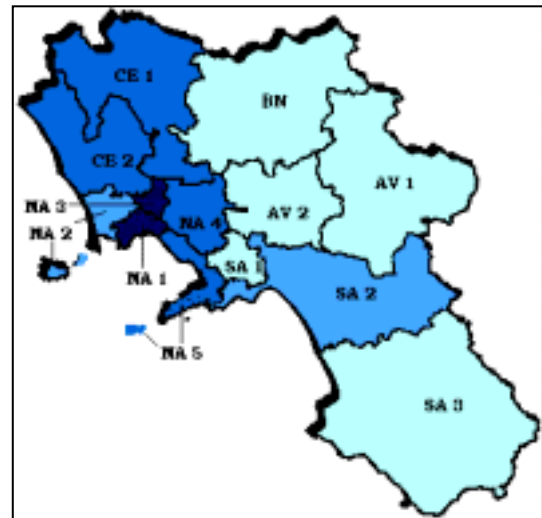
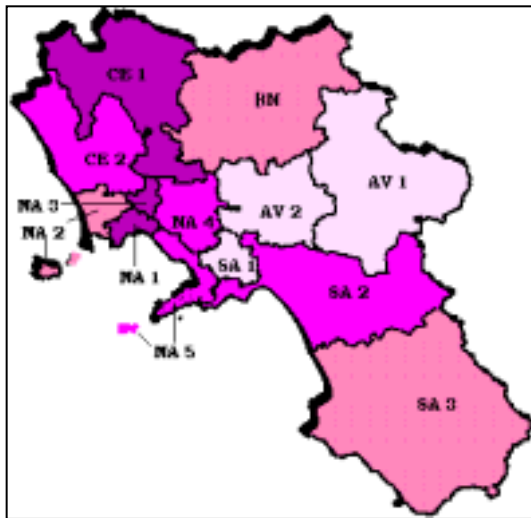




Regione Campania



Primo rapporto sull'assistenza ospedaliera ai malati neoplastici della Regione Campania

Note tecniche per la Programmazione
Sanitaria dei Servizi Ospedalieri della Campania

Indice

Introduzione	3
Parte prima	5
1.1 Analisi del contesto e problemi metodologici	
1.2 Analisi epidemiologica e individuazione delle priorità di intervento sanitario	
Parte seconda	9
2.1 Analisi del fabbisogno assistenziale e metodologia	
2.2 Descrizione generale	
2.3 Calcolo del fabbisogno assistenziale ospedaliero	
2.4 Descrizione di alcune caratteristiche relative ai ricoveri pediatrici per malattie oncologiche	
2.5 Considerazioni conclusive alla determinazione del fabbisogno assistenziale ospedaliero	
Parte terza	23
3.1 Focalizzazione su alcune neoplasie	
3.2 Neoplasie del Polmone	
3.3 Neoplasie della Mammella	
3.4 Neoplasie del Colon retto	
3.5 Neoplasie dell'Utero	
3.6 Neoplasie della Prostata	
3.7 Neoplasie dell'Ovaio	
3.8 Neoplasie della Tiroide	
3.9 Misure di occorrenza e considerazioni conclusive	
Tabelle e figure	37

Introduzione

“L’evidenza scientifica non è un hobby per intellettuali”, una frase ormai banale, condivisa da tutti.

La domanda da farsi è allora: le scelte di programmazione sanitaria sono effettuate seguendo le evidenze scientifiche che descrivono la reale domanda di salute confrontata con l’assetto attuale di strutture e servizi?

Anche qui rischiamo di cadere in retorica: lo stesso povero stato dei sistemi informativi sanitari e la scarsa attenzione che essi richiamano dai decisori politici, ci dice chiaramente che, finora, non si è sentito forte il bisogno di evidenza scientifica per le scelte strategiche sulla salute; anzi, è stato facile eliminare questa fastidiosa opportunità denunciando la pochezza dei dati, la loro inadeguatezza, la mancanza di attualità.

E allora benvenuto al coraggio di de Campora e Pizzuti per lo sforzo che hanno fatto di compilare un’analisi delle priorità dell’assistenza oncologica della Regione Campania.

Coraggio e ardimento proprio perché tratta di oncologia, un argomento molto difficile, ed in Campania, una Regione non ai primi posti per sistemi informativi sanitari.

Una scelta corretta: la povertà dei dati limita, ma non può impedire, questo esercizio, in ogni caso di gran lunga meglio del non fare niente perché i dati sono pochi e poveri.

Anzi questo lavoro testimonia come sia possibile lavorare anche in condizioni di carenza informativa e come questo sia il presupposto essenziale per motivare il miglioramento delle informazioni.

Hanno usato la mortalità, correttamente standardizzata per età ed espressa in anni di vita persi (PYLL) e le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), riuscendo a controllare per i ricoveri ripetuti della stessa persona.

Due strumenti semplici e disponibili in tutte le Regioni.

Due strumenti con molti limiti: la mortalità è vecchia (1998) (ma sarebbe veramente improbabile che cambi in 4-5 anni!), le SDO soffrono di qualità di diagnosi e di completezza di informazioni.

Tuttavia con questi due strumenti, adeguatamente utilizzati, è stato possibile tracciare, per la prima volta, un quadro complessivo dell'assistenza oncologica in Campania.

Tante le novità, anche se molte potevamo aspettarcele: una migrazione oncologica forte (e quanto giustificata?); varianze di indicatori assistenziali poco giustificabili e quanto appropriate? (ricoveri frequenti, tempi di degenza, terapie, migrazioni) e tanti dettagli che meritano senza dubbio accurata lettura e riflessione.

Un quadro non privo di limiti metodologici; l'assenza di indicatori di outcome (es. sopravvivenza) non permette un confronto tra strutture; un'analisi di completezza e coerenza campionaria con un campione di cartelle cliniche aggiungerebbe un utile tassello qualitativo; perché non tentare di implementare l'esistente seppur giovane Registro Tumori della ASL Napoli 4?

La lettura dei dati dice, anche in maniera eclatante e difficilmente modificabile da ulteriori analisi, che la programmazione regionale non ha seguito finora l'evidenza scientifica della domanda di assistenza oncologica: è quindi ora di rimboccarci le maniche ed agire: non ci si può più nascondere dietro l'assenza di dati; i dati ci sono, sono chiari e molto, molto rilevanti; i loro limiti non ne inficiano i principali messaggi, ma senza dubbio sottolineano l'indispensabile ed urgente necessità di migliorare i flussi informativi, di creare un sistema informativo oncologico regionale, di migliorare i registri, di valorizzare l'informazione epidemiologica.

Quindi grazie per aver dimostrato come anche un'epidemiologia povera di dati possa fornire informazioni importantissime; ma il grazie a questi Colleghi, ed ai tantissimi operatori che nella Campania ogni giorno combattono i tumori e cercano di migliorare la qualità di vita dei colpiti, deve venire da chi questi dati deve usare per portare la Campania ad un livello elevato d'assistenza migliorando la qualità delle cure ed anche il livello di soddisfazione professionale degli operatori.

Dott. Donato Greco
Direttore del Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica
Istituto Superiore di Sanità

Parte prima

1.1 Analisi del contesto e problemi metodologici

Lo stato di salute di una popolazione è valutabile attraverso diversi indicatori capaci di descrivere l'impatto che i determinanti di malattia, siano essi sociali che sanitari, hanno sugli individui appartenenti ad una comunità. Le cause e la frequenza delle morti in una popolazione rappresentano uno degli indicatori più utilizzati nel descriverne lo stato di salute.

La mortalità tuttavia risente di evidenti limiti legati fondamentalmente alla impossibilità di valutare l'incidenza di nuovi casi, correlata con i determinanti oncologici e con i nuovi carichi assistenziali, e la durata/sopravvivenza delle malattie e, quindi, l'efficacia delle cure e il carico assistenziale complessivo. Tali indicatori sono essenziali per descrivere in maniera più completa il fenomeno oncologico a livello territoriale, sia in termini di valutazione dei fattori di rischio che di domanda di assistenza; questi elementi vanno necessariamente integrati con le informazioni già disponibili relative ai ricoveri ospedalieri, che rappresentano in maniera ottimale gli aspetti relativi all'offerta assistenziale, oltre a contenere potenziali elementi di lettura epidemiologica non ancora completamente esplorati. I dati di mortalità presentano in Campania un'ulteriore criticità legata alla mancanza di un registro regionale delle cause di morte, pur esistendo registri di ASL che potrebbero potenzialmente alimentarlo; attualmente utilizziamo dati di mortalità forniti direttamente dall'ISTAT in maniera parzialmente aggregata per cause, territorialità, età e sesso. Appare evidente quindi che, tra le iniziative di programmazione sanitaria in Campania, un'attenzione rilevante debba essere dedicata alla realizzazione di fondamentali strumenti valutativi e programmatori quali il registro tumori di popolazione, verificando la possibilità di realizzarlo di dimensione regionale, ed il registro regionale di mortalità, dedicando grande attenzione nell'assicurare la integrabilità tra i sistemi informativi attraverso l'utilizzazione di basi dati informaticamente compatibili. Altrettanto importante è prevedere la realizzazione di un'organizzazione che veda la rete assistenziale oncologica monitorata da una funzione con forti competenze analitiche e valutative di sanità pubblica, esterna quindi alle strutture che costituiscono la rete assistenziale e/o che svolgono attività di ricerca, che lavori in stretto raccordo con gli indirizzi dell'Assessorato alla Sanità e che produca valutazioni utili alla programmazione regionale.

1.2 Analisi epidemiologica e individuazione delle priorità di intervento sanitario

Allo stato attuale quindi è stato possibile utilizzare i dati di mortalità forniti dall'ISTAT che comunque forniscono preziosi elementi utili per la programmazione sanitaria, in particolare nella definizione delle priorità di intervento. Il presente lavoro è una possibile applicazione di un metodo proposto dai Center for Disease Control di Atlanta (U.S.A.) per stabilire le priorità con cui affrontare i principali problemi di salute di una comunità. Il metodo si fonda sull'utilizzazione di dati correnti e stime quantitative di frequenza e gravità di malattie, e sulla disponibilità di interventi preventivi di dimostrata efficacia attuabili su singole patologie o su loro fattori di rischio.

Affinché la descrizione rappresenti validamente tali aspetti è stato necessario analizzare i dati con tecniche statistiche - epidemiologiche che ne hanno consentito la rappresentatività e la confrontabilità.

La mortalità è frequentemente analizzata anche come causa dell'accorciamento della vita rispetto ad un dato valore atteso. Questo valore può essere definito dalla vita media o dalla speranza di vita, oppure può essere valutata attraverso l'analisi delle cause che influiscono sulle morti precoci rispetto ad un valore prestabilito. Questo modo di analizzare il fenomeno mortalità si attua attraverso la costruzione di un indicatore definito Anni di Vita Potenziali Persi (PYLL - Potential Years Life Lost). Noi possiamo così misurare la quantità di anni non vissuti rispetto ad un dato valore in una popolazione, e confrontare i risultati con quelli di altre popolazioni.

In questa analisi sono stati utilizzati i dati dell'archivio di mortalità ISTAT relativi all'anno 1998, che è l'anno più recente disponibile.

Sono stati ottenuti così tassi standardizzati per struttura demografica e specifici per singoli gruppi di cause patologiche. È stato sempre operato un confronto tra i tassi campani ed italiani. L'analisi della mortalità attraverso PYLL, scegliendo un adeguato livello di troncatura dei tassi, ha consentito di evidenziare le cause di mortalità precoce nel territorio campano, dando così importanti indicazioni, insieme alle informazioni della frequenza di malattia e di efficacia degli interventi, per la programmazione di azioni di prevenzione.

L'analisi svolta è stata condotta utilizzando i tassi di mortalità per causa, standardizzati per età. La standardizzazione è un metodo statistico che permette di poter confrontare la mortalità di 2 popolazioni con struttura demografica differente, rendendo ininfluente l'effetto generato dalle differenti "età" delle popolazioni sul confronto.

La tabella 1 mostra che la mortalità generale nella Regione Campania è più alta di quella italiana. Inoltre, se esaminiamo il fenomeno per gruppi di cause possiamo notare che le malattie

cardio-vascolari e le malattie oncologiche rappresentano rispettivamente la prima e la seconda causa di morte, in Campania e in Italia, sopravanzando di gran lunga le altre cause.

Un'ulteriore analisi è stata condotta sui confronti dei PYLL tra la Campania e l'Italia, rispetto ad un valore fissato a 65 anni, relativamente alle prime 10 cause di morte. La scelta dei 65 anni è dettata dalla volontà di esaminare soprattutto le cause per le quali si muore in età giovane, per evidenziare il danno che la società subisce a causa delle morti di individui in età produttiva.

La tabella 2 illustra le cause che più influiscono sulle morti premature in ordine decrescente: per ciascuna causa è riportato il contributo percentuale ad essa riferibile sul totale degli anni potenziali di vita persi. Possiamo innanzitutto notare come più della metà degli anni persi (quindi della mortalità precoce), sia in Campania che in Italia, sia riferibile alle prime 4 cause di morte, e come nelle prime 4 cause compaiano sempre il cancro, gli incidenti stradali e le malattie cardiovascolari. Tuttavia, mentre un'analisi condotta sulla frequenza delle cause di morte ci indica le malattie cardiovascolari come prima causa, quando osserviamo il fenomeno attraverso i PYLL notiamo come al primo posto compaiano i tumori, sopravanzando di gran lunga le altre cause: questo fenomeno indica evidentemente che, mentre le malattie cardiovascolari sono a carico prevalentemente dei soggetti in età anziana, i tumori colpiscono gli individui di età intermedie, quindi in periodi produttivi, costituendo un considerevole danno per la società. Se a questo aggiungiamo la prevenibilità di alcuni tumori, attraverso interventi di dimostrata efficacia come per quelli a carico dei tumori della sfera genitale femminile mediante interventi di screening di popolazione, o per quelli polmonari con azioni di prevenzione primaria come le campagne antifumo, dobbiamo concludere che i tumori costituiscono, per frequenza, gravità e prevenibilità, una importante priorità per la sanità pubblica.

Una volta rilevata l'evidenza di dover affrontare il problema oncologico in termini di priorità assoluta, è sembrato opportuno analizzare con lo stesso metodo le cause oncologiche responsabili di mortalità (tab. 3).

Le cause oncologiche più rilevanti di mortalità precoce che spiegano circa la metà dei PYLL per tumore sono complessivamente 6; inoltre il 30% del totale dei PYLL per cause oncologiche è sostenuto dai tumori al polmone e alla mammella. È molto importante sottolineare la rilevanza di questi due tumori in quanto entrambi sono prevenibili con misure di sanità pubblica, anche se con strumenti completamente diversi, il primo con interventi di prevenzione primaria, il secondo con programmi di diagnosi precoce. Tra gli altri tumori spicca il comportamento di quello epatico che si trova in 3° posizione in Campania e in 7° in Italia, dato questo sicuramente collegato all'elevata prevalenza di malattie epatiche cronicodegenerative clinicamente correlate con le malattie oncologiche, anch'esse sensibili ad azioni preventive. Altri tumori responsabili di una quota maggiore di PYLL in Campania rispetto all'Italia sono le Leucemie

linfoidi, a conferma dell'alta rilevanza che assume la patologia pediatrica nella nostra Regione anche in campo oncologico.

Parte seconda

2.1 Analisi del fabbisogno assistenziale e metodologia

Il Piano Oncologico Nazionale (P.O.N.) fornisce alcune indicazioni utili alla programmazione dell'assistenza sanitaria deputata ai malati neoplastici ed in particolare ribadisce che i dati epidemiologici di maggior rilievo per la determinazione del fabbisogno assistenziale sono costituiti, come in altri casi, dall'incidenza, mortalità e prevalenza della malattia nella popolazione, informazioni che possono essere desunte solo da affidabili registri dei tumori di popolazione.

La misura dell'*incidenza* è un indicatore del *fabbisogno di risorse diagnostico-terapeutiche nella fase d'esordio della malattia*. L'incidenza stimata dei tumori maligni in Italia è pari a 389.8 nei maschi e 309.5 nelle femmine per 100.000 abitanti ed, in termini assoluti, i nuovi casi annui di tumore maligno assommano a circa 270.000 (fonte I.S.S.).

I dati di *prevalenza* esprimono la diffusione di una patologia nella popolazione e sono quindi indicatori della *domanda di servizi nelle fasi successive alla fase acuta*. La prevalenza stimata degli italiani che vivono oggi avendo o avendo avuto una storia di cancro è di circa 1.400.000.

Nelle malattie croniche la durata della *sopravvivenza* è considerata la misura più adeguata dell'*efficacia delle cure*. Le differenze di sopravvivenza fra tumori è funzione di numerose variabili, quali la possibilità di una loro diagnosi in fase asintomatica, attraverso i test di screening, la probabilità di una loro diagnosi in fase sintomatica precoce, l'efficacia di specifici trattamenti.

Secondo recenti studi (ITACARE ed EURO CARE) i dati relativi all'incidenza e sopravvivenza dei tumori sono in aumento, così come è in crescita l'attesa di vita, anche nelle persone anziane e pertanto la quota di casi prevalenti aumenta di conseguenza nella popolazione.

Sono evidenti le implicazioni che la patologia oncologica, nelle sue varie fasi, comporta per il servizio sanitario e per la società.

Tuttavia abbiamo visto, nella prima parte, che la Campania non si è dotata di un registro tumori di popolazione, salvo recenti esperienze locali di buon livello, né è riuscita ad implementare, potenziandoli adeguatamente, i sistemi informativi sanitari che potrebbero essere efficacemente utilizzati per definire, pur in assenza della precisione e accuratezza di un registro tumori, il carico prevalente di numerose patologie neoplastiche sia a livello regionale sia a livello provinciale o locale. Pertanto la base dati disponibile è costituita dalla sola domanda di ricovero ospedaliero, ricavabile dall'archivio delle Schede di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

L'assistenza ospedaliera è solo uno degli aspetti inerenti il complesso delle attività assistenziali che richiede il malato oncologico. A tutt'oggi è ancora il fulcro centrale sia per l'approccio diagnostico e la stadiazione della malattia che per l'impostazione della terapia. È verosimile che nel prossimo futuro essa mantenga una sua centralità pur acquisendo maggiore importanza i momenti legati alla prevenzione, alla diagnosi precoce, alle cure domiciliari ed alla assistenza ai malati terminali.

Questo rapporto tende principalmente a fornire indicazioni per la programmazione dei servizi ospedalieri per i malati oncologici partendo dall'analisi della domanda assistenziale espressa negli anni recenti con l'obiettivo del recupero della mobilità sanitaria passiva.

La fonte dei dati è l'archivio delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) della Regione Campania (aggiornato al 20 novembre 2002) e, in questa parte dello studio, sono stati considerati affetti da malattia oncologica tutti i record che riportassero nel campo diagnostico principale un codice della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD 9) compreso tra 140 e 239, secondo le modalità già utilizzate in precedenti rapporti dal Ministero della Salute e da altri organismi regionali.

Si ricorda che, secondo la logica di compilazione della SDO, nella diagnosi principale va riportato il codice della malattia che ha maggiormente assorbito risorse assistenziali durante l'episodio di ricovero.

I dati estrapolati sono relativi all'anno 2000, ultimo anno disponibile nell'archivio SDO, e dove è stato ritenuto utile, si è ricostruito l'andamento quadriennale dei ricoveri (dal 1997 al 2000). Poiché le informazioni sono relative ad un periodo precedente l'adozione della moneta unica europea, gli importi sono espressi in lire italiane.

Le tabelle e le figure citate nel testo sono riportate in allegato come pure in allegato viene riportato il contributo della prof.ssa M. T. Di Tullio della Seconda Università di Napoli sullo stato attuale e prospettive dell'Oncologia Pediatrica nella Regione Campania (allegato 1).

Questi dati non esauriscono il contenuto informativo che può essere rilevato dalle SDO però si ritiene utile anticiparne i risultati per garantire tempestività d'informazione rispetto a temi di grande interesse per la programmazione regionale.

Le caratteristiche intrinseche al sistema di classificazione delle SDO prescindono dalla stato di gravità delle malattie e non consentono valutazioni sulla stadiazione dei tumori, tuttavia diversi elementi che emergono dallo studio forniscono indicazioni relative a carenze qualitative e/o quantitative dell'ospedalità campana. Inoltre, non è stato possibile eseguire alcun intervento preliminare per il miglioramento della codifica clinica delle malattie neoplastiche, secondo la classificazione Internazionale delle Malattie (ICD 9), e pertanto questa è, verosimilmente, la principale critica nei confronti dei dati presentati.

Nel recente *"Rapporto sulla mobilità ospedaliera dei cittadini campani"* (ARSan, luglio 2001) un intero capitolo è stato dedicato alla descrizione ed all'analisi dei flussi migratori di cittadini campani affetti da neoplasie e si rimanda a tale pubblicazione per gli eventuali approfondimenti. Tuttavia nella presente trattazione si è tenuto in debito conto questo grave fenomeno sia per i disagi ed i costi che le famiglie dei malati sono costrette ad affrontare, sia per l'onere finanziario che tale fenomeno comporta per la nostra regione, risorse che, se debitamente investite, servirebbero a potenziare la qualità e l'accessibilità dell'assistenza erogata ai malati neoplastici dal nostro S.S.R.. Sono state quindi riportate informazioni finalizzate all'ipotesi di un graduale recupero della migrazione ospedaliera passiva e dati preliminari per il confronto interregionale delle performances di ricovero con particolare riferimento alla durata media della degenza preoperatoria, degenza media ordinaria e peso medio assistenziale dei ricoveri secondo la classificazione per Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi (D.R.G.).

2.2 Descrizione generale

Nell'anno 2000 sono stati effettuati circa 129.500 ricoveri di cittadini campani riportanti in diagnosi principale un codice di malattia oncologica (compreso tra 140 e 239 della ICD9).

La spesa complessiva, calcolata secondo le tariffe regionali relative agli specifici DRG generati, è stata di circa 324 milioni di euro (pari a 627 miliardi di Lit.).

Più di un malato ogni dieci si è rivolto ad istituzioni sanitarie di altre regioni e, in termini finanziari, tali ricoveri extraregionali costituiscono un quinto dell'intero importo della mobilità ospedaliera passiva. La persistenza di tali flussi migratori comporta una sensibile diminuzione delle risorse regionali investibili in servizi sanitari (tab. 4).

In particolare, in Campania i ricoveri per malattie neoplastiche costituiscono il 10% dei ricoveri totali effettuati ed il 12% del fatturato ospedaliero mentre, relativamente alla mobilità in altre regioni, rappresentano il 15% dei ricoveri ed il 18% dell'intera compensazione interregionale (tab. 5).

La proporzione dei ricoveri per malattie oncologiche è in costante incremento essendo passata dal 7% dei ricoveri in Campania nell'anno 1999 all'attuale 11% con un tasso complessivo di ricovero di 22,4 ogni 1.000 residenti (anno 2000). L'incremento maggiore nel numero di ricoveri per malattie neoplastiche si nota a partire dall'anno 1999 ed è più evidente nella proporzione di ricoveri effettuati in Campania che in altre regioni (tab. 6 e figura 1).

La tabella 7 mostra la distribuzione dei ricoveri per regione di migrazione sanitaria per malattia neoplastica nell'anno 2000. Si nota che le prime cinque regioni, nell'ordine Lazio, Lombardia, Puglia, Toscana ed Emilia assorbono più del 75% dell'intera domanda e, da sole, Lazio e Lombardia poco meno del 50% dei ricoveri neoplastici.

Nella tabella 8 viene riportata la distribuzione dei ricoveri ordinari neoplastici per regione di migrazione a partire dalle ASL di residenza dei pazienti e si evidenziano alcuni interessanti fenomeni, come che circa il 60% dei ricoveri in Puglia, terza regione in ordine di rango per la migrazione neoplastica, è costituito da pazienti residenti nelle AA.SS.LL. di Avellino 1 e di Benevento mentre il 64% della mobilità nel Lazio, prima regione di migrazione, è dovuto a pazienti di Caserta 1, Caserta 2, Benevento, Salerno 2 e Salerno 3. I residenti delle aziende di Napoli e provincia si ricoverano preferenzialmente negli Istituti della regione Lombardia.

Nelle tabelle 9 e 10 vengono riportate, per ASL di residenza dei pazienti, le dimissioni relative ai ricoveri di tipo Medico e di tipo Chirurgico, distintamente per regioni confinanti e regioni non confinanti.

La prima evidenza è che mentre la distribuzione dei ricoveri di tipo medico è pressappoco eguale nelle regioni così aggregate, i ricoveri di tipo chirurgico avvengono prevalentemente nelle

regioni non confinanti (58% dei casi con intervento chirurgico). I ricoveri chirurgici evidenziano inoltre una netta differenza nel Peso Medio, indicatore delle risorse mediamente assorbite dall'episodio di ricovero, a favore degli interventi eseguiti nelle regioni non confinanti mentre invece non si evidenzia un comportamento simile nella durata media della degenza operatoria (13,4 vs. 13,5 giorni).

In altri termini e prescindendo dall'appropriatezza delle codifiche delle SDO, sembra potersi affermare che i pazienti affetti da patologie complesse necessitanti interventi chirurgici si rivolgano preferenzialmente alle regioni del nord Italia.

Si ritiene che l'esame delle citate tabelle 8, 9 e 10 unitamente alla successiva tabella 16 (relativa alla mobilità intra e interregionale) possa fornire, per quanto sinteticamente riportato, utili indicazioni alle Direzioni Aziendali locali.

Le figure 2 e 3 mostrano l'andamento dei ricoveri oncologici dal 1997 al 2000 secondo il regime di degenza e si nota che attualmente un terzo dei ricoveri effettuati in Campania è di tipo diurno mentre la proporzione di trattamenti in day hospital effettuati in altre regioni è costante negli anni (circa un quinto).

In altri termini, i cittadini campani curati in altre regioni hanno minori probabilità di accesso ai trattamenti brevi diurni e, in termini finanziari, la Regione Campania spende in rimborsi più di quello che, a parità di malattia, spenderebbe se i ricoveri fossero effettuati negli istituti di cura campani. Nel calcolo del costo sociale delle malattie oncologiche vanno inoltre aggiunti i costi a carico dei malati e dei familiari per i soggiorni e gli spostamenti nelle altre regioni.

Nella tabella 11 viene mostrata la distribuzione dei ricoveri secondo il tipo Medico, Chirurgico e per Radio e Chemioterapia.

L'andamento dei ricoveri Radio e Chemioterapici negli anni 1997 - 2000 (tab. 12) dimostra che i trattamenti chemioterapici non secondari a leucemia acuta (DRG 410) sono incrementati notevolmente negli anni, in particolare a partire dal 1999 mentre la proporzione di casi trattati in altre regioni mostra un lieve calo. La chemioterapia secondaria a leucemia acuta (DRG 492) mostra una piccola diminuzione nel numero delle prestazioni ma la proporzione di casi trattati in altre regioni è passata dal 5% del 1997 al 13% del 2000. Infine la Radioterapia (DRG 409) è costante negli anni come fabbisogno complessivo di trattamenti ma, a partire dal 2000, il 64% dei cittadini campani che necessitano di tale trattamento è costretto a recarsi fuori regione (figura 4).

Complessivamente, la percentuale di casi trattati chirurgicamente in Campania è costante negli anni (in media 33%) mentre è passata dal 33% del 1997 al 36,6% nel 2000 nelle altre regioni (figura 5). Il Peso Medio (misura dell'assorbimento medio di risorse specifico per ogni DRG) dei ricoveri chirurgici effettuati nelle altre regioni è significativamente maggiore di quello campano

e questa differenza persiste negli anni. Non potendo valutare l'appropriatezza delle codifiche effettuate, si deve ritenere che i casi che necessitano di interventi più complessi si rivolgano o vengano indirizzati più frequentemente ad istituzioni di altre regioni (figura 6). Anche la durata media della degenza dei casi chirurgici differisce in modo significativo essendo maggiore tra i casi trattati in mobilità sia per la maggiore complessità degli interventi sia, verosimilmente, perché la lontananza dal domicilio impone una maggiore durata della degenza (figura 7). Infine, la durata media della degenza dei ricoveri ordinari di tipo medico è calata del 25% circa nel quadriennio considerato (figura 8).

Nella tabella 13 viene riportata la distribuzione dei ricoveri con DRG 410 "Chemioterapia non secondaria a Leucemia ac." negli ospedali campani e nella tabella 14 quella relativa allo stesso DRG effettuato in altre regioni.

In Campania si nota che i primi dieci erogatori, in ordine di rango, effettuano circa il 68% dei trattamenti chemioterapici. È interessante notare che gli erogatori sono costituiti quasi esclusivamente da Aziende Ospedaliere, IRCCS e Policlinici Universitari con le notevoli eccezioni dell'Ospedale classificato "Fatebenefratelli" di Benevento e di due Case di Cura "Villa Stabia" e "Villalba".

2.3 Calcolo del fabbisogno assistenziale ospedaliero

In tabella 15 viene riportato il fabbisogno complessivo espresso nell'anno 2000 per l'assistenza ai malati oncologici depurato dei trattamenti radio e chemioterapici effettuati in regime di ricovero ordinario e day hospital e nella tabella 11, precedentemente illustrata, sono stati riportati i ricoveri distribuiti secondo la tipologia medica e chirurgica.

Nella tabella 16 vengono riportati, espressi in percentuale, i flussi migratori dei pazienti affetti da malattia neoplastica seconda l'ASL di residenza, in relazione ai *Ricoveri Ordinari per Acuti di tipo Medico*.

Tali dati costituiscono la base di calcolo per la determinazione del fabbisogno assistenziale ospedaliero espresso dai malati oncologici.

Di seguito vengono riportati, distintamente per l'Area Medica e specialità connesse e per l'Area Chirurgica e specialità connesse, il calcolo del fabbisogno grezzo di posti letto per la *degenza ordinaria* omnicomprensivo di tutta l'assistenza oncologica ai cittadini campani, comprensiva, cioè, dell'ipotetico recupero della mobilità ospedaliera passiva.

Il calcolo presuppone la scelta di un tasso occupazionale programmato dell'85%.

Per l'Area Medica e specialità connesse il fabbisogno, calcolato tenendo conto della durata media della degenza ordinaria rilevata nell'anno 2000 di 7,5 giorni, risulta essere di 842 posti letto mentre per l'Area Chirurgica e specialità connesse (D.M. rilevata di 9,8 giorni) è di 1148 posti letto ordinari.

Complessivamente il fabbisogno grezzo risulta essere di 1990 posti letto ordinari nettamente inferiore a quello di 3100 posti letto riportato nel precedente P.O.R. (tab. 17).

Nonostante l'evidente incremento del numero dei ricoveri effettuati nell'anno 2000 (n. 129.506) a fronte della precedente stima di 80.000 relativa a dati del 1993, questo risultato è possibile principalmente a causa della forte diminuzione della durata della degenza media, passata da 12,9 giorni agli attuali 6,3. E' verosimile che la diminuzione della degenza media sia in parte frutto dell'applicazione del pagamento dei ricoveri con tariffa predeterminata (sistema DRG) sia del più frequente ricorso ai trattamenti diurni sia infine ai miglioramenti ottenuti nelle pratiche assistenziali delle malattie oncologiche.

Per la programmazione dei servizi di oncologia medica si è poi proceduto al calcolo dei posti letto attesi sulla base dei soli ricoveri ordinari di tipo medico effettuati in Campania e in mobilità sanitaria, estrapolando, in una prima fase, i fabbisogni derivanti dai trattamenti radio e chemioterapici effettuati in regime ospedaliero ed escludendo dal prosieguo della presente analisi i fabbisogni legati prettamente all'assistenza ematologica specialistica (Leucemie e Linfomi acuti, trapianto di midollo osseo, chemioterapia secondaria a leucemia acuta).

Le ipotesi riportate sono relative a tassi occupazionali del 75%, 80% e 85% rispettivamente e, dalla distribuzione dei ricoveri per disciplina, si sono evidenziati quelli realmente effettuati in divisioni di Oncologia Medica in Campania ed in altre Regioni.

In tabella 18 vengono riportati i ricoveri e le giornate di degenza relativi ai ricoveri di tipo medico avvenuti in Campania nell'anno 2000 evidenziando il contributo delle divisioni di oncologia medica attive e calcolando, al tasso di occupazione programmato, il fabbisogno relativo di posti letto.

In tabella 19 vengono invece riportati i dati relativi ai ricoveri effettuati da cittadini campani in altre regioni considerando nell'insieme anche i ricoveri avvenuti in divisioni di degenza di Radioterapia (escluso il DRG 409 - Radioterapia) e quelli effettuati in reparti a prevalente attività oncologica rilevabile per la sede istituzionale.

In tabella 20 vengono riportati i fabbisogni che si ricavano dai trattamenti radio e chemioterapici (escluso il DRG 492 - Chemioterapia secondaria a Leucemia acuta) effettuati in regime ordinario in Campania ed in altre regioni.

L'ipotesi è stata poi sviluppata nella tabella 21 presupponendo l'insieme dei posti letto necessari a garantire l'assistenza oncologica specialistica necessaria secondo i tre tassi occupazionali considerati.

Pertanto il fabbisogno stimato di Posti Letto di Oncologia Medica è compreso tra 364, 386 e 412 secondo un Tasso Occupazionale programmatorio del 85%, 80% o 75% rispettivamente.

Allo stato attuale, secondo la rilevazione compiuta dall'ARSAn, i posti letto attivi nella disciplina in esame risultano essere 153 con un evidente discrepanza tra il fabbisogno emergente e la domanda soddisfatta e con una inevitabile ricaduta sui flussi migratori dei pazienti neoplastici in altre regioni.

In tabella 22 i posti letto così calcolati sono ripartiti secondo la popolazione residente per provincia ed in tabella 23 si è sviluppata l'ipotesi relativa alla funzione oncologica specialistica secondo il tasso occupazionale programmato dell'85%.

Come indicatore degli effetti della distribuzione provinciale dei posti letto oncologici, in assenza di attendibili dati sull'incidenza e prevalenza dei tumori, si è utilizzato il rapporto tra anni di vita potenziali persi per cause tumorali (troncati a 65 aa.) e ripartizione dei posti letto.

In tabella 24 viene presentato il confronto tra la precedente programmazione del P.O.R. e l'attuale proposta relativamente alla stima dei Posti letto ed al numero di posti letto per 1000 abitanti.

A completamento del presente studio viene riportato (tabella 25) il fatturato relativo ai ricoveri con diagnosi principale oncologica avvenuti in Campania nell'anno 2000 (con esclusione dei trattamenti di radio e chemioterapia), in tabella 26 il fatturato ipoteticamente derivante dal trattamento in day hospital (con le vigenti modalità) dei ricoveri ordinari con meno di due giorni

di degenza ed, infine, in tabella 27 il confronto tra i due fatturati che dimostra un duplice vantaggio: sia per gli erogatori per l'incremento finanziario del fatturato DRG e lo spostamento di parte delle attività nel comparto day hospital (a minor costo gestionale) e sia per i cittadini per le minori degenze e per il conseguente accorciamento delle liste d'attesa dei ricoveri ordinari.

2.4 Descrizione di alcune caratteristiche relative ai ricoveri pediatrici per malattie oncologiche

A margine dell'analisi sul fabbisogno assistenziale ospedaliero si ritiene opportuno focalizzare l'attenzione sulle problematiche relative ai malati oncologici in età pediatrica che, seppure apparentemente poco rilevanti in termini numerici, determinano ancora, per la nostra regione, un grosso contributo in termini di anni di vita persi per cause neoplastiche con particolare riferimento alla leucemia linfoide (7° rango in Campania, 10° rango in Italia, tab. 3).

Questo paragrafo descrive quindi, in via preliminare, alcune delle caratteristiche più interessanti dei ricoveri, ovunque effettuati in Italia, dei bambini residenti in Campania (minori di 15 anni) avvenuti nell'anno 2000 per malattie oncologiche, la sua lettura va compendiata dalla relazione clinico-epidemiologica della prof.ssa Di Tullio sullo stato e prospettive dell'assistenza oncologica pediatrica in Campania (allegato 1).

La metodologia utilizzata è la stessa descritta precedentemente (ricerca dei codici diagnostici della ICD 9 compresi tra 140 e 239 nel campo della SDO Diagnosi Principale, con età inferiore a 15 anni).

Nell'anno 2000, 2290 bambini residenti in Campania si sono ricoverati per malattie oncologiche per un totale di 5182 ricoveri per acuti (tab. 28).

La distribuzione per età e sesso viene riportata in figura 9.

Di questi ricoveri, il 17% è avvenuto in regioni diverse dalla Campania (tab. 29).

Il 43% dei ricoveri è avvenuto in Day Hospital e, complessivamente, il 24% dei ricoverati ha subito un intervento chirurgico.

È sicuramente interessante notare che, esaminando il fenomeno dei ricoveri ripetuti, emerge chiaramente un eccesso di ricoveri definibili tali nel corso dell'anno considerato, in quanto **100 bambini**, da soli, hanno subito 1609 ricoveri pari al 31% di tutti i ricoveri neoplastici pediatrici. Sembra ovvio che, al di là di ogni possibile considerazione sullo stato di gravità della malattia che, come detto, non è valutabile con l'analisi delle SDO, questo fenomeno macroscopico sembra indicare anomali e verosimilmente inappropriati comportamenti di alcuni istituti erogatori.

Infine, il 24% dei ricoveri è dovuto a trattamenti Radio e Chemioterapici e pertanto i ricoveri ordinari e Day Hospital per Acuti da considerare a fini programmatori sono 3817 dei quali il 15% circa è avvenuto in altre regioni (tab. 30).

Come si nota nella tabella 31, il 78% dei ricoveri, escluso quelli dovuti a trattamenti radio e chemioterapici che vengono trattati a parte, sono avvenuti in aziende universitarie e ospedaliere con grandi tradizioni ed esperienza di assistenza pediatrica multidisciplinare mentre nel IRCCS "Fondazione Pascale", non riportato in tabella, sono avvenuti solo 40 ricoveri (35 di tipo

chirurgico) riguardanti, nel 75% dei casi, bambini con 10 o più anni. La figura 9 mostra invece che il 60% dei ricoveri oncologici pediatrici riguarda bambini con meno di 10 anni.

Relativamente ai ricoveri avvenuti in altre regioni, Lazio, Liguria, Lombardia, Toscana ed Emilia assorbono da sole l'87% della domanda. Anche in questi casi i ricoveri avvengono per lo più in Aziende Universitarie Ospedaliere con tradizioni ed esperienza multidisciplinare pediatrica.

Le principali cause di ricovero in Campania vengono riportate nella tabella 32:

come si nota, nel 23% dei casi il gruppo di malattie più frequenti risultare essere costituito da Leucemie e Linfomi, seguiti da Neoplasie del Sistema Nervoso Centrale (8% del totale).

Unitamente ai trattamenti chemioterapici, questo gruppo di malattie assorbe il 55% di tutti i ricoveri campani per malattie neoplastiche in età pediatrica. Di questo gruppo di malattie presso l'IRCCS Fondazione Pascale risultano essere stati effettuati solo 4 ricoveri per trattamenti chemioterapici non secondari a Leucemie acute.

In tabella 33 vengono invece riportate le principali cause di ricovero in altre regioni ed anche in questo caso si nota la rilevanza complessiva delle problematiche assistenziali relative ai gruppi di malattie Leucemie e Linfomi, Neoplasie del sistema nervoso centrale, Neoplasie del rene e delle vie urinarie, Neuroblastoma, unitamente ai trattamenti radio e chemioterapici.

In Campania la radioterapia pediatrica, nell'anno 2000, è stata effettuata esclusivamente presso la Seconda Università di Napoli.

Tale istituzione esegue inoltre l'88% dei trattamenti chemioterapici non secondari a malattie leucemiche ed il 50% delle chemioterapie per leucemie. L'A.O. Santobono - Pausillipon esegue il restante 50% delle chemioterapie per leucemie.

Il calcolo del fabbisogno multidisciplinare di Posti Letto pediatrici da destinarsi all'assistenza ai bambini oncologici (escluso i trattamenti chemio e radioterapici) è riportato nelle tabelle 34 e 35 e mostra un fabbisogno complessivo regionale compreso tra 26 e 30 posti letto ordinari medici e tra 20 e 23 posti letto ordinari chirurgici, secondo il Tasso Occupazionale programmato.

2.5 Considerazioni conclusive alla determinazione del fabbisogno assistenziale ospedaliero

Concludendo questa breve sintesi si può affermare che per recuperare la domanda di assistenza oncologica che si rivolge ad altre regioni bisogna considerare che *la distanza* è solo uno dei fattori che possono influenzare l'accessibilità del paziente ai servizi sanitari, tra gli altri vanno ricordati le liste d'attesa, l'attitudine personale agli spostamenti, il sesso, la situazione socioeconomica, la severità della malattia e la percezione dello stato di salute. Il fenomeno della mobilità sanitaria deriva inoltre da carenze (reali o presunte) che i cittadini o i loro "agenti" (medici curanti) rilevano nella qualità delle specifiche prestazioni erogate nel territorio di residenza, laddove il giudizio soggettivo origina da impressioni legate alla scarsa qualità percepita e quello oggettivo alla carenza di specialisti, diagnostiche e/o strutture specializzate (tempi di attesa lunghi rispetto alla percezione del paziente e/o del medico curante).

In entrambi i casi l'assenza di una politica di accoglienza e di indirizzo dei pazienti, il mancato coinvolgimento dei Medici di famiglia nelle politiche aziendali, la carente dotazione di alcune *tecnologie sanitarie* delle aziende sanitarie e lo scarso comfort genericamente inteso, sono all'origine o aggravano il fenomeno della mobilità sanitaria. In base ai dati disponibili non sembra evitabile in tempi brevi la mobilità legata a malattie che richiedono accertamenti diagnostici e/o interventi terapeutici da eseguirsi sul malato che, per complessità, modernità, costo e/o altissimo livello organizzativo, non sono disponibili o sono scarsamente disponibili (liste d'attesa inaccettabili rispetto alla severità dell'evento morboso) nel territorio regionale mentre è *parzialmente evitabile* quella legata a prosecuzione della cura, stadiazioni successive (follow up diagnostico terapeutici come nel caso di alcuni tumori), laddove la definizione di accordi e la condivisione di percorsi e protocolli diagnostico terapeutici tra istituzioni di alta specialità può consentire la riduzione degli spostamenti dei pazienti e, di conseguenza, i costi diretti e indiretti dell'assistenza.

In conclusione si ricorda che, secondo la rilevazione dell'ARSAN, al gennaio 2002, i posti letto attivi di Oncologia Medica risultano essere a tutt'oggi solo 153 e 0 in Radioterapia (escluso AA.UU.PP. e IRCCS a convenzionamento separato), con una evidente discrepanza tra il fabbisogno determinato di 364 PL e la domanda soddisfatta con una inevitabile ricaduta sui flussi migratori dei pazienti neoplastici in altre regioni.

Si può pertanto affermare che è necessario:

- un potenziamento delle Unità Operative Complesse attualmente esistenti secondo lo standard nazionale (numero di posti letto per UO non inferiore a 20 tra letti di degenza ordinaria e day-hospital);

- la creazione di nuove Unità Operative Complesse nel comparto pubblico e privato accreditato;
- l'obbligatorietà per ogni Unità Operativa Semplice di Oncologia di dipendere da una unità operativa complessa della disciplina di Oncologia;
- evitare di costituire il day-hospital oncologico senza i relativi letti di degenza ordinaria di Oncologia;
- il potenziamento della rete regionale di Radioterapia Oncologica svincolandola dalla necessità di avere degenze dedicate, utilizzando all'uopo le degenze di Oncologia, e attivando una integrazione reale tra pubblico e privato accreditato;
- l'adeguamento del nomenclatore tariffario regionale per le prestazioni di radioterapia metabolica, allo stato largamente inferiori ai costi di esercizio;
- un adeguamento della normativa regionale sul day hospital prevedendo in particolare per il DH terapeutico in Oncologia una modalità retributiva analoga a quanto previsto per il Day Surgery;
- in riferimento alle problematiche assistenziale oncologiche pediatriche, sembra utile concentrare e rinforzare le attività e le dotazioni delle strutture pediatriche multidisciplinari già operanti piuttosto che impiantare nuovi reparti in quanto il fabbisogno complessivo, al tasso programmato dell'85%, è di 26 Posti Letto di Oncoematologia Pediatrica da collocarsi evidentemente in un contesto che assicuri da subito la multidisciplinarietà dell'assistenza configurando un vero e proprio centro oncologico pediatrico di eccellenza che riunisca in una sola struttura tutte le professionalità di oncoematologia pediatrica attualmente operanti nella nostra Regione (Centro Oncologico Ospedale Pausillipon - Polo Pediatrico di Acerra).

Si ricorda infine la problematica dei ricoveri ripetuti che, in questo gruppo di pazienti, tocca punte allarmanti con medie fino a trenta ricoveri per soggetto. Tale fenomeno richiede una attenta revisione delle casistiche per Istituto erogatore, sia in Campania che in altre regioni, insieme ad accurate valutazioni sulla appropriatezza dei ricoveri e dei percorsi diagnostico terapeutici adottati sia a garanzia dei pazienti sia per la prevenzione di fenomeni opportunistici che possono venire indotti dal sistema di pagamento delle prestazioni ospedaliere a tariffe predeterminate (DRG).

Le problematiche assistenziali dei malati oncologici evidenziano la necessità della costituzione di una "rete assistenziale integrata" ospedale territorio, nella logica della continuità assistenziale. Secondo il più volte citato P.O.N. *"presupposto irrinunciabile è la forte integrazione tra le strutture che erogano assistenza oncologica e quelle che si occupano più specificamente degli esiti della patologia in quanto i miglioramenti terapeutici ed assistenziali ed il miglioramento*

della qualità di vita sono strettamente connessi alla definizione di specifici percorsi, tramite i quali le strutture preposte si attivano, per garantire la presa in carico del paziente oncologico, durante tutte le fasi della malattia, promuovendo e realizzando il coordinamento delle attività ospedaliere e territoriali”.

Parte terza

3.1 Focalizzazione su alcune neoplasie

In questa terza parte si descrivono alcune caratteristiche salienti di sette neoplasie ritenute di rilevante interesse sanitario.

In particolare verranno descritti, per le neoplasie del Polmone, della Mammella, del Colon retto, dell'Utero, della Prostata, dell'Ovaio e della Tiroide, il trend quadriennale dei ricoveri avvenuti in Campania dal 1997 al 2000, alcune caratteristiche demografiche relative ai *soggetti residenti* ricoverati in Campania e in altre regioni nell'anno 2000, le regioni sedi di Istituti di diagnosi e cura a cui si rivolgono i cittadini campani in mobilità per ogni specifica neoplasia, gli ospedali campani dove maggiormente si effettuano tali ricoveri e infine le diagnosi più frequentemente riportate e le tipologie di intervento chirurgico maggiore con o senza intervento sull'apparato linfonodale.

La metodologia seguita differisce sostanzialmente da quella descritta nella seconda parte relativa alla valutazione del fabbisogno assistenziale ospedaliero.

In questo caso si è focalizzato, secondo le indicazioni del Ministero della Salute fornite in applicazione del decreto sul monitoraggio delle "liste di attesa" per gli interventi chirurgici per neoplasie del Polmone, Mammella e Colon retto, sull'incrocio delle diagnosi specifiche con i codici dei relativi interventi chirurgici in qualunque campo della SDO fossero riportati (Legenda in tabella 36). Per i tumori dell'Utero, della Prostata, dell'Ovaio e della Tiroide si è operato per similitudine sull'incrocio delle diagnosi specifiche con i codici dei relativi interventi chirurgici in qualunque campo della SDO (tab. 36). Per le descrizioni demografiche relative all'anno 2000 e per il calcolo dei tassi specifici di prevalenza di periodo in riferimento alla ospedalizzazione per la determinazione del fabbisogno ospedaliero, scopo del presente lavoro, è stato esaminato il codice fiscale del paziente desunto dalla SDO, variabile presente nella maggioranza delle schede (tabelle 37, 38, 39, 40 e 41 e figure 17 e 18).

Per il calcolo dei tassi è stata utilizzata la popolazione campana, per età, sesso e ASL di residenza, ricavata dalla banca dati regionale BDDE, relativamente ai residenti nell'anno 2000.

Operando in tal modo si è ritenuto di creare un database dei ricoveri dei singoli pazienti affetti dalle neoplasie descritte disponibile per ulteriori studi e ipotetica base di un futuro registro dei tumori di livello regionale.

3.2 Neoplasie del Polmone

Nella tabella 42 si riporta l'andamento dei ricoveri per neoplasia del polmone in Campania negli anni 1997 - 2000. Si può immediatamente notare l'incremento negli anni considerati del numero dei ricoveri, aumento pari al 29% dal 1997 al 2000.

Tale fenomeno è principalmente legato all'incremento dei casi trattati con chemio e radioterapia, ferma restando la proporzione tra casi operati e casi senza intervento e senza chemio e radioterapia (figura 10).

Confrontando le performances relative ai casi operati (tab. 42) si nota la diminuzione della durata media della degenza preoperatoria e totale (rispettivamente - 27% e - 30%) tra l'anno 1997 ed il 2000, indicatore certo del miglioramento dell'efficienza dei reparti ospedalieri campani specializzati nel trattamento operatorio dei tumori polmonari.

L'incremento del numero dei casi raggiunge il 110% per la chemioterapia ed il 50% per la radioterapia; spiegazioni plausibili del fenomeno, ma non verificabili allo stato attuale di sviluppo dei sistemi informativi sanitari della Campania, potrebbero essere il cambiamento dei protocolli terapeutici e/o l'aumento della sopravvivenza dei pazienti.

L'incremento dell'importo finanziario per caso operato è verosimilmente dovuto alle variazioni tariffarie ed al miglioramento della qualità della codifica dei casi sulla SDO.

Nell'anno 2000, 5070 cittadini residenti in Campania risultano affetti da neoplasia al polmone necessitante di ricovero ospedaliero (tab. 37 e 38), 4482 si sono rivolti esclusivamente ad istituti campani e 389 ad istituti di altre regioni, mentre 199 hanno necessitato di ricoveri in Campania e altrove.

Il 17% risulta di sesso femminile con un'età media di 64,3 anni e l'83% di sesso maschile con un'età media maggiore (65,7 aa.). L'età media complessivamente considerata è di 65,4 anni (tab. 39).

Il numero medio di ricoveri per soggetto è di 2,6 e quello di interventi chirurgici è di 9,4 per 100 soggetti (tab. 37).

I ricoveri complessivi dell'anno 2000 sono 13052 (9% in altre regioni) con 478 interventi chirurgici (18% in altre regioni) (tab. 38).

Circa il 70% degli interventi chirurgici in mobilità è avvenuto in Lombardia, Toscana ed Emilia (tab. 43). È interessante notare che le durate medie delle degenze preoperatorie e totali risultano sensibilmente inferiori a quelle campane anche senza tener conto delle performances eccezionali degli istituti emiliani (DM pre operatoria 2,6 e totale 13,3 giorni).

La tabella 44 mostra la distribuzione dei ricoveri per neoplasia del polmone con intervento chirurgico effettuato in Campania dove emerge che l'A.O. Monadi esegue circa il 70% degli

interventi con una durata media della degenza operatoria a livello delle migliori performances extra regionali.

Nel 64% delle SDO non è specificata la sede della neoplasia (tab. 45) e nel 21% circa la diagnosi di sede riguarda il bronco principale o il lobo superiore.

La lobectomia (74%) e la pneumonectomia completa (14%) sono gli interventi maggiormente eseguiti (tab. 46). La tabella 47 mostra gli interventi sull'apparato linfatico codificati insieme all'intervento principale solo in un ottavo dei casi.

3.3 Neoplasie della Mammella

Nella tabella 48 si riporta il trend dei ricoveri per neoplasia della Mammella in Campania nel quadriennio considerato. Si nota un incremento negli anni del numero dei ricoveri, aumento pari al 28% dal 1997 al 2000.

L'aumento è legato principalmente ai casi trattati con chemio e radioterapia (54%) ma anche ai casi operati ed ai casi senza intervento e senza chemio e radioterapia (figura 11).

Confrontando le performances relative ai casi operati (tab. 48) si nota la diminuzione della durata media della degenza operatoria totale (- 28%) mentre risulta lievemente aumentata quella preoperatoria.

Nell'anno 2000, 5267 cittadini residenti in Campania risultano affetti da neoplasia alla mammella necessitante di ricovero ospedaliero (tab. 37), 4728 si sono rivolti esclusivamente ad istituti campani e 429 ad istituti di altre regioni, mentre 110 hanno necessitato di ricoveri in Campania e altrove.

Il 98,8% risulta di sesso femminile con un'età media di 58,1 anni e l'1,2% di sesso maschile con un'età media maggiore (62,6 aa.). L'età media complessivamente considerata è di 58,1 anni (tab. 39).

Il numero medio di ricoveri per soggetto è di 2,1 e quello di interventi chirurgici è di 49,4 per 100 soggetti (tab. 37).

I ricoveri complessivi dell'anno 2000 sono 11189 (7,8% in altre regioni) con 2603 interventi di mastectomia (14% in altre regioni) (tab. 38).

Lombardia, Lazio, Toscana e Puglia effettuano circa l'80% delle mastectomie in mobilità (tab. 49).

In Campania 98 Istituti eseguono mastectomie ma i primi 10 in ordine di rango eseguono circa il 65% del totale degli interventi regionali (tab. 50), in particolare la Fondazione Sen. Pascale di Napoli esegue il 29% di tutte le mastectomie.

È interessante notare che le durate medie delle degenze totali di alcuni istituti (Pol. Federico II, C. di C. Mediterranea di Napoli, Osp. S.M. Incoronata di Cava de' Tirreni e C. di C. Malzoni - Villa dei Platani di Avellino) risultano sensibilmente inferiori a quella media campana e assolutamente competitive rispetto alle migliori performances di altre regioni (confronta le tabelle 49 e 50).

La localizzazione della neoplasia non è riportata nel 42% dei casi e attribuita al quadrante sup-est. nel 24%, al sup-int nel 5%, inf-est nel 3% e inf-int 2% (tab. 51).

La tabella 52 riporta la tipologia degli interventi eseguiti in regime ordinario in Campania, e l'intervento più frequente risulta essere la quadrantectomia (45% dei casi) seguito dalla mastectomia monolaterale semplice o allargata (rispettivamente 14 e 16%) mentre la

mastectomia radicale monolaterale semplice o allargata riguardano complessivamente ancora il 14% delle operate.

Interventi sui linfonodi vengono riportati solo nella metà degli interventi costituendo verosimilmente un indicatore di cattiva codifica della SDO (tab. 53), gli interventi segnalati sono costituiti da asportazione radicale o asportazione semplice dei linfonodi ascellari (95%).

3.4 Neoplasie del Colon retto

I ricoveri con diagnosi di neoplasia del colon retto presentano un netto incremento nel numero di ricoveri a partire dall'anno 1999 (tab. 54 e figura 12), in particolare confrontando gli anni 1997-2000 tale aumento risulta essere pari al 33%.

La maggior quota è dovuta all'incremento del 114% dei trattamenti chemioterapici verosimilmente dovuto a variazione dei protocolli terapeutici. Anche gli interventi chirurgici risultano complessivamente aumentati del 15% rispetto al 1997 ma, come mostrato in figura 12, solo a partire dall'anno 2000.

La degenza media preoperatoria mostra un lieve incremento mentre quella operatoria totale una diminuzione della durata del 7% (tab. 54).

Nell'anno 2000, 4680 cittadini residenti in Campania risultano affetti da neoplasia del colon retto necessitante di ricovero ospedaliero (tab. 37), 3905 si sono rivolti esclusivamente ad istituti campani e 575 ad istituti di altre regioni, mentre 200 hanno necessitato di ricoveri in Campania e altrove.

Il 44% risulta di sesso femminile con un'età media di 65,7 anni e il 56% di sesso maschile con un'età media di poco maggiore (66,2 aa.). L'età media complessivamente considerata è di 66 anni (tab. 39).

Il numero medio di ricoveri per soggetto è di 2 e quello di interventi chirurgici è di 48,7 per 100 soggetti (tab. 37).

I ricoveri complessivi dell'anno 2000 sono 9404 (10,5% in altre regioni) con 2277 interventi chirurgici (12% in altre regioni). L'85% dei trattamenti radioterapici è stato eseguito in altre regioni (tab. 38).

Lombardia, Toscana e Puglia assorbono complessivamente il 57% degli interventi chirurgici in mobilità (tab. 55).

Nella tabella 56 viene riportata la distribuzione degli interventi chirurgici per cancro del colon retto in Campania e si nota che su 102 istituti campani, i primi dieci assorbono circa la metà degli interventi. La C. di C. Mediterranea e le Aziende Ospedaliere di Caserta e Monadi mostrano durate delle degenze medie operatorie paragonabili alle migliori performances extra regionali (cfr. tabelle 55 e 56).

La localizzazione riguarda il colon nel 65,8% (n.s. 36%, sigma 13,2%, discendente 4,7% e ascendente 4,1%) e nel 33,6% dei casi il retto e la giunzione retto-sigmoidea (tab. 57).

Tra gli interventi eseguiti negli istituti campani, l'emicolectomia da sola costituisce il 40% dei casi mentre i vari tipi di colostomia rappresentano complessivamente il 13% del totale (tab. 58).

Gli interventi sulle strutture linfatiche vengono riportati in un'esigua minoranza di casi e riguardano prevalentemente l'asportazione di linfonodi regionali (tab. 59).

3.5 Neoplasie dell'Utero

I ricoveri per neoplasie dell'utero presentano un incremento a partire dall'anno 2000 del 16% circa (tab. 60). Come mostrato in figura 13, l'incremento riguarda principalmente i trattamenti chemioterapici (69%) ed i ricoveri senza int. chirurgico o radio o chemioterapia piuttosto che gli interventi chirurgici.

La diminuzione percentuale degli interventi chirurgici potrebbe spiegare il calo della durata della degenza media e dell'importo medio per caso trattato.

Nell'anno 2000, 1196 cittadine residenti in Campania risultano affette da neoplasia del l'utero necessitante di ricovero ospedaliero (tab. 37), 1038 si sono rivolte esclusivamente ad istituti campani e 124 ad istituti di altre regioni, mentre 34 hanno necessitato di ricoveri in Campania e altrove. L'età media delle donne affette è di 60 anni (tab. 39).

I ricoveri complessivi dell'anno 2000 sono 2147 (17% in altre regioni) con 535 interventi chirurgici (8% in altre regioni) (tab. 38). Il 68% dei trattamenti radioterapici è stato eseguito in altre regioni.

Il numero medio di ricoveri per soggetto è di 1,8 e quello di interventi chirurgici è di 44,7 per 100 soggetti (tab. 37).

La regione di prima scelta, nell'ambito della migrazione per intervento chirurgico per neoplasia dell'utero, è la Lombardia con il 59% seguita dalla Liguria con il 10% dei casi (tab. 61).

In Campania, nell'anno 2000, 75 istituti hanno eseguito interventi per neoplasia dell'utero ma i primi dieci raggiungono il 54% del totale regionale. Al primo posto in ordine di rango, si segnala la C. di C. Malzoni - Villa dei Platani di Avellino con il 17% del totale degli interventi campani, seguita dalla Fondazione Pascale (7%), dal Policlinico Federico II e dall'Ospedale Fatebenefratelli di Benevento (5% ciascuno) (tab. 62).

Le degenze medie campane, con l'eccezione della Fondazione Pascale e dell'A.O. Ruggi d'Aragona di Salerno, sono paragonabili a quelle medie dei casi trattati in altre regioni (cfr. tabelle 61 e 62).

Dal confronto delle tabelle 61 e 62 emerge inoltre il valore dell'importo medio per caso trattato della C. di C. Malzoni - Villa dei Platani di Avellino di 9,9 milioni di lire rispetto ad una media regionale campana di 7,7 ed una relativa ai casi trattati in mobilità di 8,2 milioni. È possibile che tale valore sia giustificato dalla *selezione* di casi particolarmente complicati che assorbono più risorse, per esempio, di quelli trattati dalla Fondazione Pascale o da istituti specializzati della Lombardia ma è verosimile che sia necessaria un'attenta verifica delle modalità di codifica delle SDO emesse dall'Istituto. In ogni caso la selezione dei pazienti è uno dei fenomeni cd.

opportunistici che possono essere ingenerati dal sistema di pagamento a DRG e va attentamente monitorato.

La sede non è specificata nel 16,3% dei casi mentre nel 46,8% è riportata la localizzazione al corpo dell'utero e nel 36,4% al collo dell'utero (tab. 63).

Tra gli interventi per Ca. dell'utero, l'isterectomia addominale è eseguita nell'85% dei casi mentre quella per via vaginale solo nel 6% (tab. 64). Gli interventi sulle strutture linfatiche vengono riportati nel 50% delle SDO e riguardano nella quasi totalità l'asportazione radicale di linfonodi (tab. 65).

3.6 Neoplasie della Prostata

I ricoveri per neoplasia maligna della prostata mostrano un costante incremento negli anni considerati ma è particolarmente rilevante nell'anno 2000 rispetto al precedente (tab. 66 e figura 14). Anche gli interventi chirurgici sono incrementati fino all'11% del totale dei ricoveri ma come si nota in figura 14 l'incremento riguarda principalmente i dimessi senza int. chirurgico e senza radio e chemioterapia.

Gli interventi per via transuretrale (TURP) pur essendo numericamente aumentati si sono percentualmente ridotti sul totale degli interventi passando dal 38% del 1997 all'attuale 27% (tab. 66 e 69). Interventi di asportazione di linfonodi regionali vengono riportati solo in 13 SDO. La riduzione della durata media delle degenze preoperatorie e totali dei casi chirurgici è stato nettissimo (- 45% per la D.M. preoperatoria e - 31% la chirurgica totale).

Nell'anno 2000, 1881 cittadini residenti in Campania risultano affetti da neoplasia della prostata necessitante di ricovero ospedaliero (tab. 37), 1567 si sono rivolti esclusivamente ad istituti campani e 269 ad istituti di altre regioni, mentre 45 hanno necessitato di ricoveri in Campania e altrove.

L'età media è di 72,3 anni (tab. 39).

Il numero medio di ricoveri per soggetto è di 1,4 e quello di interventi chirurgici è di 20,2 per 100 soggetti (tab. 37).

I ricoveri complessivi dell'anno 2000 sono 2613 (16% in altre regioni) con 317 interventi chirurgici (26% in altre regioni) di cui con la metodica TURP 72 (13% in mobilità) (tab. 38).

L'89% dei trattamenti radioterapici è stato eseguito in altre regioni.

Toscana, Puglia, Veneto e Lombardia assorbono complessivamente il 76% degli interventi chirurgici in mobilità (tab. 67).

In Campania, nell'anno considerato, risultano 42 istituti che eseguono interventi alla prostata per neoplasia maligna, i primi dieci raggiungono complessivamente il 69% degli interventi regionali ed i primi quattro (A.O. Cardarelli, Policlinico Federico II, Osp. Fatebenefratelli di Benevento e Fondazione Pascale) il 50% circa (tab. 68).

Le performances medie campane relative alla durata della degenza appaiono migliori di quelle medie dei casi trattati in altre regioni (cfr. tab. 67 e 68).

Le tipologie di intervento chirurgico, precedentemente illustrate, sono riportate nella tabella 69.

3.7 Neoplasie dell'Ovaio

I dati relativi ai ricoveri in Campania per neoplasia maligna dell'ovaio mostrano, nel periodo considerato, un andamento oscillante non facilmente spiegabile (tab. 70 e figura 15). È necessario pertanto prolungare il periodo di osservazione e completare lo studio unendo i dati relativi alla mobilità in altre regioni nel quadriennio 1997-2000.

In ogni caso, confrontando i dati relativi all'anno 2000 con il 1997 si nota complessivamente un incremento dei ricoveri del 20% e degli interventi chirurgici del 22,5.

I trattamenti chemioterapici sono incrementati del 49%.

I valori relativi alla durata della degenza media preoperatoria e totale dei casi chirurgici e l'importo medio dei casi trattati non si sono modificati sostanzialmente nei quattro anni (tab. 70).

Nell'anno 2000, 935 cittadine residenti in Campania risultano affette da neoplasia del l'utero necessitante di ricovero ospedaliero (tab. 37), 800 si sono rivolte esclusivamente ad istituti campani e 115 ad istituti di altre regioni, mentre 20 hanno necessitato di ricoveri in Campania e altrove. L'età media delle donne affette è di 58 anni (tab. 39).

I ricoveri complessivi dell'anno 2000 sono 2350 (16% in altre regioni) con 240 interventi chirurgici (12,1% in altre regioni). Il 18% dei ricoveri per chemioterapia è avvenuto in altre regioni (tab. 38).

Il numero medio di ricoveri per soggetto è di 2,5 e quello di interventi chirurgici è di 25,7 per 100 soggetti (tab. 37).

La regione di prima scelta, nell'ambito della migrazione per intervento chirurgico per neoplasia dell'ovaio, è ancora la Lombardia (31%) seguita dal Lazio (28%) (tab. 71).

In Campania i primi dieci istituti, in ordine di rango, hanno eseguito il 65% degli interventi regionali (tab. 72).

La localizzazione riportata nella SDO riguarda l'ovaio nel 94% dei casi (tab. 73)

Gli interventi eseguiti sono illustrati nella tabella 74 che mostra che l'asportazione bilaterale delle ovaie e delle tube è l'intervento di scelta nel 59% dei casi.

Interventi sulle strutture linfatiche vengono riportati solo nel 26% delle SDO e riguardano nell'80% dei casi asportazione radicale dei linfonodi (tab. 75).

In tabella 76 si riportano in ordine di rango gli ospedali che codificano interventi sulle strutture linfatiche in associazione agli interventi su ovaio e annessi per neoplasia maligna, con la rispettiva percentuale di codifica.

3.8 Neoplasie della Tiroide

Dal 1997 ad oggi il numero di interventi chirurgici eseguiti in Campania per Carcinoma della tiroide è aumentato del 60% (tab. 77 e figura 16) mentre i ricoveri di tipo medico (escluso radio e chemioterapia) si sono percentualmente ridotti. Una migliore definizione del trend di questo tumore potrà quindi avvenire solo dopo l'esame dei casi di ricovero effettuati in mobilità anche negli 1997-1999.

La degenza media preoperatoria e, particolarmente, quella complessiva dei casi operati, si sono ridotte sensibilmente nel quadriennio in esame. L'incremento del valore finanziario medio dei DRG è principalmente dovuto all'incremento percentuale degli interventi chirurgici.

Nel 2000, 845 soggetti affetti da neoplasia della tiroide hanno avuto necessità di almeno un episodio di ospedalizzazione, il 53% esclusivamente in altre regioni e l'8% sia in Campania che in altre regioni (tab. 37) dimostrando così che le problematiche assistenziali campane, relativamente a questa malattia, sono tutt'altro che risolte.

La media di ricoveri per soggetto è di 1,4 e quella di interventi chirurgici per 100 soggetti è di 46,5.

Complessivamente, i ricoveri di campani sono stati 1206 con 393 interventi chirurgici (tab. 38).

Il 74% dei soggetti è femmina con una età media di 46,5 anni che risulta essere la più giovanile tra tutte le neoplasie considerate in questo rapporto (tab. 39).

La Toscana è evidentemente la regione di riferimento per i casi in mobilità sanitaria con il 77% dei ricoveri fuori regione (tab. 78).

I primi dieci istituti della Campania, in ordine di rango, eseguono circa l'80% degli interventi chirurgici e, in particolare, l'AUP Federico II il 29,1% e l'AUP SUN il 15,4% (tab. 79).

La tiroidectomia completa viene eseguita nel 72% dei casi (tab. 80).

Interventi sulle strutture linfatiche vengono riportati nel 17% degli interventi e riguardano nel 72% asportazione di linfonodi regionali con dissezione radicale monolaterale del collo nel 26% dei casi (tab. 81).

3.9 Misure di occorrenza e considerazioni conclusive

A conclusione di questo rapporto si riportano, per un opportuno confronto con le altre regioni ed interno alla nostra stessa regione, i tassi di prevalenza di periodo in riferimento ai soggetti residenti in Campania ospedalizzati in Italia nell'anno 2000 con una diagnosi di Neoplasia Maligna (codici ICD 9 compresi tra 140 - 208 e 230 - 239) in qualunque campo diagnostico.

Questi tassi non vogliono essere misure classiche di prevalenza della malattia né tanto meno di incidenza in quanto, come già più volte specificato, l'archivio SDO non può sostituire un registro tumori di popolazione. Esse non tengono conto del mix di pazienti che costituisce la popolazione osservata (casi incidenti e casi prevalenti) e non osserva, in questo modo, i pazienti, in remissione o guariti che nel periodo in esame non hanno necessitato di ricovero (ordinario o day hospital che sia).

Inoltre non tengono conto di differenze nei comportamenti degli erogatori originati sia da differenti protocolli sia da comportamenti opportunistici ed inoltre non possono tenere conto della qualità della codifica della SDO che per ipotesi si assume corretta. Tuttavia, pur con tutte le problematiche sollevate, possono costituire base di discussione e confronto per indagare fenomeni evidenti nelle tabelle e figure esposte in quanto riflettenti differenze significative tra i dati relativi ad alcune aziende sanitarie locali, dati in accordo con quelli disponibili relativi alla mortalità per malattie neoplastiche maligne nelle medesime aziende. Questi dati potrebbero costituire una utile base per la programmazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera e per l'avvio di opportune indagini epidemiologiche.

Nella tabella 82 e nella figura 19 sono riportati i tassi (per 100.000 ab.) distinti per sesso e per età, dei pazienti campani affetti da neoplasia maligna (codici ICD 9 compresi tra 140 - 208 e 230 - 239) che sono stati ospedalizzati nell'anno 2000.

Nella figura 19 sono mostrati i tassi standardizzati sulla popolazione campana con la standardizzazione indiretta, per sesso e per ASL di residenza dei pazienti.

I tassi minori, rispetto a quelli totali campani, risultano tra i residenti della ASL di Avellino 1 mentre Napoli 1 e Napoli 3 riportano tassi notevolmente elevati per i residenti maschi e Napoli 1, Napoli 3 e Caserta 1 per le femmine (figure 21 e 22).

Nelle tabelle 83 e 84, rispettivamente per femmine e maschi, sono riportati i tassi standardizzati con metodo indiretto sulla popolazione campana ed il Rischio Relativo (RR) calcolato sul tasso minore (ASL Avellino 1 utilizzato come riferimento ottimale) insieme ai relativi intervalli di confidenza al 95%.

Come si nota numerose aziende, pur con le premesse sopraelencate, risultano essere significativamente distanti dal tasso scelto come riferimento.

È verosimile che, dopo aver tenuto conto delle attività assistenziali oncologiche di prevenzione, diagnosi e cura erogate ai residenti (valutazione dello stato di attuazione degli screening pre sintomatici, appropriatezza dei protocolli diagnostici e terapeutici e prevenzione dei fenomeni opportunistici degli erogatori), in tali aziende siano necessarie opportune indagini epidemiologiche sulla salubrità ambientale e sui comportamenti definibili a rischio per lo sviluppo di malattie neoplastiche maligne.

È auspicabile che, almeno in tali aziende, si realizzi in via sperimentale la connessione di banche dati sanitarie al fine di costituire un Sistema Informativo Oncologico.

In particolare ci si riferisce alle possibili connessioni tra l'archivio SDO, le Anagrafi Assistite ed il Registro delle Cause di Morte (RENCAM), che potrebbero fungere, con un minimo investimento di risorse e con corrette attività di "*clinical monitoring*", da solida base informativa sia per la programmazione sanitaria regionale sia per un istituendo registro tumori di popolazione.

Secondo il P.O.N., la condizione principale per un efficace intervento di controllo del cancro, è che le relative azioni siano adeguatamente coordinate ed integrate a livello regionale. Solo realizzando l'integrazione organizzativa delle risorse dedicate alla conoscenza della distribuzione della malattia, alla prevenzione, alla diagnosi e, particolarmente, di quelle dedicate alle cure oncologiche, è prevedibile il miglioramento dell'efficacia dei servizi sanitari.

Infatti, la possibilità di disporre di tecnologie di elevata qualità, sia a livello diagnostico sia terapeutico, e contestualmente il conseguimento delle migliori forme di integrazione di chirurgia, chemioterapia e radioterapia consentono di ottenere migliori risultati in termini di sopravvivenza.