

LEGA ITALIANA

per la LOTTA contro i TUMORI

Prevenire è vivere

Agenda Presentazione 21.2.2020

1. Background e genesi dell'idea progettuale
2. Lo Studio CHOiCE: Schema di studio, cenni ai materiali e metodi
3. Valore aggiunto e possibili evoluzioni

LILT (Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori) Prevenzione oncologica e promozione della salute



PREVENTION IS *life*

Prevention, Monitoring and rehabilitation interventions for improve life-long conditions in oncological patients



European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing
PARTNER

LILT BIELLA

NUMBERS

FROM DECEMBER 2016

- Establishment of new and advanced Multifunctional Oncological Center of **2.700 sq.m.**
- Increase the number of interventions/visits **+42%** from 3.200 per year in 2016 to 5.600 per year in 2017

LILT BIELLA

Italian League against Cancer - Biella Section

SECONDARY PREVENTION

AREA

- EARLY DETECTION OF CANCER** not covered by regional screening programmes
- "FRIENDLY DESK"** to be in charge of administrative practice and social security issues in case of cancer diagnosis

PRIMARY PREVENTION

AREA

- Health information for **CANCER PREVENTION**
- 5 DIFFERENT OUTPATIENTS FACILITIES FOR HEALTHY AND ACTIVE LIFESTYLES PROMOTION:**
 - Nutrition
 - Detection of alcohol and tobacco consumption,
 - Second level anti-smoking center,
 - Adapted Physical Activity (EFA)



105 Provincial Sections

TERTIARY PREVENTION

AREA

- REHABILITATION TREATMENTS FOR ONCOLOGICAL PATIENTS AND CANCER SURVIVORS** through a broad-wide approach: physical, psychological, employment
- TRAINING INITIATIVES** for health professionals, educators and volunteers

Prevenzione Terziaria

Esercizio Fisico Adattato



Riabilitazione del Pavimento Pelvico



Psico-oncologia



Avviato nel 2016 grazie al progetto pilota "Esercizio-terapia e percorsi formativi integrati per una longevità attiva e indipendente".

Dal 2019 avvio dello studio CHOICE RCT multicentrico su "Esercizio fisico personalizzato in pazienti oncologici".

Servizio attivo dal 2018 grazie al sostegno della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta

Ambulatorio con servizi di supporto psicologico al paziente e al caregiver erogati in continuità dal 2011.

Palestre come esempi di «Smart Environment» for healthy ageing



[European Commission](#) > [Strategy](#) > [Digital Single Market](#) > [Reports and studies](#) >

Digital Single Market

REPORT / STUDY | 12 November 2018

Smart Healthy Age-Friendly Environments network launches Joint Statement for policy making

Invecchiamento della popolazione e cronicità



**World Health
Organization**

78-80%

Delle risorse sanitarie a livello mondiale speso per malattie croniche

15%

Della popolazione Italiana riferisce la presenza di almeno una patologia cronica

80%

Delle persone di età superiore a 65 anni sono affette da malattie croniche come scompenso, diabete, demenza, ipertensione...

**Da 88
a 152
mln**

La crescita degli abitanti europei con età superiore a 65 anni da oggi fino al 2060

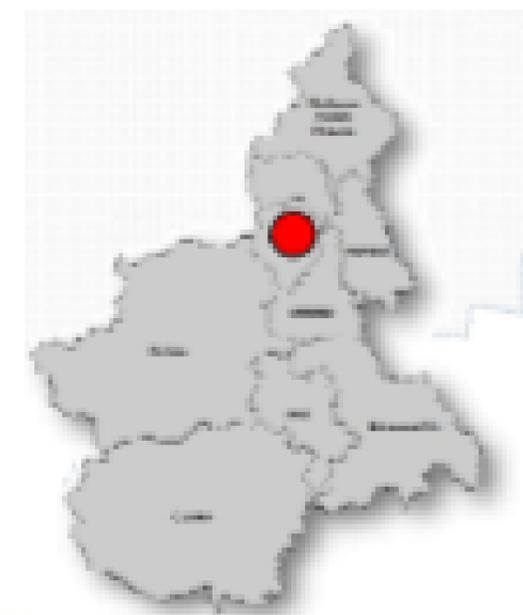
Il contesto locale

Il Biellese - dati demografici al 31/12/16

	ASL BI	Piemonte	Italia
Tasso di natalità	6,14	7,22	7,81
Tasso di mortalità	13,67	11,61	10,15
Indice di invecchiamento	248,15	197,61	165,33

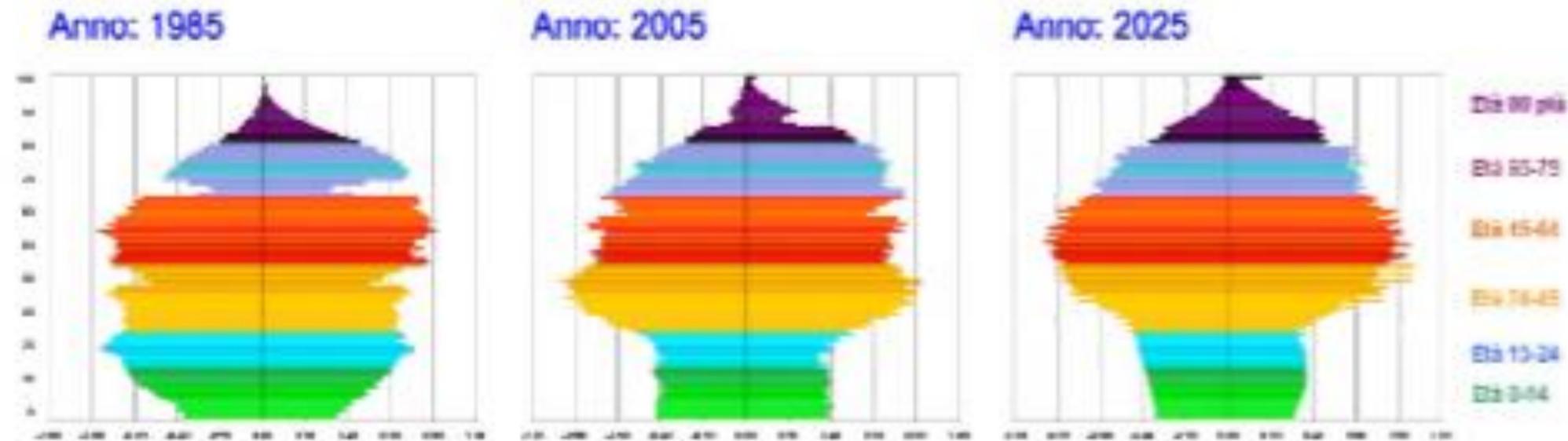
Tasso di natalità più basso della media regionale ed il tasso di mortalità più alto.

L'indice di invecchiamento più alto della media regionale e molto più alto della media dell'Italia



Il contesto locale

Il Biellese - dati demografici al 31/12/16



Dal 1985 al 2025 si riducono gli abitanti di età compresa tra 0 e 24 anni mentre aumentano gli abitanti sia della fascia 45 – 64 sia della fascia over 65

Sostenibilità vs minacce SSN

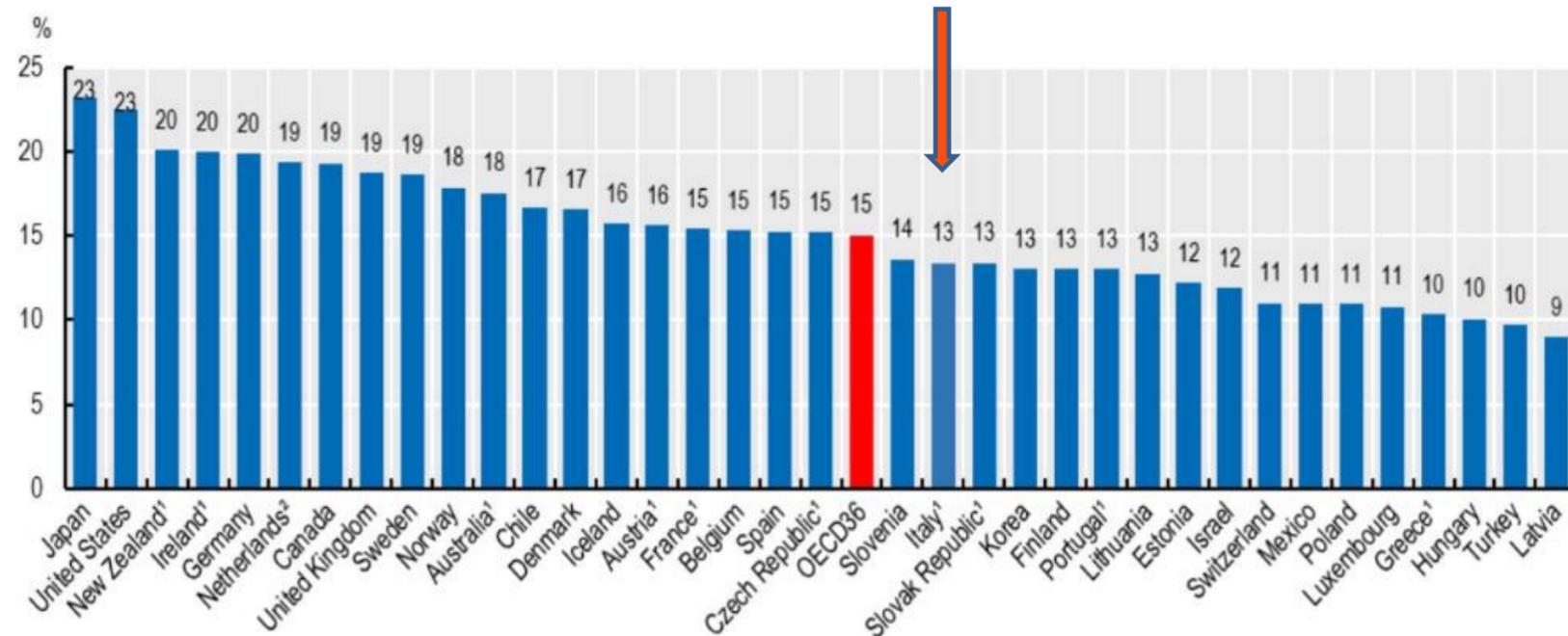
- Progressivo invecchiamento della popolazione
- Costo crescente delle innovazioni (in particolare quelle farmacologiche)
- Aumento della domanda di servizi e prestazioni da parte della popolazione
- Riduzione degli investimenti pubblici in Sanità
(Progressiva riduzione del tasso di crescita dal 7,4% nel 2001-2005, al 3,1% nel 2006-2010 fino allo 0,1% nel 2011-2017)



Rapporto OCSE «Spesa Sanitaria»: Italia vs media OCSE

- Spesa pubblica in Sanità: media OCSE (a 36) è il 15%
- In Italia finanziamento pubblico in Sanità sottodimensionato è il 13%
- In Europa la quota più alta raggiunta: Germania e Irlanda oltre il 20%

Figure 4. Health expenditure from public sources as a share of total government expenditure, 2017 (or nearest year)



1. Public is calculated using spending by government schemes and social health insurance schemes.
 2. Public is calculated using spending by government schemes, social health insurance and compulsory private insurance
 Total government expenditure includes spending by social security.
 Source: OECD Health Statistics 2019.

FOCUS ON



Public funding of health care

February 2020

More than 70% of health spending across OECD countries is funded from public sources

In all OECD countries, a significant share of the economy is used to improve or preserve the health of the population. On average, 8.8% of a country's Gross Domestic Product (GDP) was dedicated to health in 2018.

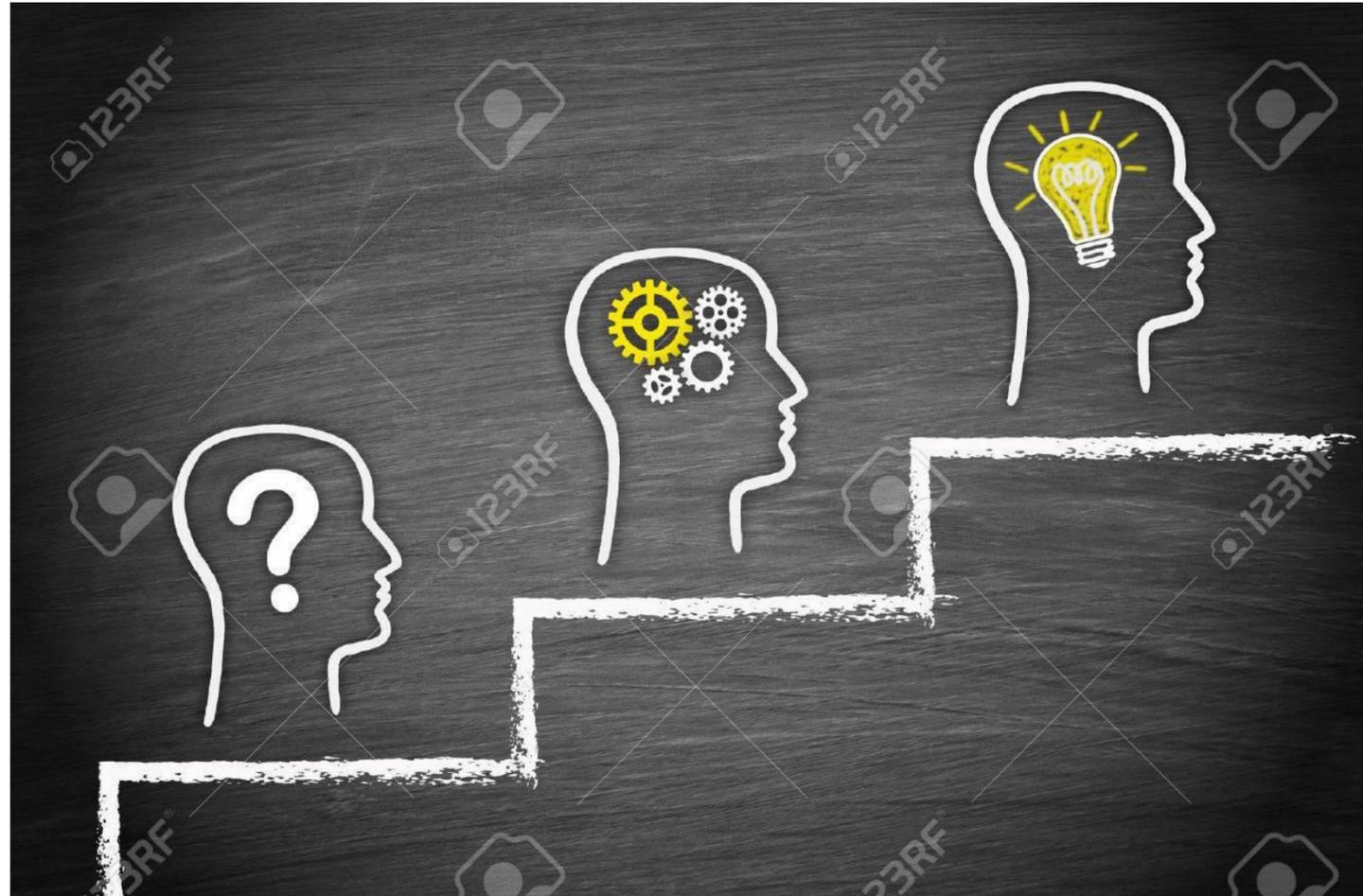
A substantial proportion of health spending is funded out of public resources – which mainly refer to funding from government revenues generated from tax income, and social insurance contributions. In 2017, they financed around 71% of health expenditure across the OECD (Figure 1). This share was particularly high in Norway and Luxembourg (85% of total spending), and lowest in Switzerland (financing less than a third of spending).

In Norway and Denmark, the high share of spending from public sources reflects exclusively governmental transfers to NHS-type financing schemes. In other countries, such as Japan (84%), public funding refers to a mix of social insurance contributions from employees and employers (43%) as well as government transfers to social health insurance schemes and government programmes.

In Switzerland and the United States, the low level of public funding is due to the fact that mandatory health coverage from private insurers is mainly financed via premium payments by households which are considered as private sources. In Mexico and Chile, households cover a substantial part of total spending from their own resources out of pocket.

These figures are primarily based on an analysis of the sources of revenue of insurers and other payers (so-called financing schemes) as the criteria to distinguish between public and private health funding (Box 1).

Da qui la necessità di organizzare nuove soluzioni per la sostenibilità e presa in carico



Avvio Progetto Pilota EFA: 2017-18



Fondi per la ricerca sanitaria 5xMille 2016 LILT Nazionale

Studio pilota per pazienti oncologici in fase di stabilità clinica articolato in 2 percorsi:

- ✓ Percorso EFA (Esercizio Fisico Adattato): 12 settimane
- ✓ 3 workshops tematici rivolti ai pazienti (aperti anche ai caregivers)

Campione: N=18

Età media: 58,9 aa (DS=7,5)

89% (N=16) genere femminile

11% (N=2) genere maschile

Obiettivi

- Acquisizione stile di vita più attivo (aumento volume AF settimanale)
- Miglioramento capacità funzionale e forma fisica:
 - ✓ Composizione corporea (FM/FFM)
 - ✓ Capacità aerobica (VO2max)
 - ✓ Forza muscolare di tronco, arti superiori ed inferiori
 - ✓ Mobilità articolare
 - ✓ Flessibilità muscolotendinea
- Miglioramento qualità di vita salute-correlata

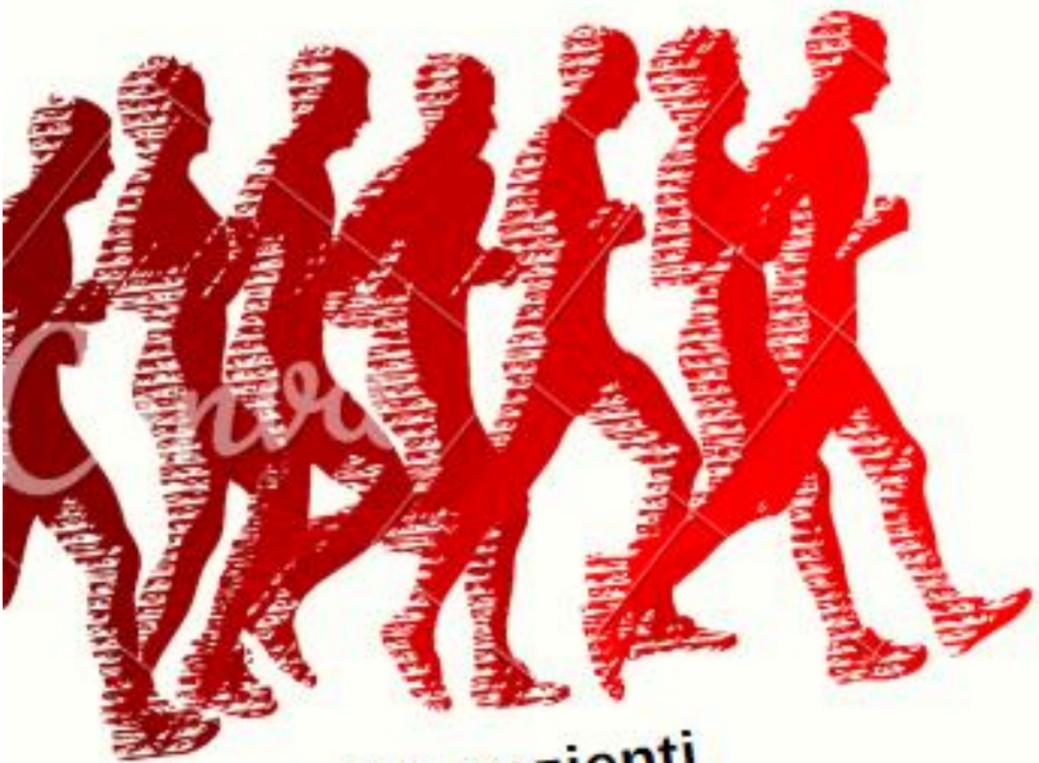
Avvio Progetto Pilota EFA: 2017-18

Fondi per la ricerca sanitaria 5xMille 2016 LILT Nazionale

Poster scientifico “Promuovere stili di vita salutari – L’Esercizio Fisico Adattato (EFA) come strumento di *patient-empowerment* in Oncologia”

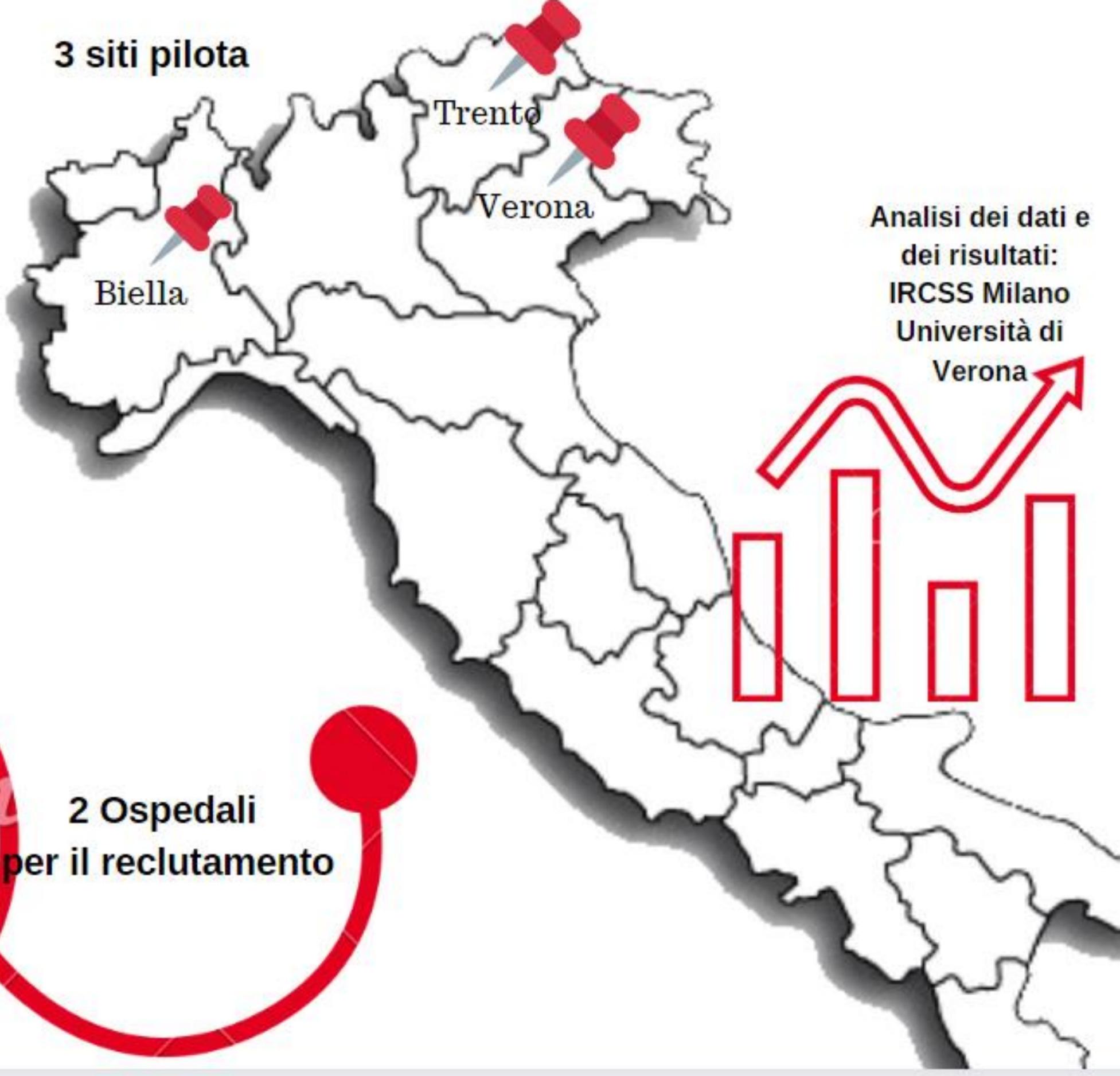
Maggio 2018 - XXII Congresso Nazionale **CIPOMO** (Collegio Italiano dei Primari Oncologi Medici Ospedalieri)
Torino – Maggio 2018





100 pazienti

3 siti pilota

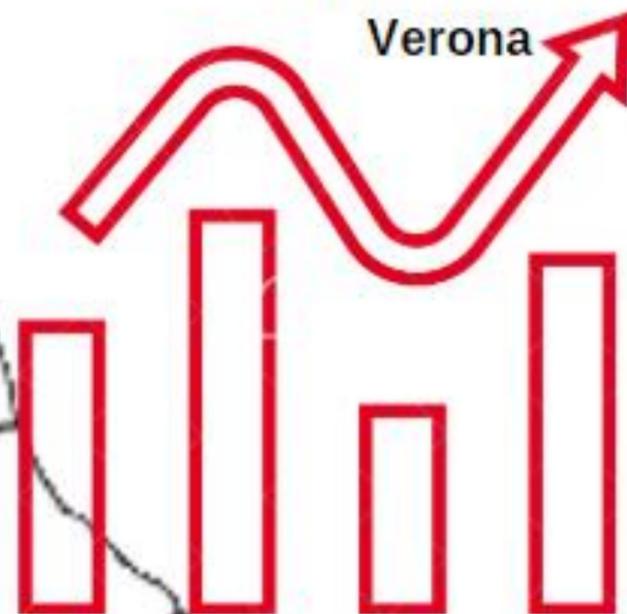


Biella

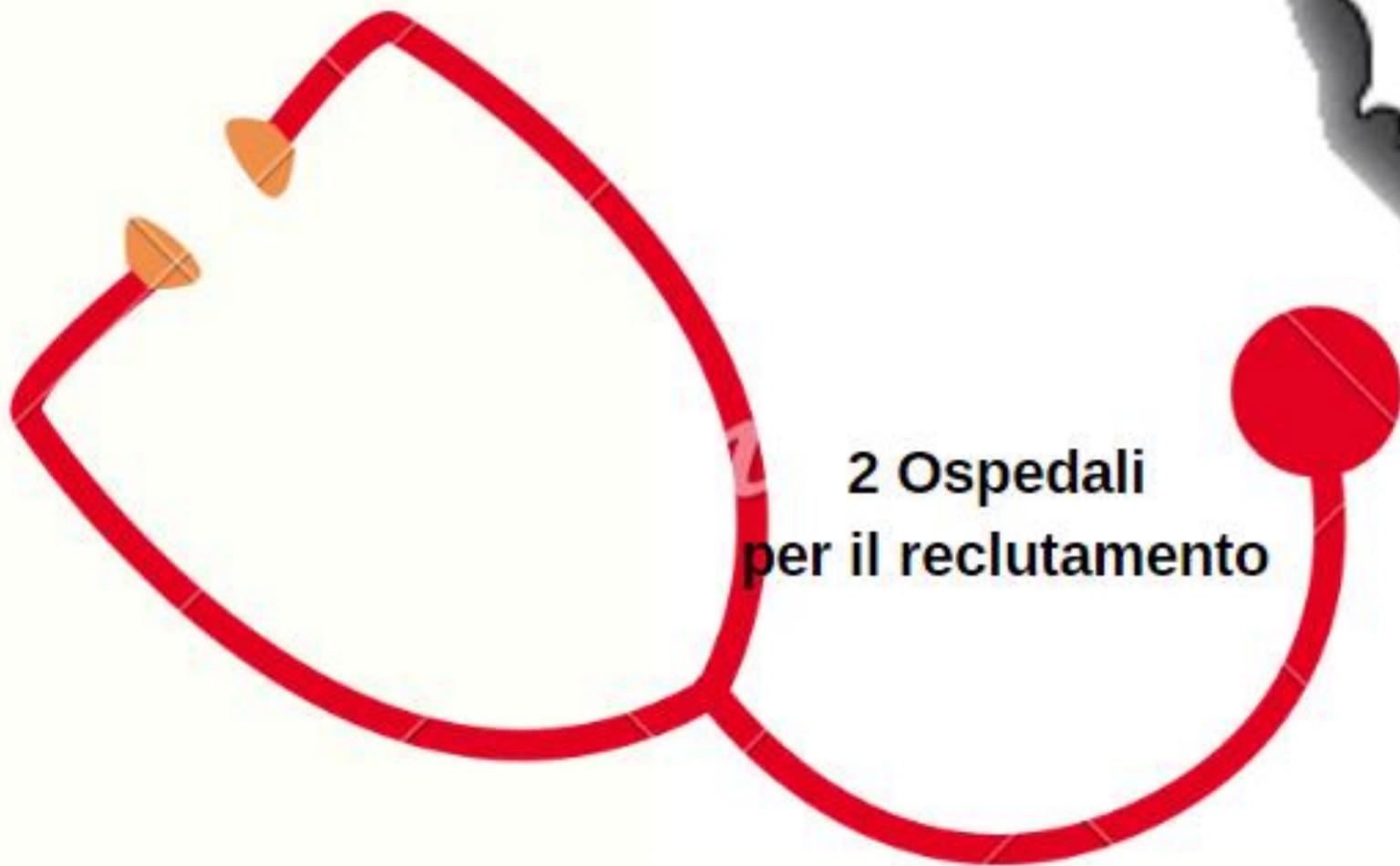
Trento

Verona

Analisi dei dati e
dei risultati:
IRCSS Milano
Università di
Verona



2 Ospedali
per il reclutamento



CHOiCE: Choose Health: Oncological patients Centered Exercise – STUDIO PILOTA RANDOMIZZATO

OBIETTIVI

Promuovere l'EF finalizzato al miglioramento della **qualità della vita** e al recupero delle **capacità salute-correlate** nel paziente oncologico

Misurare il livello di miglioramento di **specifici parametri funzionali** e di qualità della vita attraverso un programma che tenga conto delle preferenze e/o barriere del paziente verso l'EF

PARTECIPANTI

Target
80 pazienti

Criteri di inclusione

- - Neoplasia maligna (mammella, colon-retto, prostata, polmone, ovaie, utero, cervice-ut.) radicalmente operata dal 2017
 - Parare positivo del medico
 - Firma del consenso informato

Materiali e Metodi: intervento

Braccio sperimentale

**12 settimane di
Esercizio Fisico
Adattato**
ACS/ACSM

- 3 modalità:**
- Personal Training
 - Small Group Training
 - Autonomia

Braccio controllo

**Gestione autonoma
dello stile di vita**

**Opuscolo informativo
benefici AF**
ACS/ACSM

**Timing
Valutazioni**

T0: pre intervento

**T1: 3 mesi post
intervento**

T2: 6 mesi (follow-up)

T3: 9 mesi (follow-up)

Modello organizzativo CHOiCE – Schema generale

RECLUTAMENTO
PAZIENTI



ASSESSMENT (T0)



PROGRAMMA
PERSONALIZZATO DI
ESERCIZIO FISICO
ADATTATO



Mix disciplinare:

- ✓ CAPACITA FUNZIONALI SALUTE-CORRELATE
- ✓ MISURE ANTROPOMETRICHE
- ✓ COSTRUTTI PSICO-SOCIALI

RACCOLTA, ANALISI
DATI CENTRALIZZATA
ED ELABORAZIONE



12 SETTIMANE DI
TRAINING +
VALUTAZIONI T1, T2



End points: test e misure



Livelli di EF (end-point primari)

- Aderenza al programma CHOiCe
- Percentuale Drop-out
- Sicurezza dell'intervento
- Volumi e intensità di EF settimanale
(*Questionario self-report GLTEQ*)



End points: test e misure

Capacità funzionali salute-correlate (end-point secondari)

- **Fitness cardio-respiratoria** (*6MWT*)
- **Forza muscolare aass** (*Hand-grip Test*)
- **Forza muscolare aaii** (*Isometric Leg-press Test*)
- **Flessibilità miofasciale ccp** (*Sit-and-Reach Test*)
- **Mobilità articolare scapolo-omerale** (*Back-Scratch Test*)

Misure antropometriche (end-point secondari)

- **Peso** (kg)
- **Altezza** (cm)
- **BMI** (kg/m²)
- **Circonferenza vita** (cm)
- **Circonferenza fianchi** (cm)

Costrutti psico-sociali (end-point secondari)

- **Qualità della vita** (*EORTC QLQ C-30*)
- **Performance status** (*Karnofsky index*)
- **Physical Activity Enjoyment** (*PAES*)

Timeline: Studio CHOiCE

Fondi ricerca
sanitaria
nazionale
5XMille

**Nov 2018-Marzo
2019**

Avvio del
progetto

Maggio 2019 :

Protocollo di
studio e
materiali

Primavera 2019

Protocollo di
studio

- CE Verona
giugno 2019
- CE Novara sett
2019

Trial presso i siti

Nov 2019 –
Sett 2020

Analisi dati/
Elaborazione
risultati

Ott 2020–
Mag 2021

Valore aggiunto del percorso CHOiCE

Disponibilità immediata di accesso ad un percorso pratico EFA presso palestre nuove, attrezzate con strumenti di ultima generazione e con personale altamente qualificato

Grazie ai fondi di ricerca sanitaria nazionale è assicurato al paziente un accesso diretto e gratuito

Contribuire alla definizione e costruzione di evidenze scientifiche di «Exercise therapy» in Oncologia

Avviare un percorso organizzativo integrato tra ospedale e territorio per il recupero funzionale di pazienti oncologici e per la promozione di stili di vita salutari

Possibili evoluzioni future



Investigare nuovi quesiti di ricerca (ampliamenti e/o integrazioni post CHOiCe):

- ✓ Monitorare il rischio di mortalità e di recidiva nelle persone che hanno partecipato allo studio
- ✓ Misurare in modo combinato l'impatto dell'EF con altri parametri riferibili ai corretti stili di vita (ad es.: alimentazione sana)



Continuare ad indirizzare i pazienti oncologici verso la pratica EFA nelle palestre dei siti di sperimentazione per promuovere un corretto stile di vita e il mantenimento nel tempo di una «*best practice*» sul territorio

Fit and Happy!



Grazie per l'attenzione!



Ylenia Sacco

saccoyl@gmail.com
y.sacco@liltbiella.it