

VALUTAZIONE DEI PERCORSI DI CURA E DEI COSTI IN UNA COORTE DI PAZIENTI CON TUMORE CEREBRALE RESIDENTI NELLA EX ASL ROMA C

Valeria Fano¹, Andrea Pace², Antonio Mastromattei¹, Veronica Villani², Roberto Caprioli¹, Carlo Saitto³ e Marina Cerimele¹

¹ASL Roma 2; ²Istituto Nazionale Tumori "Regina Elena", Roma; ³ASL Roma 1

SUMMARY (*Evaluation of patterns of care and costs in a cohort of brain tumor patients resident in a local health unit in Latium region, Italy*) - Italian prevention programs promote the integration between hospital and home care services. A neuro-oncologic palliative home care program is active in Latium region, and has been proven to have a positive impact on the quality of care for brain tumor patients. Access to health services and costs of the project are compared with the standard care model in a cohort of brain tumor residents in the local health unit where the project is active. Results show that the home care program reduces hospitalizations and costs and could be extended to all brain tumor residents.

Key words: brain tumors; home care; costs evaluation

valeria.fano@aslroma2.it

Introduzione

In molte regioni italiane l'elaborazione di progetti finalizzati a realizzare gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati dal Piano Sanitario Nazionale (PSN) ha promosso un approccio multidisciplinare e una cultura dell'assistenza integrata, supportando una visione focalizzata sui bisogni del cittadino e incoraggiando la valutazione e il monitoraggio dell'efficacia degli interventi (1).

L'integrazione ospedale-territorio rappresenta una risposta coordinata ai bisogni complessi dei pazienti con patologie croniche. Infatti, in assenza di soluzioni gestionali per l'assistenza domiciliare da parte di équipe specialistiche, i pazienti si vedono costretti a ricorrere al ricovero ospedaliero in modo inappropriato.

Da oltre 15 anni è stato sviluppato un modello di continuità assistenziale ospedale-territorio per i malati di tumore cerebrale presso l'Istituto Nazionale dei Tumori "Regina Elena" (IRE), un ospedale specializzato collocato nel territorio dell'ex ASL Roma C. Tale modello offre ai pazienti un percorso innovativo con presa in carico precoce di una patologia a elevata complessità, associando l'approccio palliativo alle cure oncologiche standard e offrendo prestazioni multi-professionali per tutta la durata della malattia (2, 3).

Obiettivo di questo lavoro è individuare i residenti nella ex ASL Roma C con diagnosi di tumore cerebrale e analizzarne i percorsi di cura. L'utilizzo delle risorse, il ricorso alle diverse tipologie di assistenza e i costi sostenuti vengono confrontati con quanto osservato per i pazienti seguiti dall'équipe di assistenza domiciliare dell'IRE, al fine di testare

la validità del modello e di valutare la sostenibilità economica dell'estensione di tale offerta a tutti i residenti affetti da tumore cerebrale.

Metodi

Sono stati inclusi i pazienti residenti nella ex ASL Roma C, situata nella zona sud-orientale del Comune di Roma (555.292 abitanti al 31 dicembre 2014), con almeno un ricovero con diagnosi primaria o secondaria di tumore cerebrale (ICD9-CM 191) nel periodo 2010-14; la data del primo ricovero nel periodo è utilizzata come *proxy* della data di insorgenza del tumore. Sono stati esclusi i pazienti con almeno un ricovero per tumore cerebrale nei due anni precedenti (casi prevalenti).

Lo stato in vita al 31 dicembre 2014 è stato accertato mediante *record linkage* con il registro regionale di mortalità o con l'archivio delle schede di dimissione ospedaliera per i deceduti in ospedale. Per stimare le comorbidità è stato calcolato il Charlson comorbidity index, tramite *record linkage* con i ricoveri occorsi nei 2 anni precedenti la diagnosi (4).

Sono stati cumulati gli anni-persona fino al 31 dicembre 2014 o alla data di morte e sono stati calcolati i rischi relativi (RR) di mortalità con un modello di Poisson aggiustato per sesso, età e comorbidità.

I costi della malattia sostenuti dal Servizio Sanitario Nazionale per ogni paziente durante il follow up sono stati ricostruiti tramite *record linkage* con varie fonti di dati: schede di dimissione ospedaliera, prescrizioni farmaceutiche, specialistica ambulatoriale, riabilitazione ospedaliera, riabilitazione residenziale, pronto soccorso. Per il sottogruppo di

deceduti, sono stati analizzati gli accessi alle strutture e i costi negli ultimi 6 mesi di vita, confrontando la spesa sostenuta per i pazienti inclusi nel progetto IRE con quella del percorso standard (modello ANOVA multivariato aggiustato per età, genere e comorbidità).

Risultati

Nel periodo in studio sono stati dimessi con diagnosi di tumore cerebrale 666 residenti; sono stati esclusi dalle analisi 235 pazienti con precedenti ricoveri (casi prevalenti) e due deceduti lo stesso giorno della diagnosi. La coorte finale include 429 pazienti per un totale di 1.307 ricoveri (55% uomini; età media alla diagnosi: 61 anni; durata media del follow up: 1,4 anni; tasso di mortalità: 41 x 100 anni-persona). L'88% dei pazienti non aveva comorbidità alla diagnosi; la mortalità intraospedaliera è risultata pari all'11%; gli RR di mortalità sono più elevati per le diagnosi più recenti e per chi aveva almeno una comorbidità alla diagnosi.

In media si osservano 4 mesi di degenza ospedaliera (tra ricoveri acuti, lungodegenze e riabilitazione), 18 accessi in day hospital e 4 in pronto soccorso. Il costo medio complessivo è di circa 20.000 euro per paziente (in media circa 4.000 euro al mese), di cui la metà attribuibile al ricovero (53%) e circa un terzo alle prestazioni ambulatoriali (31%). Per gli ultrasessantenni il costo medio è più elevato (6.000 euro) e quasi totalmente dovuto alle spese di ricovero. Negli ultimi 6 mesi di vita si osservano in media 3 mesi di degenza ospedaliera, 2 accessi in day hospital e 6 in pronto soccorso; la spesa media negli ultimi sei mesi di vita è di circa ▶

12.000 euro per paziente, pari al 60% di quella complessiva e per la maggior parte destinata al ricovero acuto o alla riabilitazione (78%).

Nel sottogruppo di pazienti deceduti e inclusi nel percorso IRE (n. 39), il costo complessivo negli ultimi sei mesi di vita è risultato significativamente inferiore a quello dei deceduti seguiti secondo i percorsi tradizionali (n. 209; differenza media: 2.700 euro), soprattutto a causa del minore ricorso al ricovero ospedaliero (-36 giorni, t di Student sulla differenza tra medie significativo, p-value 0,001; Figura).

Discussione

In accordo con i principi del PSN e gli obiettivi di piano a esso correlati, nella regione Lazio sono stati avviati molti progetti volti ad aumentare l'integrazione tra ospedale e territorio. È sempre più sentita la necessità di sviluppare percorsi diagnostico terapeutici assistenziali specifici, al fine di migliorare la qualità delle cure e ridurre i costi per prestazioni inappropriate.

Il progetto di assistenza domiciliare IRE per pazienti con tumore cerebrale si è dimostrato efficace in termini di ridotta reospedalizzazione, ridotta mortalità intraospedaliera e migliore qualità della vita, specialmente nella fase terminale della malattia (2). Il confronto tra le caratteristiche del percorso IRE e le cure standard ha mostrato sia un vantaggio economico che una migliore allocazione delle risorse (minore ricorso al ricovero ospedaliero).

Tra i limiti di questo studio si cita la possibile sottostima dei costi dovuta alla misclassificazione di casi prevalenti divenuti residenti nella ex ASL Roma C successivamente alla diagnosi (trascurabile, data la bassa frequenza di cambi di residenza durante una malattia grave) e la sottostima del ricorso ad altre forme di assistenza i cui dati non sono disponibili (assistenza domiciliare, hospice, spese private); poiché il ricorso al privato è più frequente per i cittadini con reddito medio-alto e poiché l'arruolamento nel progetto IRE non prevede una selezione in ba-

se al reddito, la sottostima della spesa non dovrebbe aver influito sui risultati in maniera differenziale tra pazienti IRE e non IRE.

In conclusione, la possibilità di erogare in modo sostenibile servizi rispondenti ai bisogni dei cittadini supporta l'ipotesi di estensione del modello assistenziale IRE a tutti i residenti affetti da tumore cerebrale. È importante sottolineare che il valore aggiunto di percorsi come quello proposto non è tanto il risparmio economico, seppure presente, quanto piuttosto l'opportunità di riallocare in modo più appropriato il consumo di risorse dall'ospedale verso il territorio, liberando il setting ospedaliero dall'onere improprio di vicariare le carenze dei servizi territoriali. ■

Dichiarazione sui conflitti di interesse

Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

Riferimenti bibliografici

1. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Accordo Rep. Atti n. 126/CSR, sancito in conferenza stato-regioni in data 30 luglio 2015 (www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2015&codLeg=52744&parte=1%20&serie=).
2. Pace A, Villani V, Di Pasquale A, et al. Home care for brain tumor patients. *Neurooncol Pract* 2014;1(1):8-12.
3. Partridge AH, Seah DS, King T, et al. Developing a service model that integrates palliative care throughout cancer care: the time is now. *J Clin Oncol* 2014;32(29):3330-6.
4. Deyo RA, Cherkin DC, Ciol MA. Adapting a clinical comorbidity index for use with ICD-9-CM administrative databases. *J Clin Epidemiol* 1992;45(6):613-9.

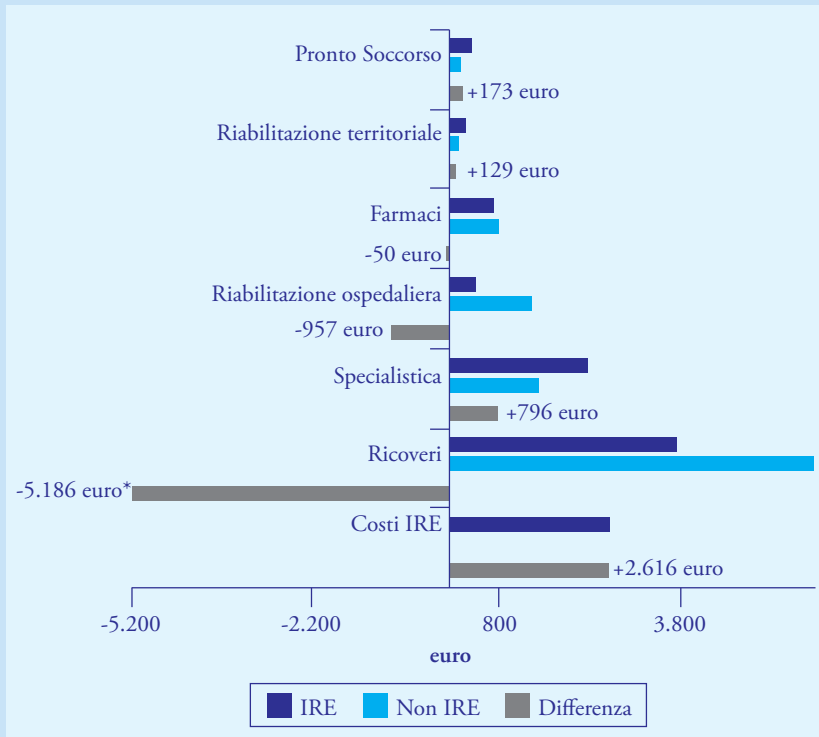


Figura - IRE: costi medi sostenuti per i pazienti inclusi nel percorso IRE (Istituto Nazionale dei Tumori "Regina Elena"); includono sia i costi dei consumi/accessi ai servizi sanitari registrati dai sistemi informativi regionali, sia le spese sostenute con i fondi del progetto IRE (990 euro al mese per paziente); **non IRE** = costi medi sostenuti per i pazienti non inclusi nel percorso IRE; includono tutti i costi dei consumi/accessi ai servizi sanitari registrati dai sistemi informativi regionali; **differenza:** tra i costi medi (costi non IRE-costi IRE).

(*) Test t di Student statisticamente significativo (p-value = 0,0011)

Comitato scientifico

C. Donfrancesco, L. Galluzzo, I. Lega, M. Maggini, L. Palmieri, A. Perra, P. Luzi
 Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

Comitato editoriale

P. De Castro, C. Faralli, A. Perra, A. Spinelli

Istruzioni per gli autori

www.epicentro.iss.it/ben/come-preparare.asp
 e-mail: ben@iss.it