

Ottimizzazione dei percorsi di cura in oncologia: il progetto Val.Pe.ROC della Regione Campania

A colloquio con **Francesco Schiavone**

Professore Ordinario in Economia e Gestione delle Imprese e Direttore scientifico del VIMASS Lab (Valore, Innovazione, Management e Accesso nei Sistemi Sanitari), Dipartimento di Studi Aziendali e Qualitativi (DISAQ), Università degli Studi di Napoli 'Parthenope'

La Valutazione del Percorso della Rete Oncologica Campana (Val.Pe.ROC) è un progetto nato grazie alla cooperazione tra il Dipartimento di Studi Aziendali e Quantitativi dell'Università degli Studi di Napoli 'Parthenope' e l'Istituto Nazionale Tumori 'Fondazione Pascale'. Con quali finalità?

Val.Pe.ROC, fortemente voluto dai dottori Attilio Bianchi, direttore generale dell'Istituto Nazionale Tumori Fondazione Pascale, e Sandro Pignata, responsabile scientifico della Rete Oncologica Campana, rappresenta non solo un progetto di ricerca interdisciplinare ma, in senso più ampio, uno strumento in grado di contribuire alla riduzione del grande gap del nostro Sistema Sanitario Regionale, costituito dalla migrazione passiva dei pazienti campani verso altre regioni, con tutte le implicazioni – di natura sociale ed economica – che questo fenomeno complesso e profondo purtroppo genera.

Questo progetto di ricerca è nato quindi con il chiaro intento, da parte delle istituzioni che lo hanno promosso, di contribuire alla cultura della valutazione della performance nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale. In particolare, il Progetto Val.Pe.ROC – che, a detta di tutti gli stakeholder e degli interlocutori con cui ho avuto il piacere di interagire negli ultimi tre anni, si sta distinguendo per essere un esperimento intellettuale molto innovativo sia per i contenuti sia per le metodologie – ha l'obiettivo di monitorare, secondo un approccio multidisciplinare e multidimensionale, i percorsi della rete oncologica campana. Questo monitoraggio avviene tramite una misurazione e una valutazione dei costi e delle risorse allocate, nonché dei tempi in cui viene gestito il percorso del paziente (il classico *patient journey*), così da misurare anche il dato di soddisfazione dell'utenza (sia del paziente sia del caregiver) rispetto alle cure e ai servizi ricevuti.

La tempestività nell'accesso alla rete oncologica è essenziale perché un paziente possa essere adeguatamente assistito. Sulla base dei vostri studi cosa sta funzionando e cosa dovrebbe essere migliorato nella Rete Oncologica Campana?

Il 31 marzo scorso abbiamo divulgato i risultati della terza rilevazione condotta dal nostro team interdisciplinare di ricerca. Abbiamo analizzato i dati a nostra disposizione su un universo complessivo di oltre 2000 pazienti.

Sicuramente un aspetto estremamente confortante – io direi uno dei fiori all'occhiello della Rete Oncologica Campana – è l'elevatissimo grado di soddisfazione dell'utenza, che sfata il falso mito della cattiva percezione e della cattiva qualità del Servizio Sanitario Regionale. Questo è peraltro un risultato che, nel corso delle tre rilevazioni effettuate finora, si è mostrato sempre positivo, costituendo un tassello importante su cui poter basare il futuro della nuova strategia di crescita del Sistema Sanitario Regionale.

Un'altra caratteristica importante attestata dal nostro monitoraggio è l'elevato grado di multidisciplinarietà dei GOM – i Gruppi Oncologici Multidisciplinari –, che sono effettivamente composti nella gran parte dei casi da un'eterogeneità di competenze che corrisponde a una maggiore ricchezza di prospettive e quindi anche di spunti che ci permettono di poter valutare a 360 gradi un paziente oncologico.

Un altro dato emerso come punto di forza è la bassa percentuale di esami diagnostici inappropriati; se una bassa inappropriatazza significa anche un minore inutile dispendio di risorse del Sistema Sanitario Regionale, dal punto di vista economico questo è un risultato molto importante. Anche la bassa percentuale di esami effettuati durante il percorso diagnostico GOM esternamente alla struttura ospedaliera è un dato estremamente positivo, perché significa che una volta che il paziente oncologico campano è entrato nel percorso oncologico, ne è soddisfatto e quindi non abbandona la rete oncologica, ma si affida alle strutture della nostra Regione anche per il trattamento terapeutico. Questa è secondo me un'ulteriore certificazione della qualità del lavoro svolto dai professionisti della rete oncologica.

Sicuramente ci sono anche ambiti migliorabili. Uno di questi riguarda la durata del tempo pre-GOM, ovvero del tempo che intercorre dalla manifestazione di un sintomo fino alla visita GOM.

“Il Progetto Val.Pe.ROC ha l'obiettivo di monitorare, secondo un approccio multidisciplinare e multidimensionale, i percorsi della rete oncologica campana. Questo monitoraggio avviene tramite una misurazione e una valutazione dei costi e delle risorse allocate, nonché dei tempi in cui viene gestito il percorso del paziente, così da misurare anche il dato di soddisfazione dell'utenza (sia del paziente sia del caregiver) rispetto alle cure e ai servizi ricevuti.”

È sicuramente un aspetto da migliorare perché più è ampio tale intervallo di tempo, più diminuisce la possibilità di intercettare in tempo utile un tumore, e questo ovviamente può impattare sulle possibilità successive di salvare il paziente o di garantirgli un'adeguata qualità di vita.

Un'altra area critica evidenziata dal nostro studio riguarda i medici di medicina generale, che non sono ancora totalmente coinvolti nella rete oncologica. Tuttavia questo dato – soprattutto grazie all'azione di Sandro Pignata e Attilio Bianchi – sta migliorando sensibilmente e progressivamente nell'arco delle rilevazioni, costituendo un piccolo esempio di come la valutazione sia davvero funzionale per capire gli aspetti critici di un qualsiasi sistema e consentire al management di intervenire per migliorarne le performance.

Quanto sono importanti secondo lei il dialogo e la formazione di tutti gli attori coinvolti, e in particolare dei medici di medicina generale, per garantire percorsi oncologici di cura sempre più a misura di paziente?

La comunicazione e la formazione sono indubbiamente aspetti determinanti per ottenere questo obiettivo. Per quanto riguarda i medici di medicina generale stiamo realizzando, proprio grazie a alcuni interventi di formazione, un vero e proprio percorso di inclusione, che consenta loro – ma anche a infermieri, case manager e altri professionisti, in sedi diverse – di capire appieno cosa sia la rete oncologica, come funziona la piattaforma a cui è associata e qual è il ruolo di ogni specifico soggetto clinico, valutando quale può essere il contributo di ognuno per armonizzare al meglio il tutto. Il dialogo e la formazione si dimostrano quindi aspetti essenziali anche per collegare sempre di più l'ospedale al territorio. Oggi si parla tanto di ospedali di comunità e di continuità dell'assistenza territoriale, e noi stiamo lavorando proprio in questa direzione con la realizzazione di altri progetti ancillari al Val. Pe.ROC finalizzati ad analizzare proprio il reale funzionamento del dialogo tra le strutture ospedaliere regionali e l'assistenza offerta dalle strutture territoriali regionali ai pazienti della Rete Oncologica Campana. Noi tutti siamo fiduciosi del fatto che i risultati di queste progettualità dimostreranno l'efficacia del dialogo tra i diversi soggetti che a vario titolo collaborano al *patient journey* della rete, tassello determinante per offrire un servizio di cura eccellente al paziente oncologico campano. ■ ML

Il fibroma uterino in Italia dal 2015 al 2019: prevalenza e trattamenti da un ampio database amministrativo italiano

Giulia Ronconi¹, Silvia Calabria¹, Letizia Dondi¹, Carlo Piccinni¹, Antonella Pedrini¹, Immacolata Esposito², Alice Addesi², Margherita Zanello³, Nello Martini¹

¹Fondazione ReS (Ricerca e Salute), Roma; ²Drugs and Health Srl, Roma

³Unità Operativa di Ginecologia e Ostetricia, Ospedale Maggiore, Bologna

INTRODUZIONE

Il fibroma uterino (FU) è il tumore benigno ginecologico prevalente in età fertile¹. Il FU sintomatico, talvolta severo e invalidante, è trattato con farmaci, radiologia interventistica minimamente invasiva e chirurgia conservativa o demolitiva (miomectomia versus isterectomia)^{1,2}.

In attesa di eventuale chirurgia e per ridurre le manifestazioni cliniche, fino al 2021 erano indicati:

- ulipristal acetato (UPA), modulatore selettivo del recettore progestinico - a oggi, invece, prescritto solo a cicli intermittenti in donne fertili, o in alternativa a embolizzazione e rimozione³;
- analoghi dell'ormone di rilascio delle gonadotropine (a-GnRH), la cui terapia >6 mesi causa sintomi secondari alla menopausa iatrogena che richiedono un'*add-back therapy*^{1,2}.

Lo studio di Fondazione ReS (Ricerca e Salute) fornisce la prevalenza di FU dal 2015 al 2019 e approfondisce l'approccio farmacologico e chirurgico nella pratica clinica italiana dal punto di vista del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

METODI

Il database ReS, in collaborazione con Cineca (Consorzio Interuniversitario, Bologna), raccoglie e integra, per singolo paziente, i dati amministrativi sanitari relativi ad anagrafica, esenzione per patologia, farmaceutica rimborsata dal SSN (codici ATC), schede di dimissione ospedaliera (SDO, codici ICD-9-CM di diagnosi e procedure) e prestazioni specialistiche ambulatoriali (tariffario nazionale), resi anonimi come da disposizioni europee sulla privacy.

Trend temporali 2015-2019: prevalenza del FU e uso di farmaci specifici

Dalle assistibili di età 18-55 individuate annualmente dal 2015 al 2019 e con dati anche nei due anni precedenti (~1,3 milioni/anno), sono sele-