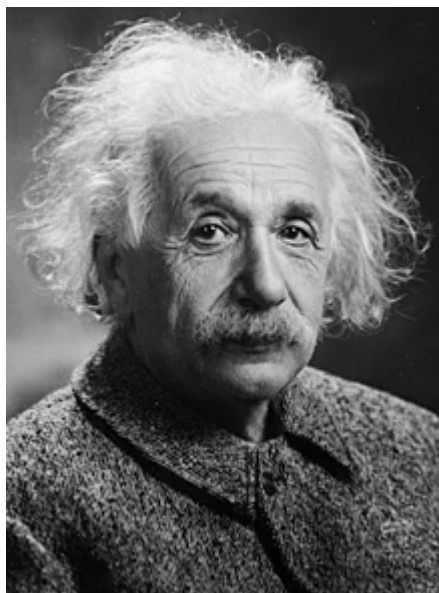
- tasso di incidenza per tumore
- tasso di ricovero per tumore
- tasso di mortalità generale
per tumore

IN 14 ANNI SI SONO STIMATI 846 DECESSI EVITATI ED UNA
DIMINUZIONE DELLA MORTALITÀ GENERALE DEL 14%



Ernest Amory Codman (30 dicembre 1869 – 23 novembre 1940)

«Mi definisco eccentrico perché dico in pubblico che gli ospedali, se vogliono migliorare, devono misurare i loro risultati. Devono analizzare i loro risultati per scoprire i loro punti deboli. Devono confrontare i loro risultati con quelli di altri ospedali.... Queste opinioni non saranno più eccentriche tra pochi anni (1917)»



Albert Einstein (14 marzo 1879 – 18 aprile 1955)

«Non tutto ciò che può essere misurato conta e non tutto ciò che conta può essere misurato»

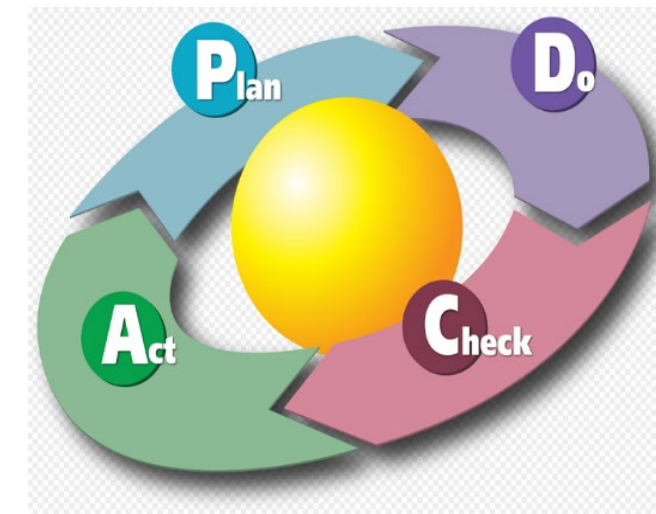


William Edwards Deming (14 ottobre 1900 – 21 dicembre 1993)

«Di Dio ci fidiamo. Tutti gli altri portano dati»

- ✓ **Analisi della varianza (ANOVA)**
- ✓ **Test di ipotesi**

- ✓ **Ciclo di Deming:**
Plan/Do/Check/Act
(Pianifica, Agisci, Valuta, Intervieni)



.....grazie per l'attenzione!