



Oncologia in Toscana: monitorare i percorsi e accogliere l'innovazione

CONVEGNO
15 NOVEMBRE 2019
SALONE DELLE ROBBIANE - VILLA LA QUIETE
VIA DI BOLDRONE 2 - FIRENZE

Organizzato da ARS Toscana e ISPRO



LA VALUTAZIONE DI APPROPRIATEZZA NEI PERCORSI ONCOLOGICI

Angela S. Ribecco

*Dipartimento Oncologico- Azienda USL Toscana Centro
SOS Oncologia Medica Osp. S. Giovanni di Dio- Firenze*



Ministero della salute

- La definizione di **criteri di appropriatezza** in oncologia sulla base delle evidenze di letteratura e di conseguenti Linee guida è la base per l'**omogeneizzazione** delle prestazioni sanitarie su tutto il territorio nazionale.
- Il risultato finale di questo processo dovrebbe indurre non solo un **miglioramento degli standard assistenziali**, ma anche un **migliore utilizzo e razionalizzazione delle risorse disponibili**, con una complessiva riduzione della spesa sanitaria per prestazioni diagnostiche e terapeutiche superflue .

SSN e appropriatezza

Tecnico-professionale

- Prescrizione di **terapie di provata efficacia** (livelli di evidenza, analisi critica degli studi, valutazione dell'impatto sulla effettiva rilevanza clinica) e di adeguato indice terapeutico
- Prescrizione al **paziente adeguato** (personalizzazione della cura in funzione delle caratteristiche del tumore, del quadro clinico, del singolo paziente)
- **Timing adeguato** : giusta tempistica nell'ambito di una strategia terapeutica complessiva, giusta durata del trattamento

Organizzativa

- Utilizzazione della **giusta quantità di risorse** professionali , logistiche, tecnologiche a **parità di sicurezza ed efficacia terapeutica**
- Attivazione di **setting assistenziali differenziati in funzione del grado di complessità** dell'assistenza e del monitoraggio necessari (ricovero ordinario, diurno, DayService, ambulatorio)
- Razionalizzazione e standardizzazione della preparazione dei farmaci oncologici (UFA centralizzata, Drug Day ecc.)

Gestionale

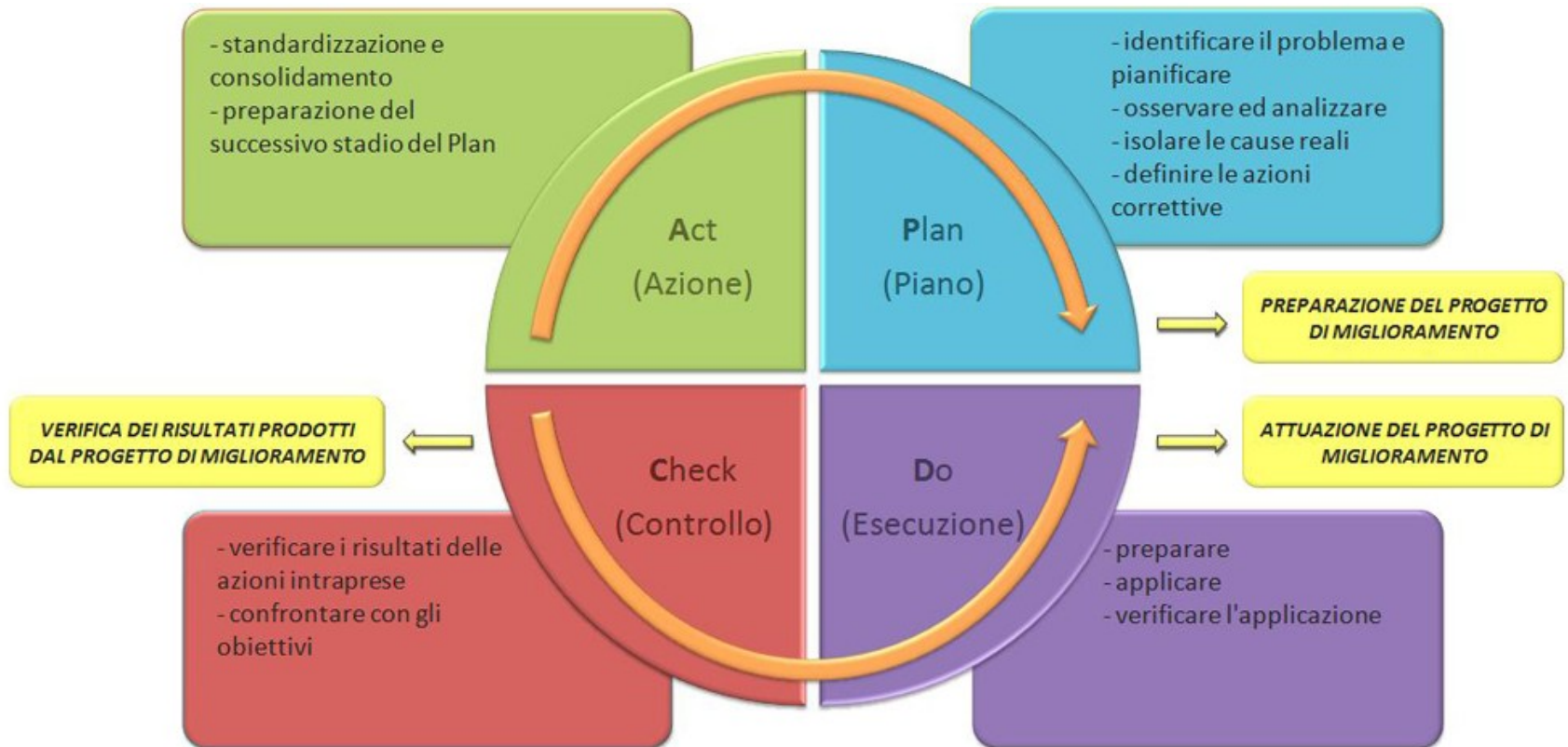
Governance di sistema e dei sistemi

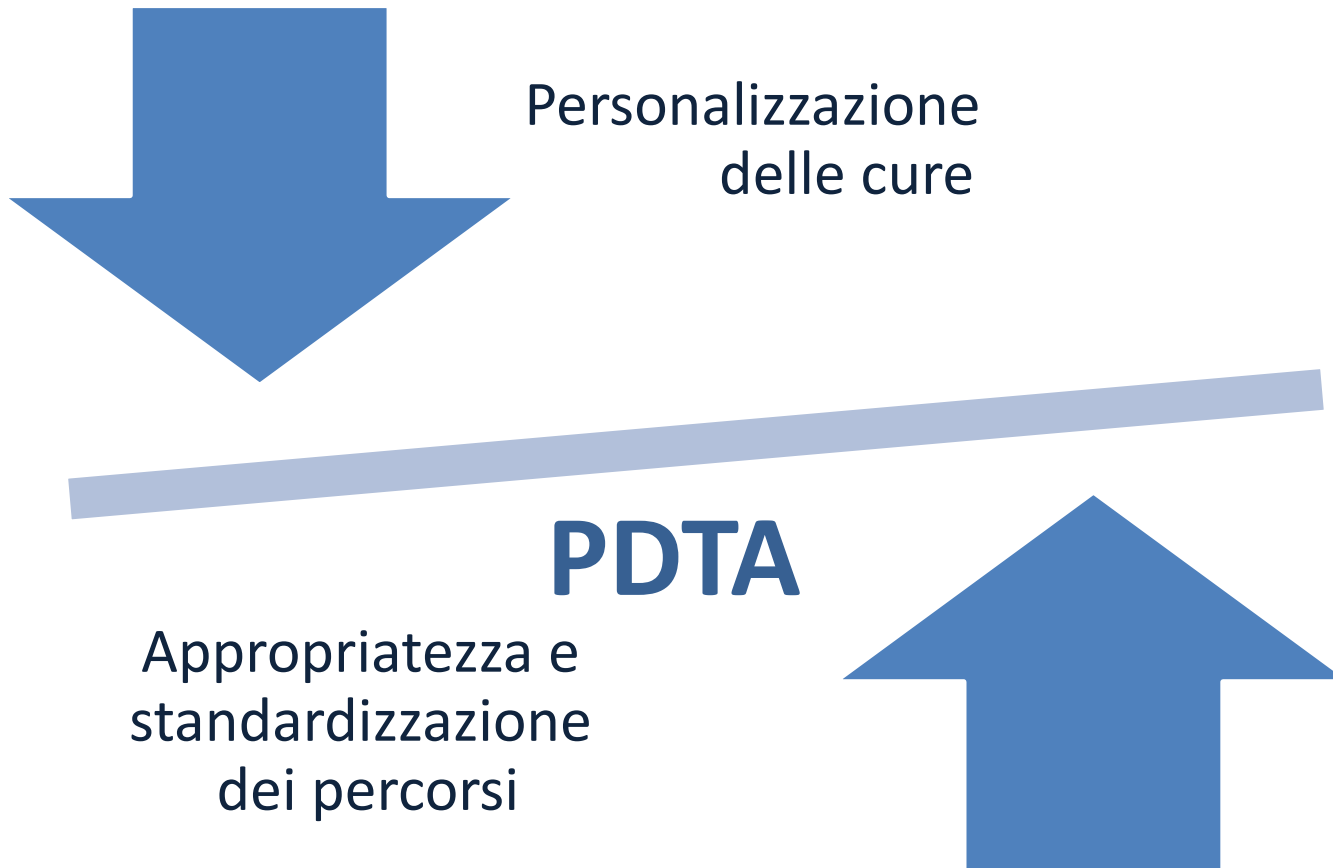
- **PDTA**
- **Dipartimentalizzazione**
- **Reti**

PDTA strumento di governo clinico

- Affrontare problemi e inefficienze legati alla **variabilità**
- Testare e/o implementare **l'adesione alle Linee Guida**
- Imparare a **misurare** risultati ed esiti
- Rendere sistematica **l'autovalutazione**
- Determinare i **“costi di produzione”** per patologia
- Analizzare i **costi evitabili**
- Monitorare **sicurezza** del paziente nel percorso

Analisi → Progettazione → Cambiamento → Monitoraggio





La misurazione dell'appropriatezza

Criteri per valutare la corretta individuazione degli indicatori

- **Rilevanza** (è la misura corretta della performances che vogliamo misurare)
- **Focus** (stiamo misurando esclusivamente quello che pensiamo di misurare)
- **Standardizzabilità** (i dati saranno sempre raccolti allo stesso modo chiunque faccia la misura)
- **Accessibilità** (è facile individuare e raccogliere i dati necessari per la misurazione)
- **Comprensibilità** (ci potrebbe essere un'ambiguità nell'interpretazione dei risultati)
- **Tempestività** (i dati possono essere disponibili con la rapidità e frequenza necessarie per l'azione)
- **Costo** (la misura vale il costo dell'informazione)
- **Interpretabilità** (la misura può incoraggiare comportamenti indesiderati)

La misurazione dell'appropriatezza: gli indicatori

Per ogni indicatore è necessario definire:

- Descrizione (significato dell'indicatore)
- Unità di misura
- Valore attuale
- Target di riferimento
- Responsabilità nella raccolta dei dati

Caratteristiche o attributi degli indicatori

a) Metodologiche

- **Riproducibile** (preciso, affidabile, attendibile, ripetibile, costante). Ridotta variabilità tra ed entro osservatori
- **Accurato**. La rilevazione è priva di errori sistematici; il valore ottenuto corrisponde alla realtà o vi è vicino. Si misura come sensibilità, specificità, rapporti di verosimiglianza, valori predittivi
- **Sensibile al cambiamento**. Qui il termine significa che l'indicatore è capace di evidenziare i cambiamenti del fenomeno nel tempo e nello spazio (tra centri o soggetti diversi)
- **Specifico per il fenomeno indagato**. Se questo è la qualità professionale, qui il termine significa che l'indicatore è poco influenzato da fattori estranei alla qualità stessa.

b) Legate alla utilità

c) Legate alla modalità di rilevazione

- **Pertinente**. Misura il fenomeno che si intende misurare. Se mancano indicatori veramente pertinenti, si possono usare indicatori "approssimati" o indiretti (ad es. mortalità invece di morbilità; giornate di degenza anziché costi)
- **Scientificamente fondato**. Per un indicatore di processo professionale, basato su buone evidenze sul collegamento tra il processo in esame e gli esiti; per un indicatore di esito, riguardante esiti influenzabili dagli interventi in esame
- **Inserito in un modello decisionale**. Valori diversi dell'indicatore dovrebbero comportare scelte diverse. A questo scopo è opportuno che sia accompagnato da una soglia
- Facilmente **comprensibile**
- **Semplice**, non inutilmente complesso.

- **Completo**. La rilevazione avviene in tutti o quasi gli eventi o soggetti su cui si è deciso di indagare. Si può trattare anche solo di un campione, che ovviamente dovrebbe essere rappresentativo
- **Facilmente rilevabile e calcolabile**
- **Poco costoso da rilevare e d analizzare**
- **Tempestivo**. Rilevabile e rilevato in tempo per le decisioni

Gli obiettivi del progetto E.Pic.A

E.Pic.A → Appropriatazza Economica del
Percorso Integrato di Cura

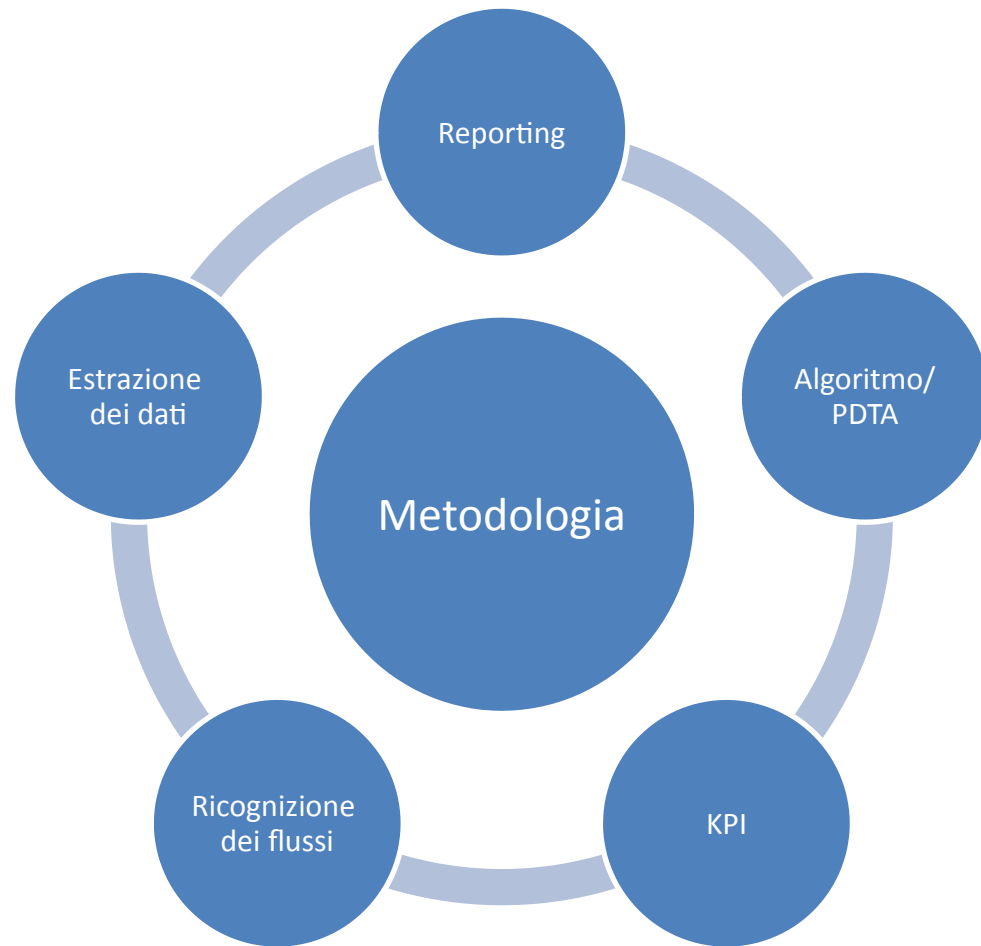
Gli indicatori individuati sulla base dei percorsi oncologici del tumore della mammella e del colonretto, sono riferiti alla diagnostica, ai tempi dei diversi trattamenti, alle complicanze.

Pertanto l'obiettivo primario è la riduzione dell'inappropriatezza clinica ed economica, attraverso l'analisi della variabilità, il confronto tra le diverse realtà regionali, i volumi di attività.

In Toscana il progetto ha intercettato temporalmente:

- la riforma della sanità regionale avviata nel 2015
- l'istituzionalizzazione regionale ed aziendale dei GOM (Gruppi Oncologici Multidisciplinari)
- la dipartimentalizzazione
- la costruzione ed adozione di PDTA regionali , la contestualizzazione degli stessi a livello aziendale e di area vasta
- i processi di centralizzazione della casistica in particolare per i tumori della mammella (Breast Unit , Centri di Senologia) e dei percorsi chirurgici per particolari patologie

E.Pic.A.



TUMORE DEL COLON E DEL RETTO

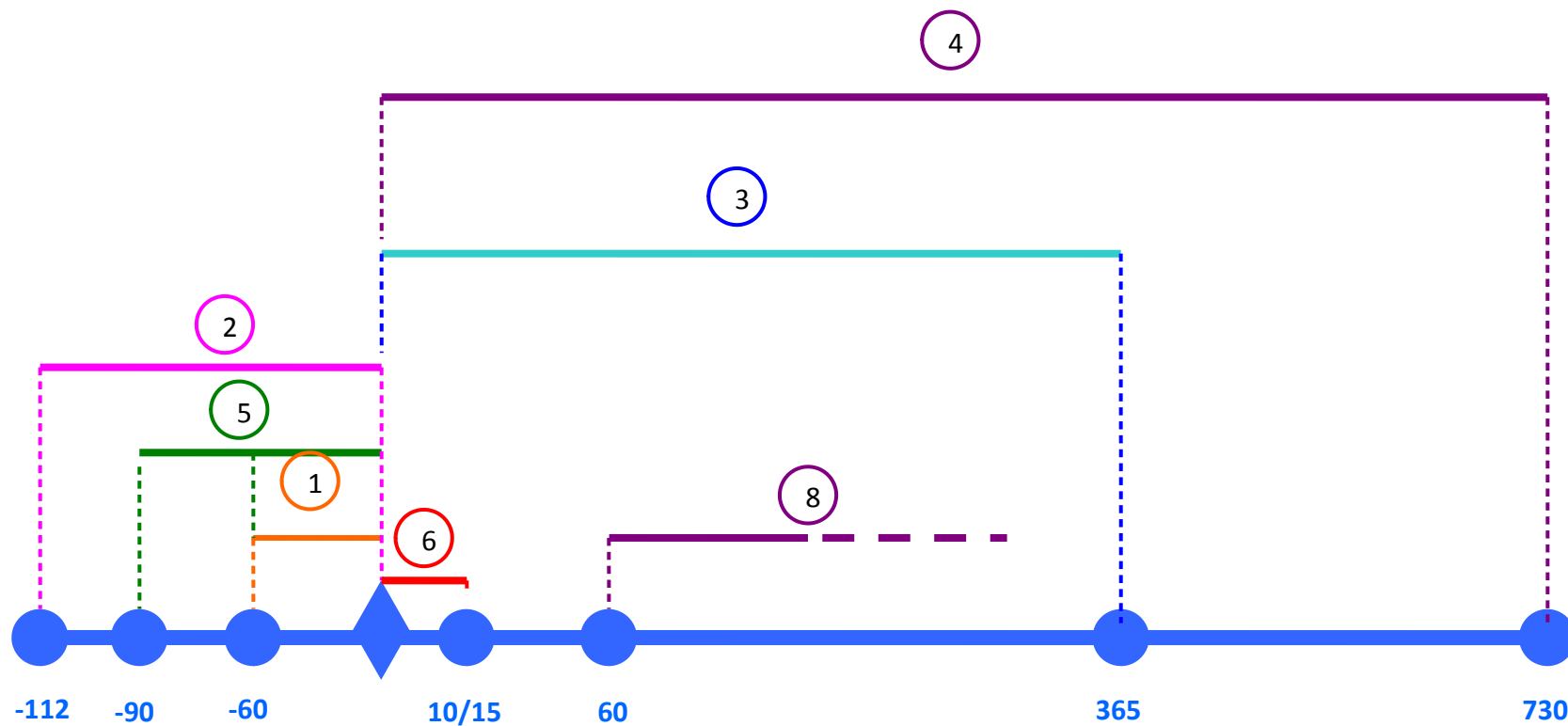
INDICATORI

- **KPI1**
% di pazienti che hanno eseguito nei 60 giorni precedenti l'intervento ch. Almeno un esame diagnostico di PET o scintigrafia ossea
- **KPI2**
% di pazienti con carcinoma del retto che hanno eseguito nei 112 giorni precedenti l'intervento ch. almeno un esame diagnostico di RMN pelvica o eco transrettale o TAC
- **KPI3a**
% di pazienti che hanno eseguito almeno una colonscopia nei 365 giorni successivi l'intervento di carcinoma del colon
- **KPI3b**
% di pazienti che hanno eseguito più di una colonscopia nei 365 giorni successivi l'intervento di carcinoma del colon
- **KPI4a**
% di pazienti che eseguono più di tre volte l'anno lo stesso marcatore tumorale (CEA o CA19.9) nell'anno successivo l'intervento
- **KPI4b**
% di pazienti che eseguono almeno una volta entrambi i marcatori tumorali (CEA e CA19.9), nei due anni successivi l'intervento
- **KPI5**
% di pazienti con biopsia e tempo intervento ch. Di 60 giorni o 90 giorni se candidati o meno a terapia neoadiuvante
- **KPI6**
% di pazienti con durata degenza oltre 15 giorni se DRG complicato oppure oltre 10 giorni se DRG non complicato
- **KPI6a**
% di pazienti con durata degenza oltre 15 giorni se DRG complicato
- **KPI6b**
% di pazienti con durata degenza oltre 10 giorni se DRG non complicato
- **KPI7**
% di pazienti con reintervento successivo all'intervento indice, all'interno della stessa SDO
- **KPI8**
% di pazienti che iniziano la terapia adiuvante entro 56 giorni dal trattamento chirurgico

VALORI DI RIFERIMENTO

- → 0%
- → 100%
- → 100%
- → 0%
- ≤ 5%
- → 100%
- ≤ 10%
- ≤ 5%
- → 100%

Intervalli temporali dei KPI



Coorte 2017

Casi incidenti RT:

tot 1770
colon 1305
retto 465

Casi incidenti AV centro:

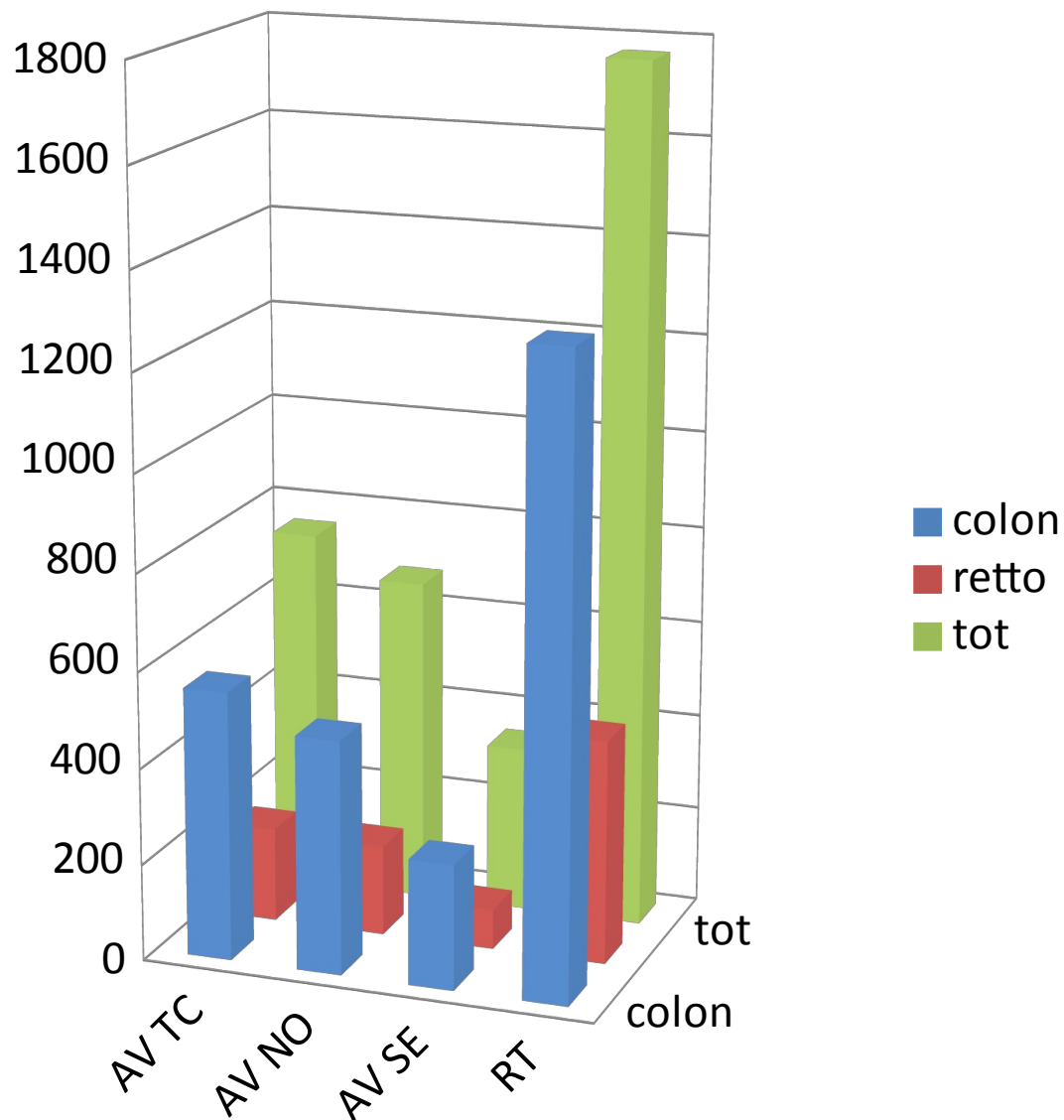
tot 753
colon 558
retto 195

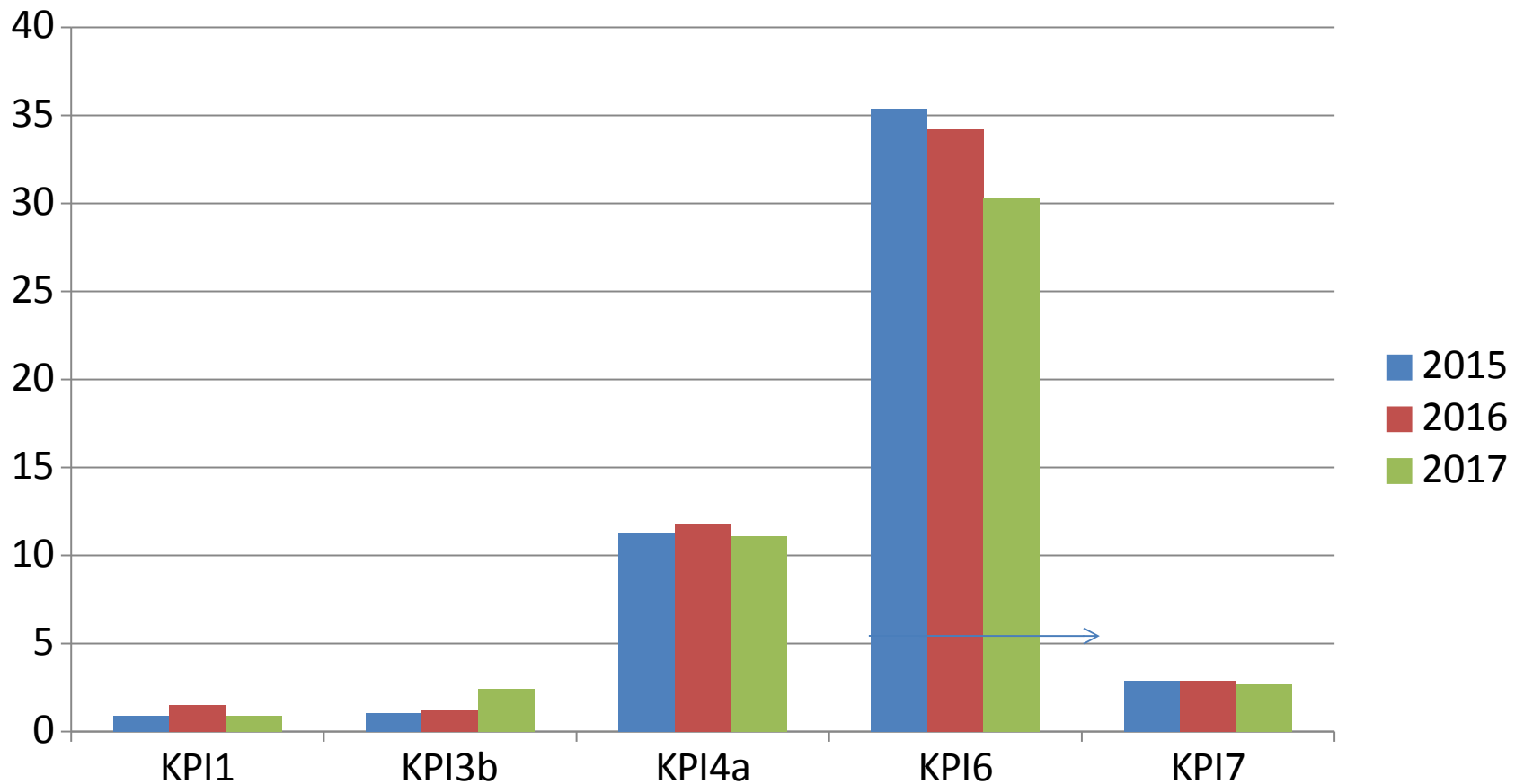
Casi incidenti AV nord ovest:

tot 673
colon 486
retto 187

Casi incidenti AV sud est:

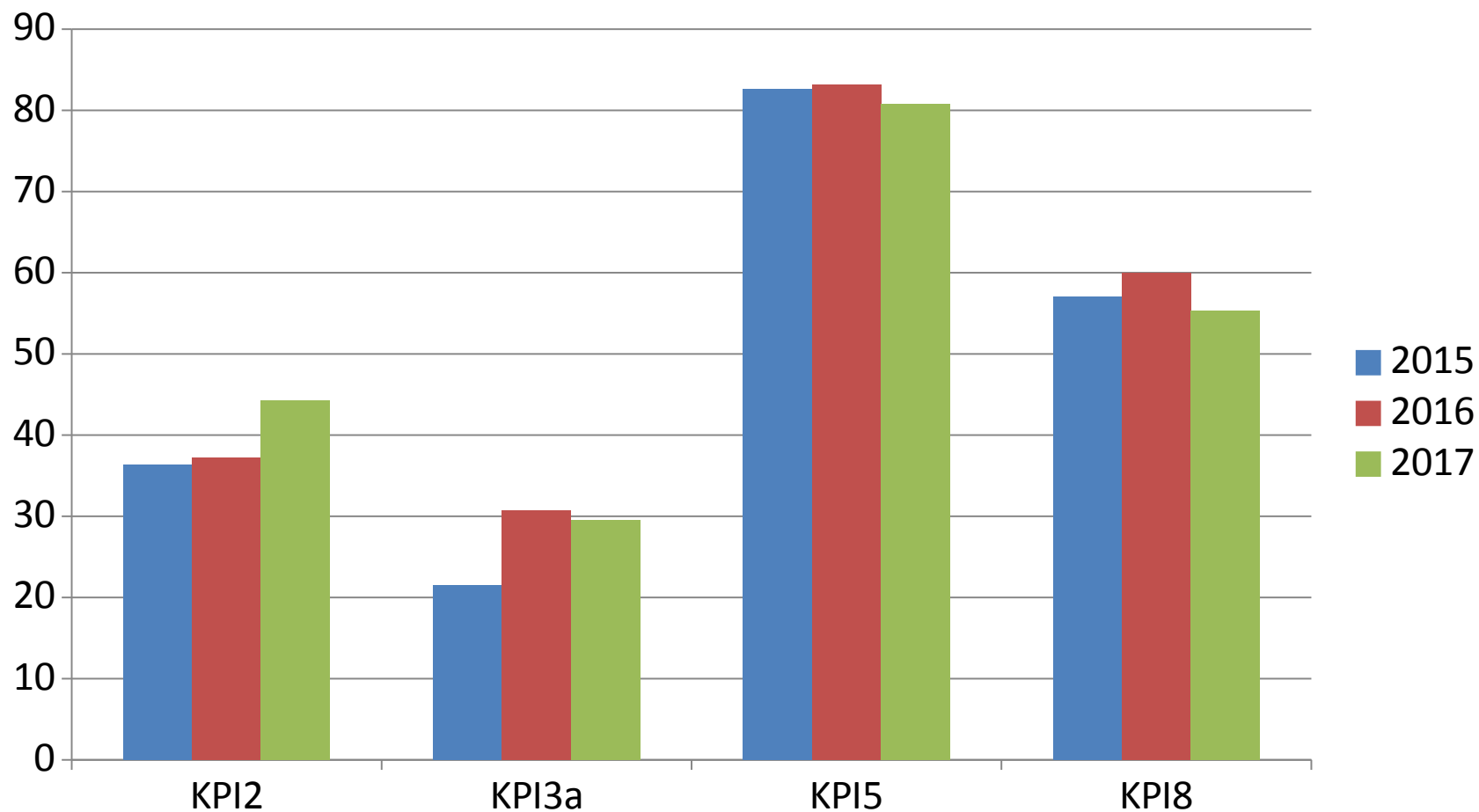
tot 344
colon 261
retto 83





Valore di riferimento: KPI1 (stadiaz.), 3b(f.up endosc), →0% KPI4a (marcatori) e 6 (durata deg)→10% KP7 (reinterv)→5%.

Andamento stabile nel tempo.



VALORI DI RIFERIMENTO → 100%. KPI 2 stadiaz.prechir (preosp). KPI3a f.up endosc; KPI5 temp. Interv; KPI8 temp. CT adj

KPI - 2

- Percentuale di pazienti che hanno eseguito nei 112 giorni precedenti l'intervento chirurgico per tumore al retto almeno un esame diagnostico di RMN pelvica o ecografia transrettale

RT 44,3%



ESAMI ESEGUITI IN PREOSPEDALIZZAZIONE NON RILEVABILI

KPI 8

- % di pazienti che iniziano la terapia adiuvante entro 56 giorni dal trattamento chirurgico

RT 55,3%



- verosimile difformità di rendicontazione ;
- scarsa tracciabilità in setting assistenziali diversi dal ricovero (day service);
- criticità nelle tempistiche della refertazione istologica
- aumento della complessità degli esami propedeutici alla chemioterapia

TUMORE DELLA MAMMELLA

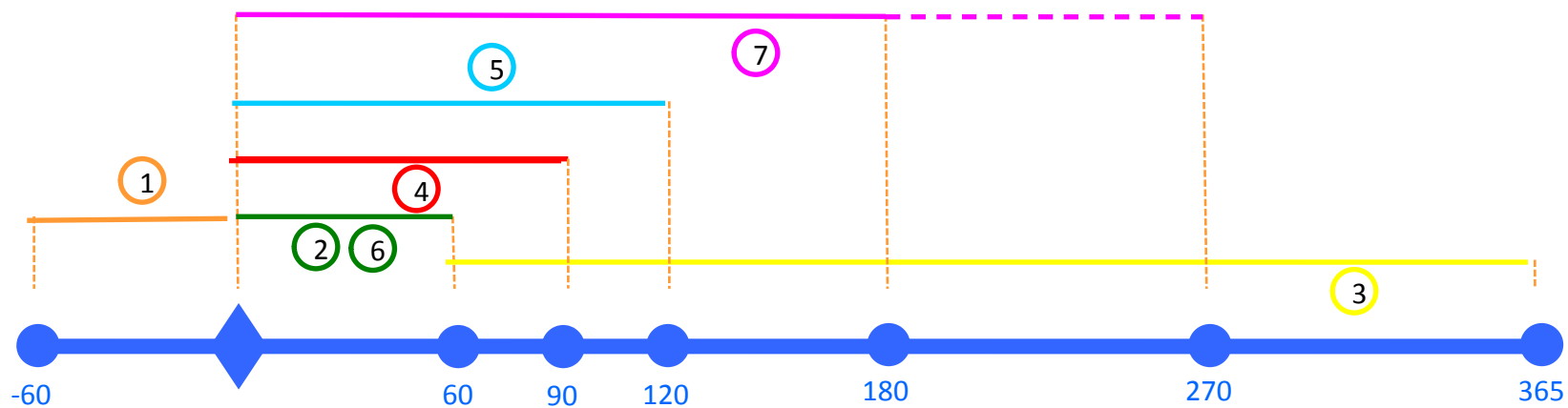
INDICATORI

- **KPI1**
% di pazienti che nei 60 giorni pre intervento hanno eseguito uno tra i seguenti accertamenti: ECO epatica, TAC, risonanza, scintigrafia ossea, PET
- **KPI2**
% di pazienti che nei 60 giorni post intervento hanno eseguito uno tra i seguenti accertamenti: ECO epatica, TAC, risonanza, scintigrafia ossea, PET
- **KPI3**
% di pazienti che a partire da 60 giorni dall'intervento e fino a 365 giorni hanno eseguito uno tra i seguenti accertamenti: TAC, risonanza, scintigrafia ossea, PET
- **KPI4a**
% di pazienti che ricevono intervento di ricostruzione mammaria in intervento successivo alla mastectomia entro 3 mesi
- **KPI4b**
% di pazienti che ricevono intervento di svuotamento ascellare in intervento successivo alla mastectomia entro 3 mesi
- **KPI5**
% di pazienti che ricevono un reintervento entro 120 giorni da intervento chirurgico conservativo
- **KPI6a**
% di pazienti che iniziano la terapia adiuvante (chemioterapia) entro 60 giorni dal primo intervento
- **KPI6b**
% di pazienti che iniziano la terapia adiuvante (ormonoterapia) entro 60 giorni dal primo intervento
- **KPI7**
% di pazienti con resezione parziale che avviano il trattamento radioterapico entro 180 giorni dall'intervento chirurgico (se senza terapia adiuvante) oppure 270 giorni (se con terapia adiuvante)

VALORI DI RIFERIMENTO

- $\leq 5\%$
- $\leq 5\%$
- $\leq 5\%$
- $\rightarrow 0\%$
- $\rightarrow 0\%$
- $\rightarrow 100\%$
- $\rightarrow 100\%$

Intervalli temporali dei KPI



Coorte 2017

Casi incidenti RT :

tot 3505

Casi incidenti AV centro:

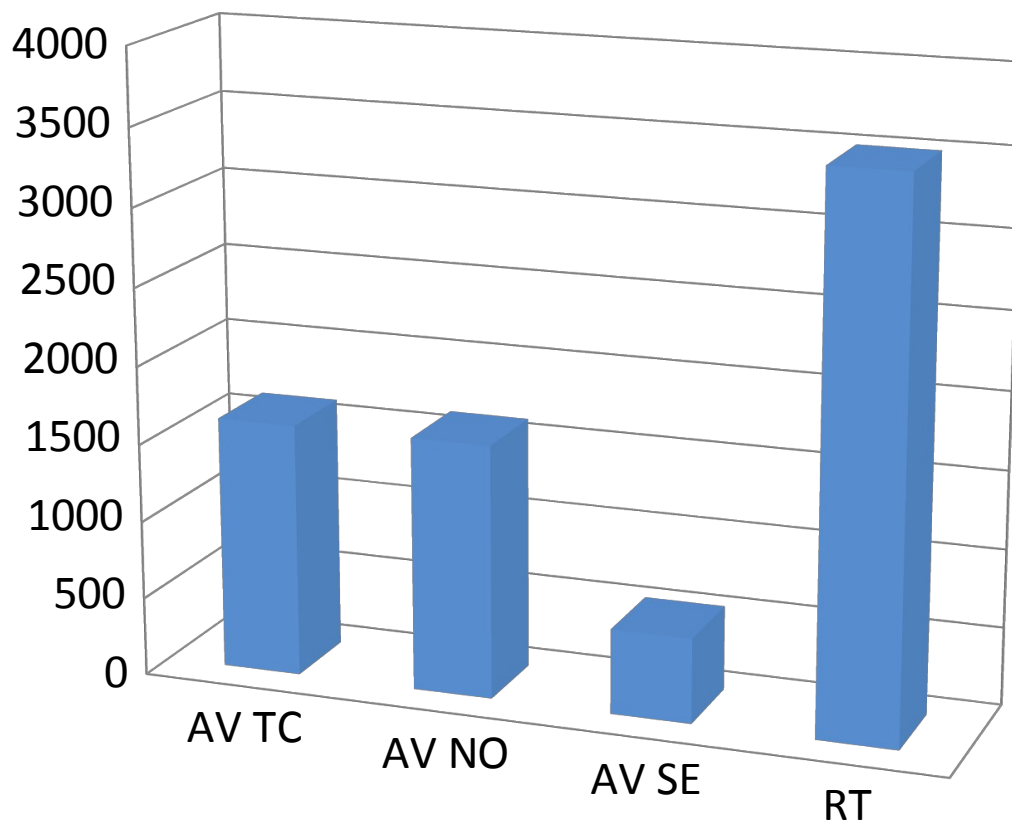
tot 1624

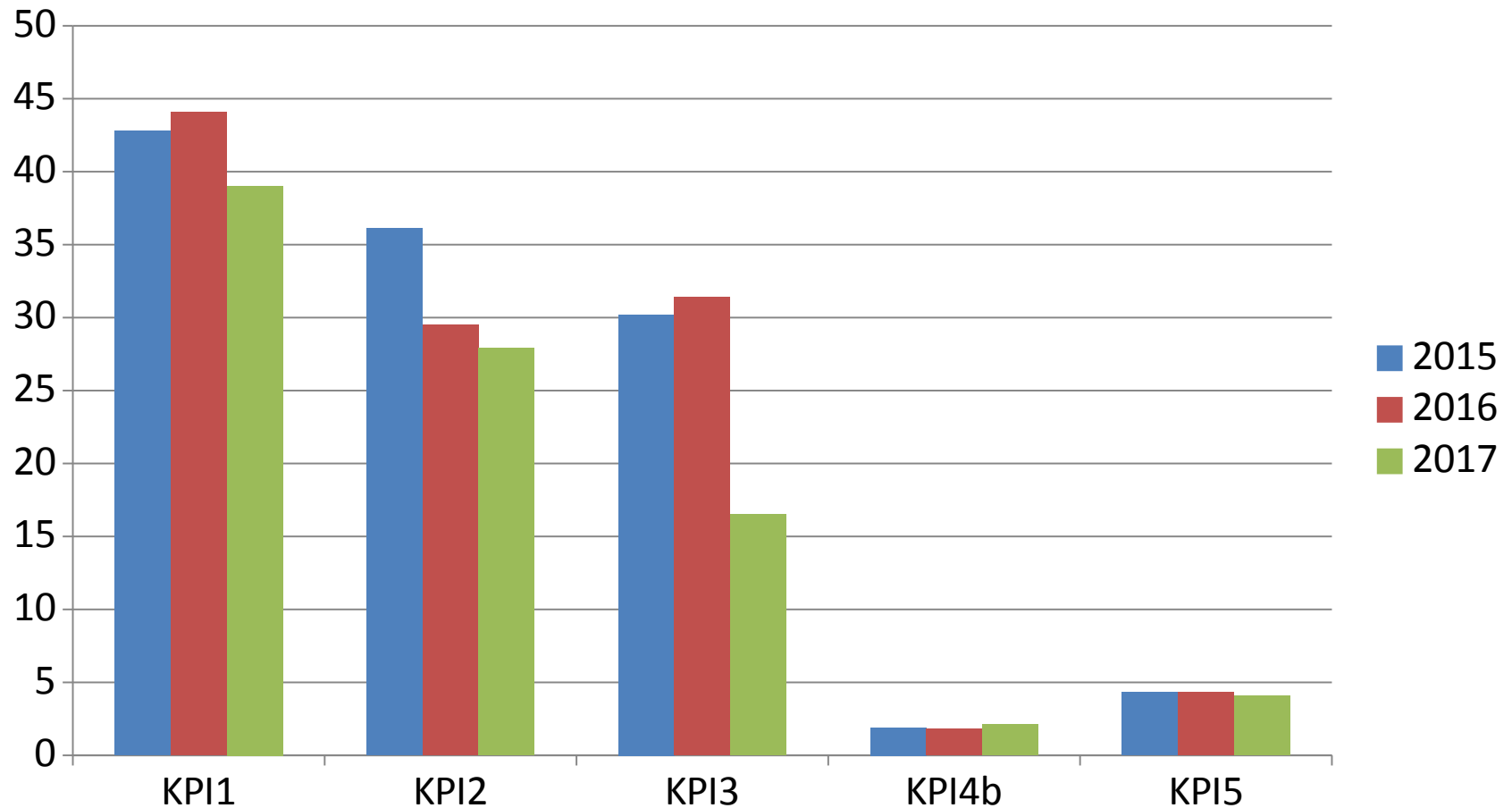
Casi incidenti AV nord ovest:

tot 1336

Casi incidenti AV sud est:

tot 545





Valori rif < 5% KPI 1 e 2 stadiaz strum pre e post chir; KPI3 es strum f.up; *stati avanzati? stratif per classi di rischio ?* KPI 4b svuot asc entro 3 mesi post mastect In sent?; KPI 5 reinterv entro 120 gg



Valori rif → 100% KPI6A inizio ct adj entro 60 gg; KPI7 RT entro 180 gg

Punti di forza:

- Confronto tra diverse realtà regionali
- Misurazione di snodi critici del percorso oncologico
- Indicatori sia clinici che economici

Punti di debolezza:

- Disomogeneità della tracciabilità delle prestazioni
- Rilevazione dei dati da flussi standard (SDO, SPA)
- Disomogeneità dei setting assistenziali in cui vengono erogate le prestazioni (stadiazione nell'ambito della preospedalizzazione, trattamenti adiuvanti in regime di Day Service la cui tracciabilità non è regolamentata a livello regionale)
- Rapida evoluzione organizzativo-gestionale del SSR e difficoltà di rappresentarlo nell'ambito delle rilevazioni



REGIONE TOSCANA

DIREZIONE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

SETTORE QUALITA' DEI SERVIZI E RETI CLINICHE

Responsabile di settore: MECHI MARIA

Incarico: DECR. DIRIG. CENTRO DIREZIONALE n. 5705 del 30-11-2015

Decreto non soggetto a controllo ai sensi della D.G.R. n. 553/2016

Numero adozione: 3823 - Data adozione: 19/03/2019

Oggetto: Rete Oncologica Regionale - Approvazione Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali: Polmone, Mammella, Colon-retto, Prostata



Percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali
Tumori del polmone



Percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali
Tumori della mammella

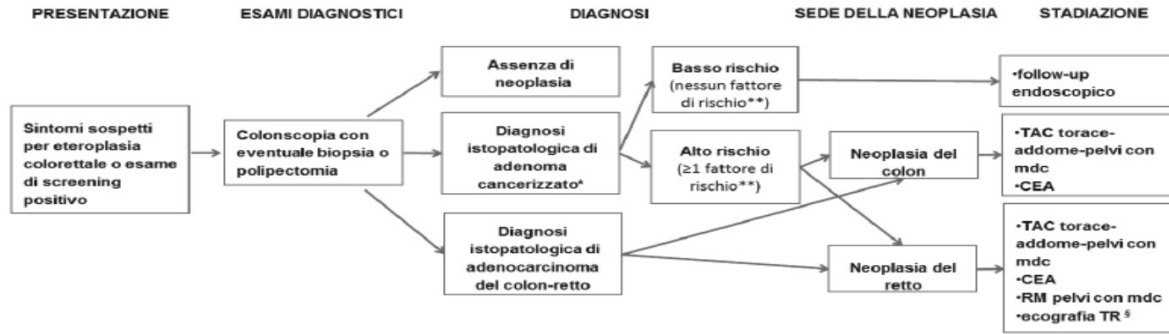


Percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali
Tumori del colon-retto



Percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali
Adenocarcinoma della Prostata

DIAGNOSI E STADIAZIONE

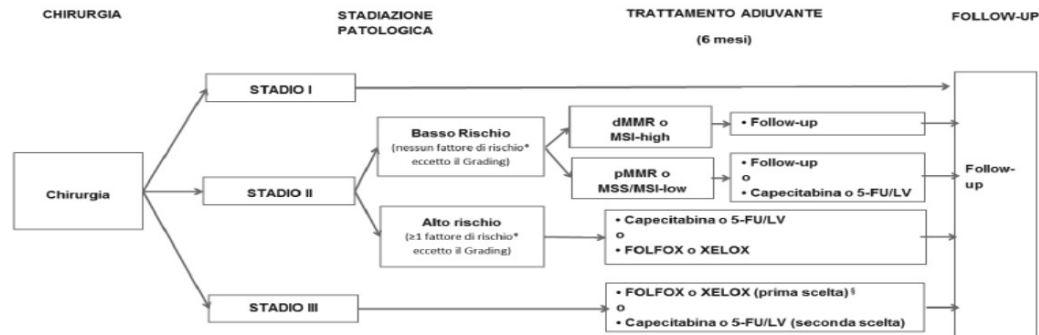


*rivalutare il caso da un secondo operatore all'interno dello stesso servizio di anatomia

**fattori di rischio: margine di resezione (positivo o <1mm vs ≥1mm), invasione linfovascolare (presente vs assente), grado di differenziazione (G1-2 vs G3-4), tumor budding (assente o basso grado vs presente o alto grado), grado di infiltrazione della sottomucosa sec. Kikuchi [in caso di polipo sessile] (sm1 vs sm2 o sm3)

§ negli stadi iniziali cT1-2 e nei tumori del retto basso (esame complementare alla RM pelvica)

TERAPIA ADIUVANTE DEL TUMORE DEL COLON E DEL RETTO INTRAPERITONEALE



*fattori di rischio: pT4, G3-4, <12 linfonodi asportati, esordio in occlusione/perforazione, invasione vascolare/linfatica/perineurale;

§ La durata della terapia dovrebbe essere di 6 mesi; valutare eventuale riduzione a 3 mesi in base a tossicità, rischio e tipo di fluoropirimidina utilizzata.

Indicatori

- Esecuzione RM pelvica con mdc preoperatoria in caso di tumori del retto;
- Esecuzione RM epatica con mdc epato-specifico al momento della diagnosi nei pazienti con metastasi epatiche resecate.

Indicatori

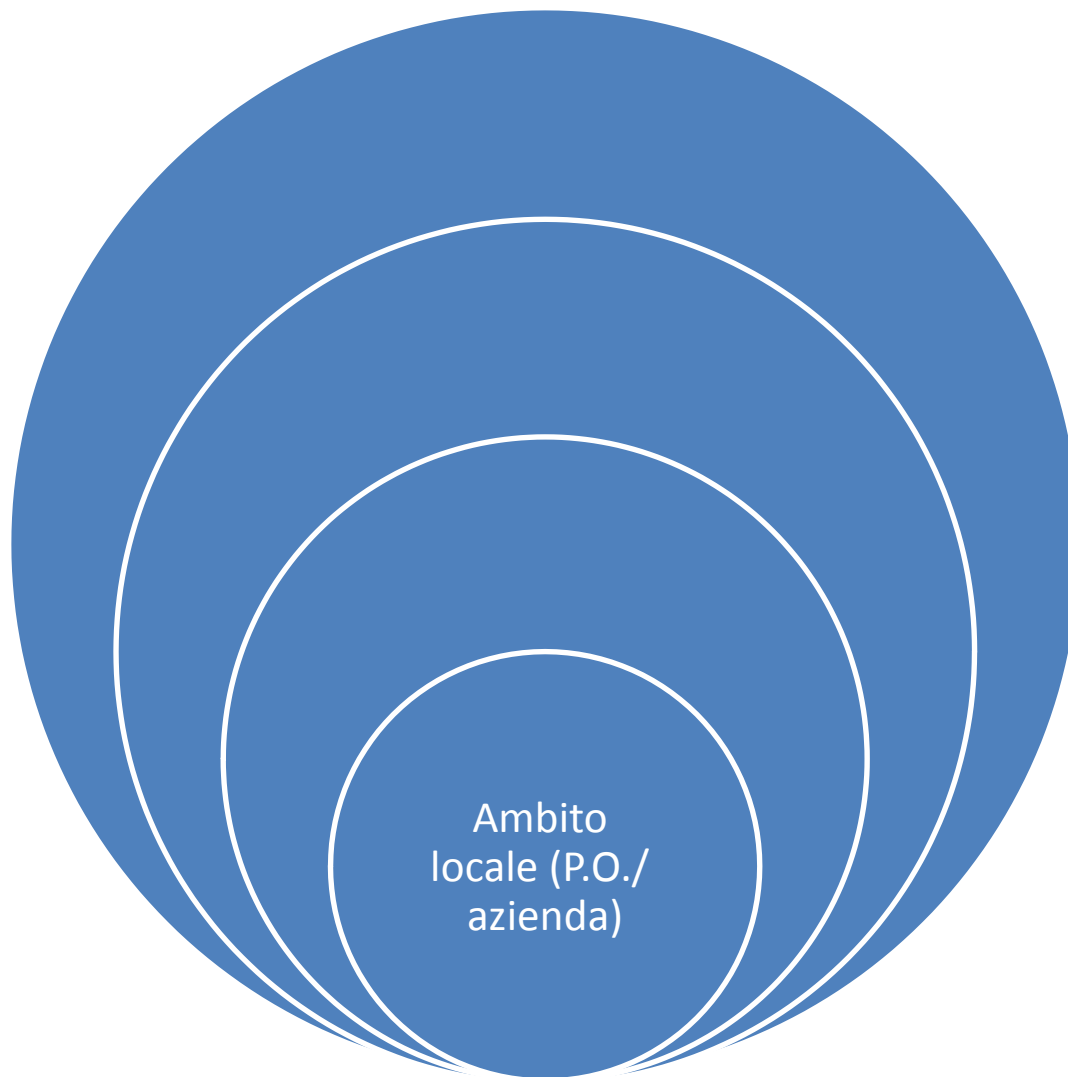
- Tempo tra la diagnosi e l'intervento chirurgico [compresa stadiazione] (≤ 1 mese versus > 1 mese);
- Tempo tra l'intervento chirurgico e la refertazione istopatologica (≤ 1 mese versus > 1 mese);
- N. linfonodi asportati (< 12 linfonodi versus ≥ 12 linfonodi);
- Margini R0;
- Assenza di infiltrazione del margine circonfenziale e distale (nei tumori del retto);
- Integrità del mesoretto (nei tumori del retto).

Indicatori

- N° di settimane che intercorrono fra l'intervento e l'inizio della CT (≤ 8 settimane versus > 8 settimane).

DIREZIONI FUTURE

- Sviluppo e contestualizzazione dei PDTA regionali a livello aziendale e di AV
- Implementazione dei GOM sia nelle funzioni di coordinamento del percorso attraverso Aiuto Point e CORD, sia nello sviluppo e valutazione dei PDTA
- Necessità di informatizzazione che consenta una omogenea tracciabilità delle prestazioni e una standardizzazione dei setting assistenziali
- Diffusione dei risultati delle analisi e implementazione delle azioni di miglioramento promosse nei diversi livelli istituzionali





Oncologia in Toscana: monitorare i percorsi e accogliere l'innovazione

CONVEGNO

15 NOVEMBRE 2019

SALONE DELLE ROBBIANE - VILLA LA QUIETE

VIA DI BOLDRONE 2 - FIRENZE

Organizzato da ARS Toscana e ISPRO



Grazie per l'attenzione