

Con il patrocinio di

BOLOGNA
HOTEL BOLOGNA
FIERA
Piazza della
Costituzione, 1
25 OTTOBRE 2018

ONCOLOGIA E CRONICITÀ

2018 MOTORE
SANITÀ
Sanità Universale

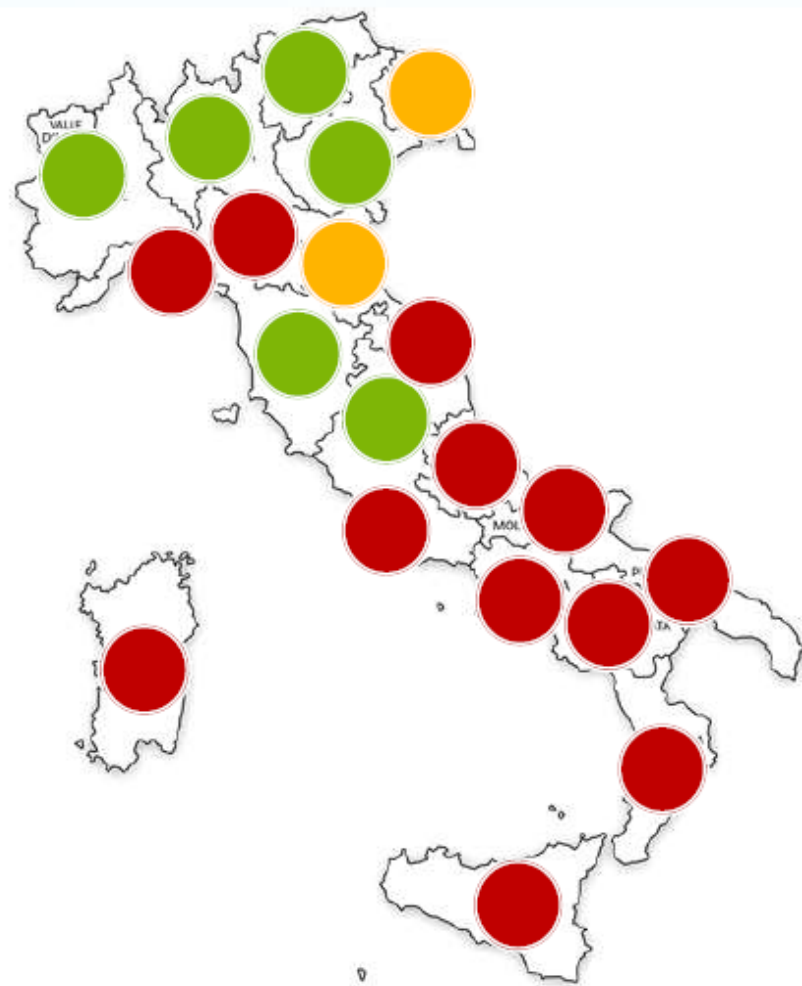
**IL RUOLO DI
TERRITORIO,
OSPEDALE, RETI E
MMG NELLA
PRESA IN CARICO DEL
PAZIENTE
ONCOLOGICO**

Reti (*Assistenziali*)

Antonio Frassoldati
Dip Oncologico - Ferrara

Reti oncologiche in Italia

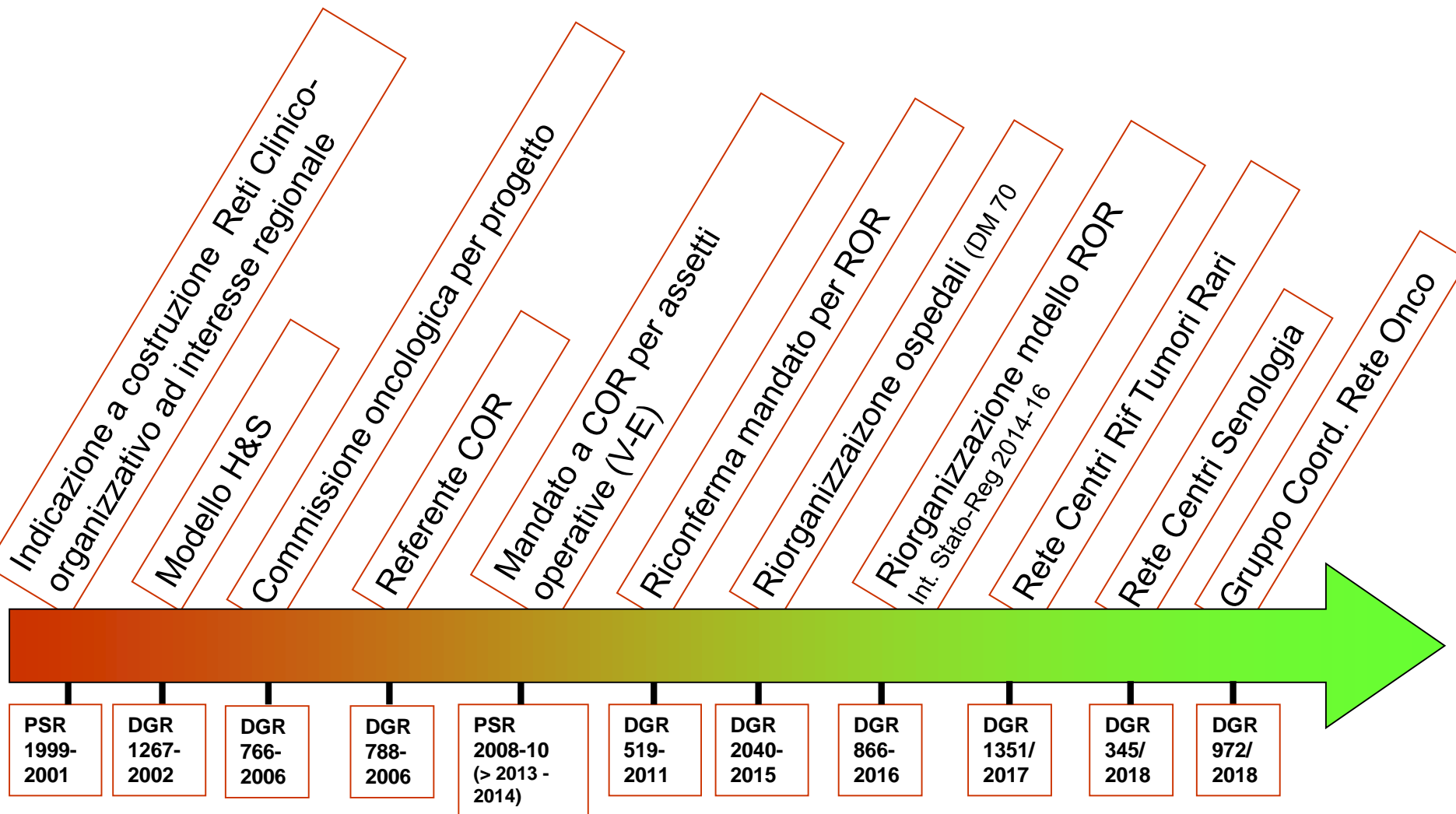
Stato delle Reti Oncologiche Regionali



-  Rete deliberata e attiva
-  Rete deliberata non chiara attivazione
-  Rete in programmazione

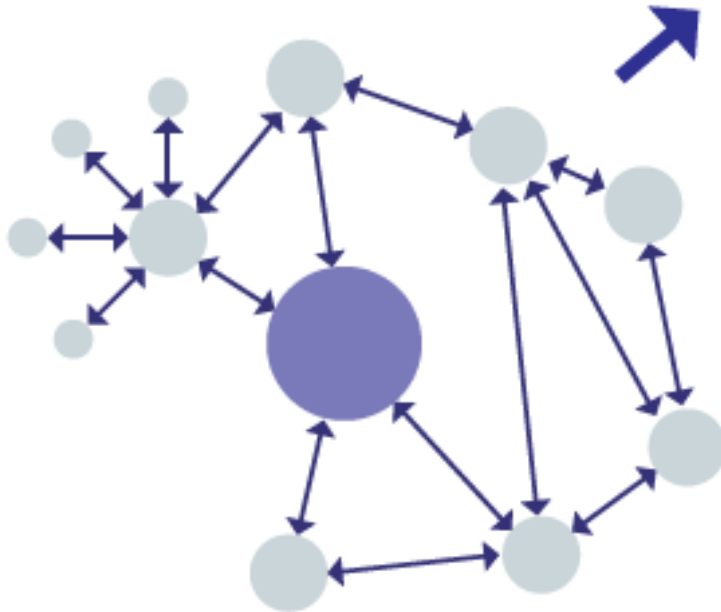
Modello	No.
Hub & Spoke (HS)	8
Comprehensive Cancer Care Network (CCCN)	4
HS/CCCN	1
Dipartimenti	3

L'iter normativo in Emilia Romagna

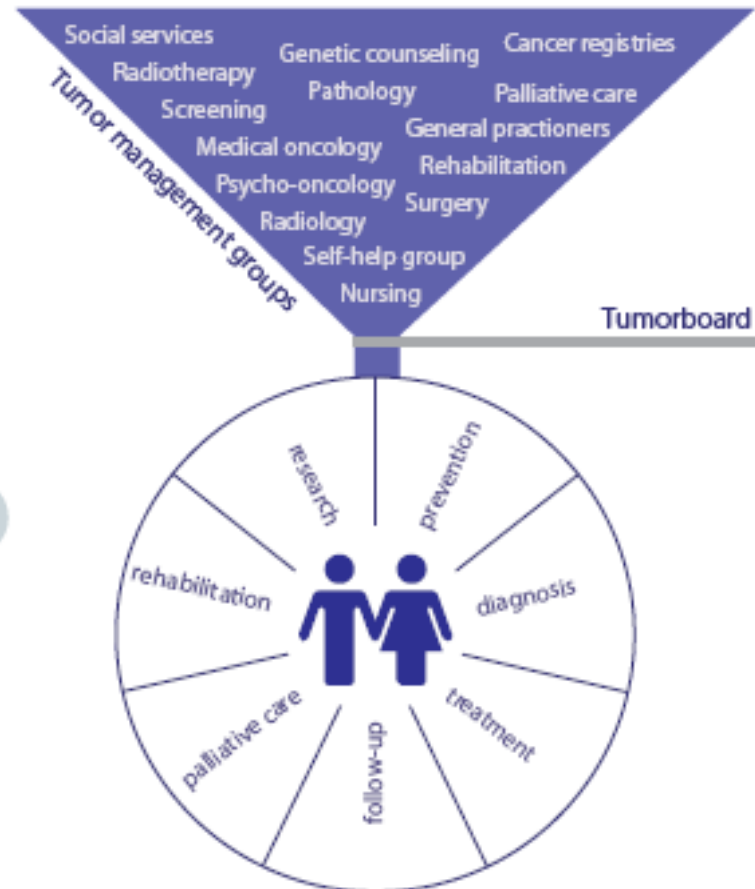


Cancer Clinical Care Network

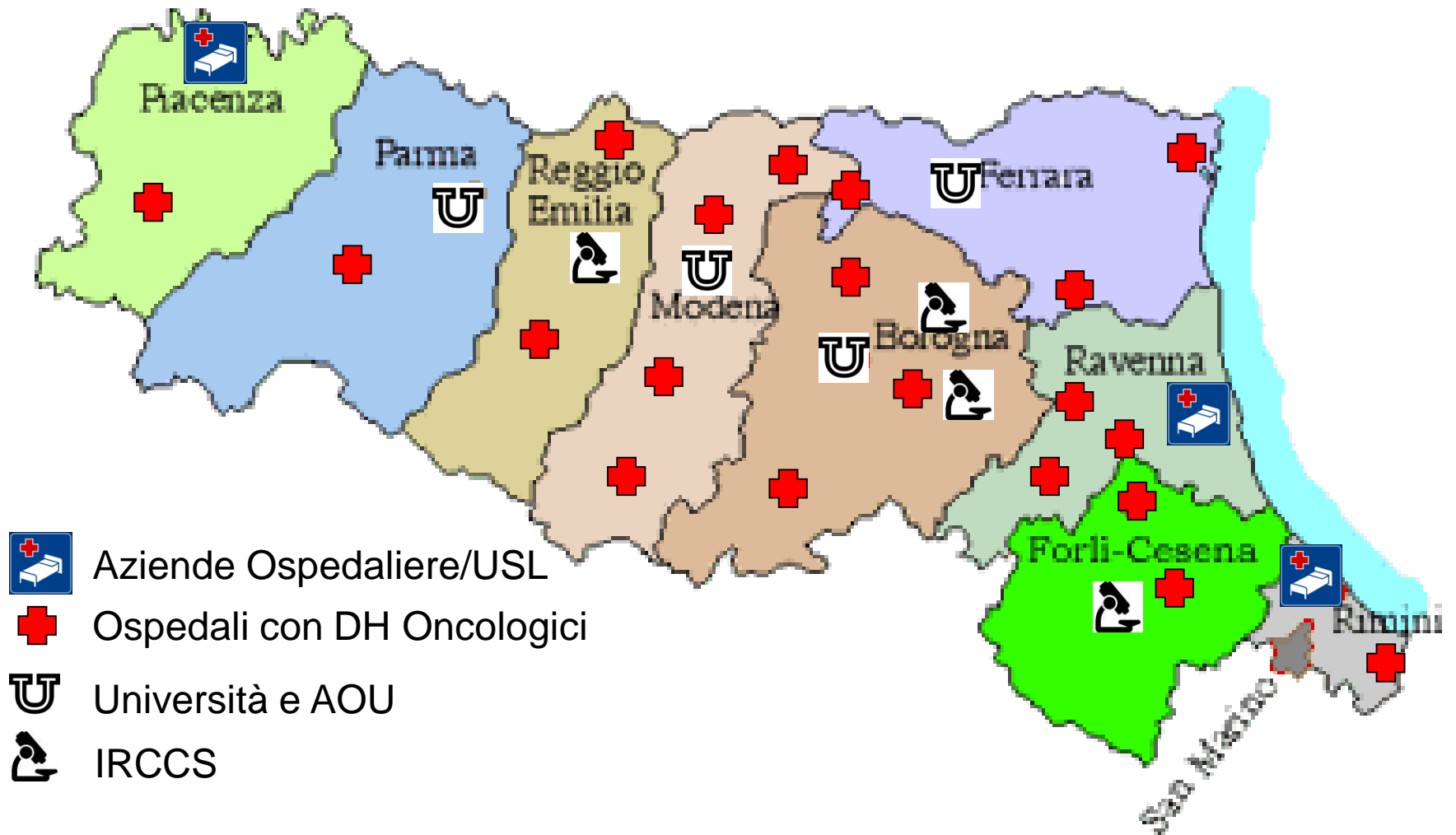
A – NETWORK



B – FUNCTIONALITY



Strutture oncologiche in Emilia Romagna



Cosa giustifica la Rete

Oltre 32.000 nuovi casi di tumore nel 2016 in RER, ed oltre 16.000 decessi, con una sopravvivenza a 5 aa media del 56% nel sesso maschile e del 65% in quello femminile

- Evidenze scientifiche disponibili
- Diseguaglianze di processi ed esiti assistenziali
- Variabilità delle pratiche professionali non giustificata
- Costi elevati per il SSN di pratiche sanitarie ad alto impatto organizzativo o tecnologico
- Indicazione della programmazione nazionale e regionale

Identificare le priorità

Quali obiettivi per la rete

- Il paziente
 - La sua presa in carico
 - La costruzione del suo percorso per le diverse fasi di malattia, dalla prevenzione alla terminalità (*prossimità vs concentrazione*)
 - La interazione ed il coordinamento fra tutte le figure coinvolte (*sanitarie, sociali, lavorative*)
 - La interazione con le altre reti di sua necessità (*altre cronicità*)
 - La gestione delle sue situazioni NON programmate (*urgenze e patologie intercorrenti*)
 - Il supporto alla sua rete familiare/sociale

I valori della rete

- Focus group nella ns Provincia
- Aspetti rilevati come cruciali
 - Comunicazione
 - Integrazione fra professionisti (*in particolare con MMG*)
 - Accompagnamento psicologico
 - Riabilitativazione/reinserimento sociale
 - Coinvolgimento dei ruoli “sociali” (*famiglia, volontariato, strutture di collegamento con il territorio come le case della salute*)
- Altri aspetti necessari
 - Visione olistica della cura
 - Diritto al benessere
 - Coerenza organizzativa
 - Centralità del paziente e partecipazione al percorso di cura
 - Accoglienza
 - Trasparenza
 - “Continuità” nei percorsi (*declinata come continuità informativa, relazionale ed organizzativa*)



Il possibile modello operativo

- Coordinamento unitario
- Centri di accesso diffusi
- PDTA specifici di patologia
- Modalità di cooperazione
 - ruoli dei diversi nodi
 - integrazione/concentrazione/decentramento
 - Diagnostica, Terapeutica, Ricerca
 - collegialità/multidisciplinarietà
- Indicatori di monitoraggio

Da dove partire

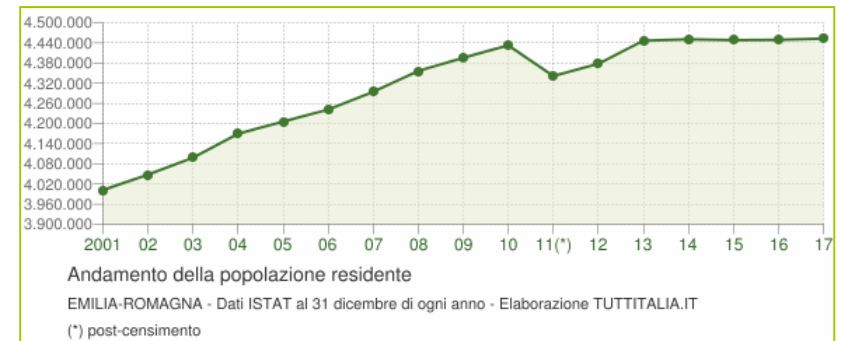
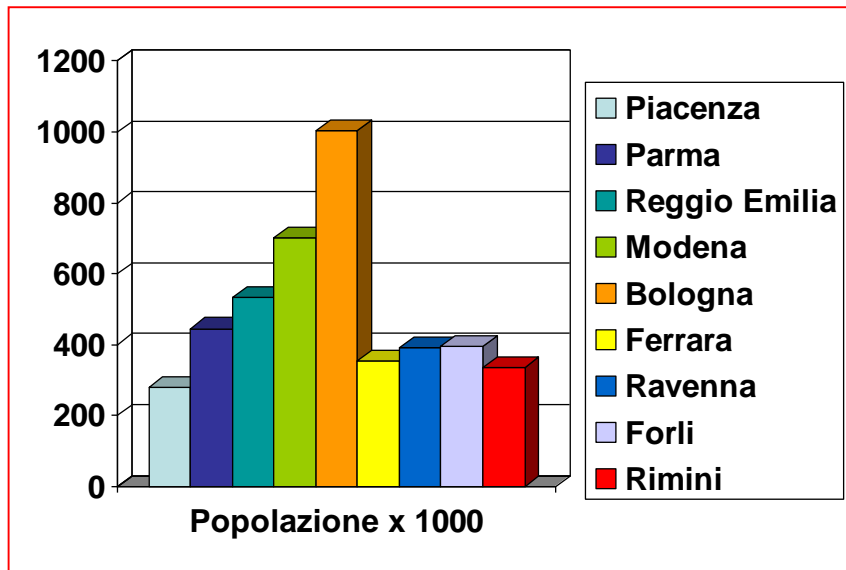
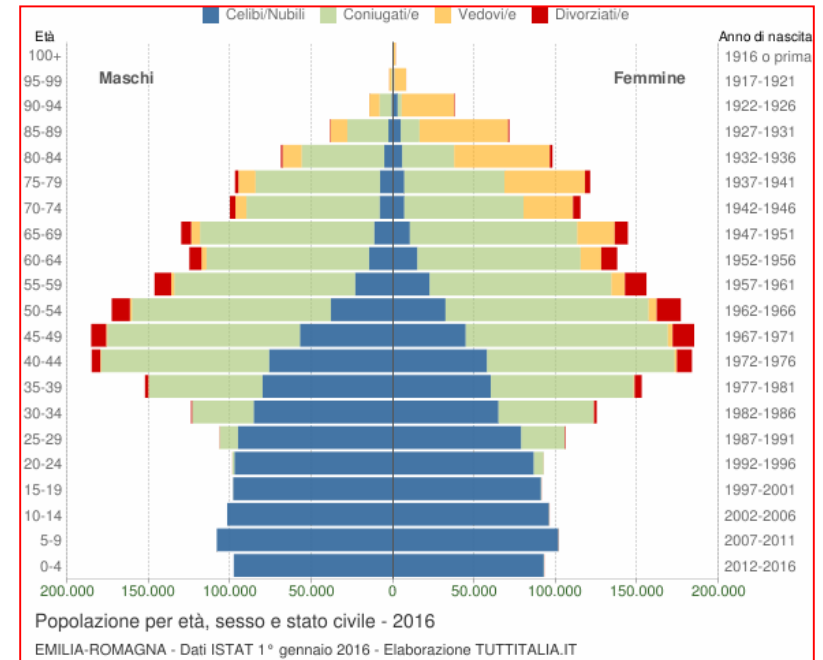
- I numeri e gli indicatori per ragionare
 - Epidemiologia delle patologie e del territorio
 - I volumi di trattamento
 - Gli esiti dei trattamenti (quali?)
- La definizione di cosa è necessario concentrare
 - la diagnostica di alta complessità
 - La gestione dei trattamenti
- La definizione di come integrare
 - Livello 1 – *gestione totalmente decentrata, sec LG/PDTA*
 - Livello 2 – *necessità di definizione condivisa del programma a livello rete*
 - Livello 3 – *concentrazione per specifiche parti del PDTA (diagnostica o terapeutica) [particolari complessità]*
 - Livello 4 - *gestione totalmente concentrata [tumori rari]*
- Il sistema di condivisione dei dati e dei risultati

I dati epidemiologici della RER

- **Popolazione residente**

4.454.393

- Femmine 51.6%
- Stranieri 12,1%

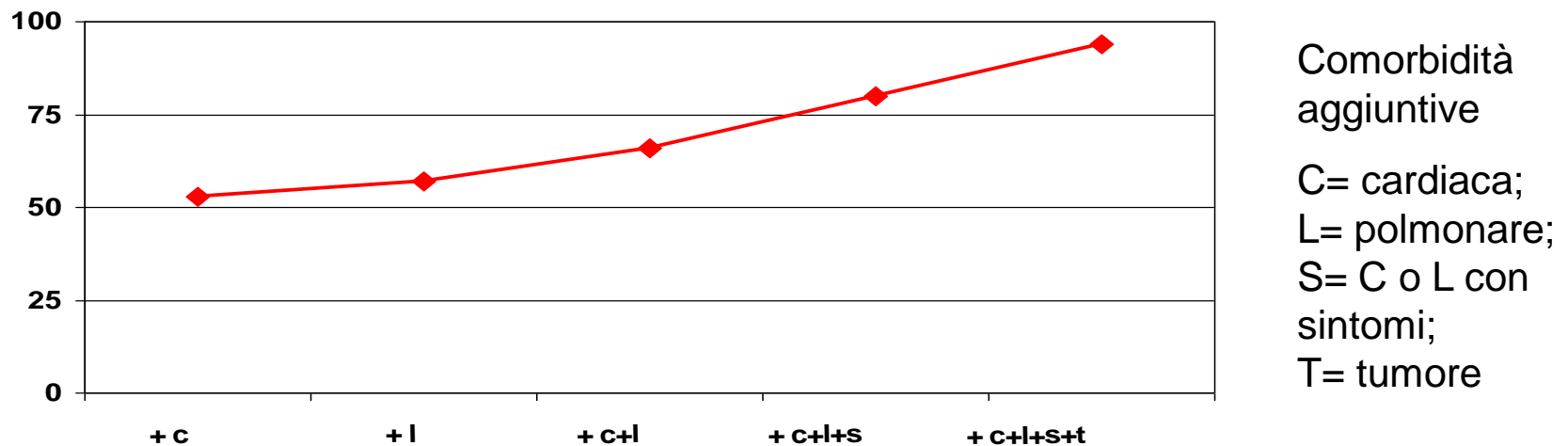


Rapporto età - comorbidità

Il numero delle comorbidità e del numero di farmaci utilizzati cresce inevitabilmente con l'età.

- *Rischi competitivi di morte*
- *Rischi di interazioni con farmaci oncologici*

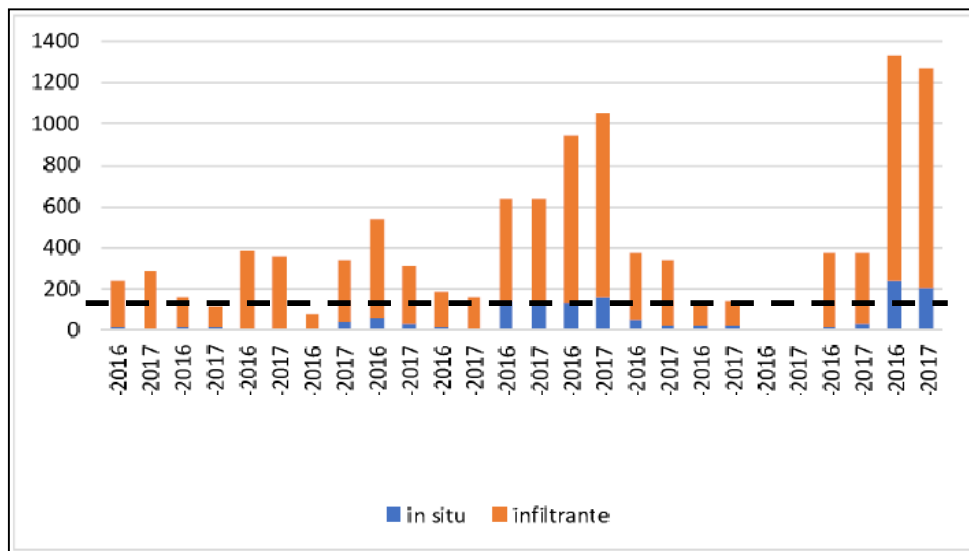
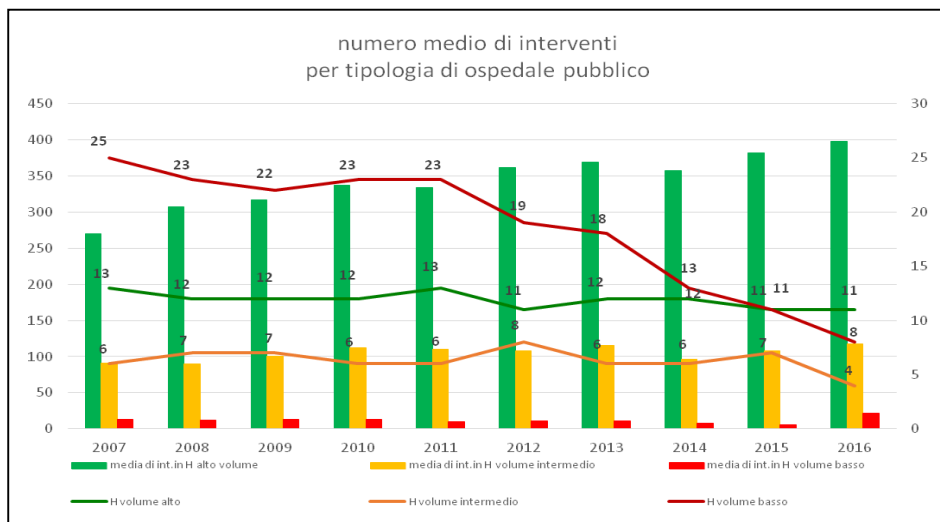
Necessità di approccio integrato con altri specialisti



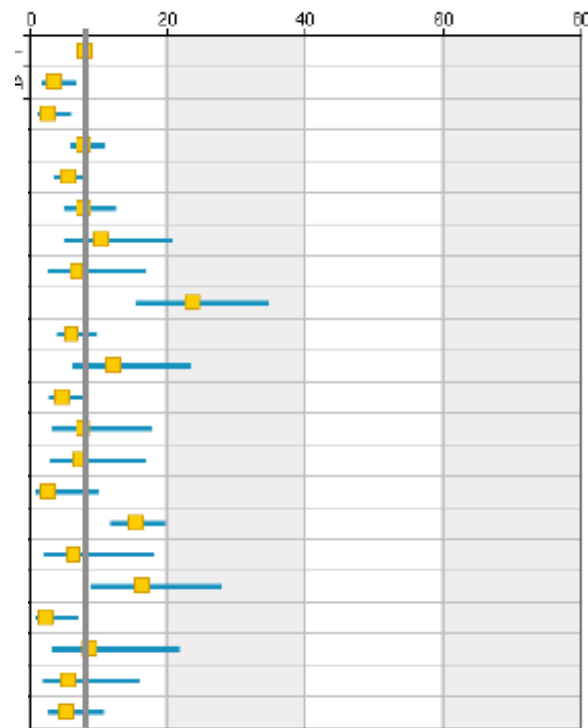
Rischi basale e cumulativi per una donna di 75 aa, BMI 25, con diabete tipo II, senza altre comorbidità, autosufficiente.

Volume-esiti: tumori mammari

Circa 4500 nuovi casi di tumore per anno



Reintervento a 120 gg

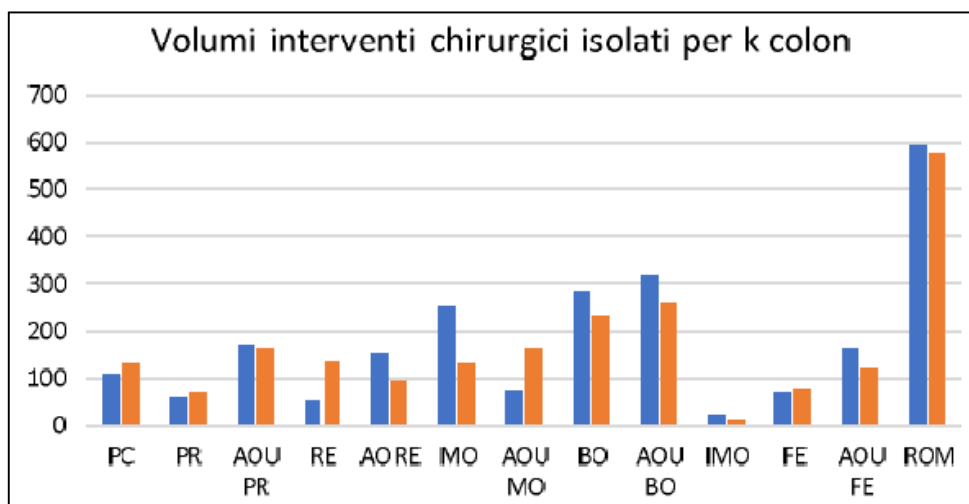
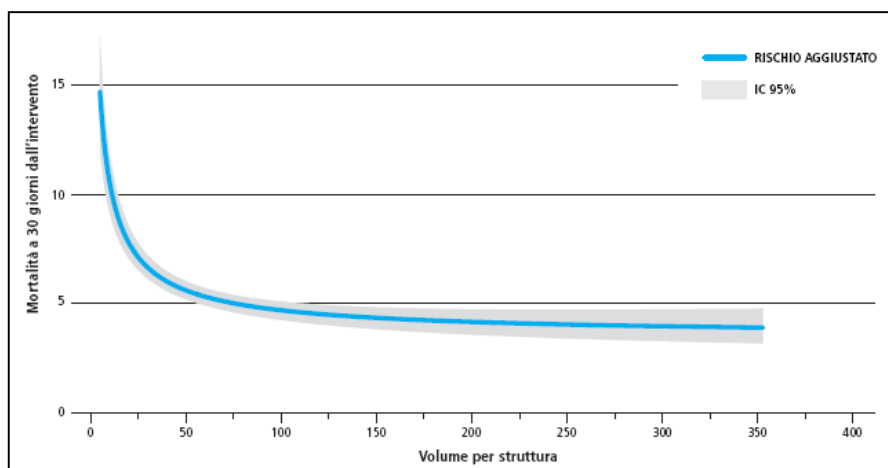


Valore medio nazionale PNE

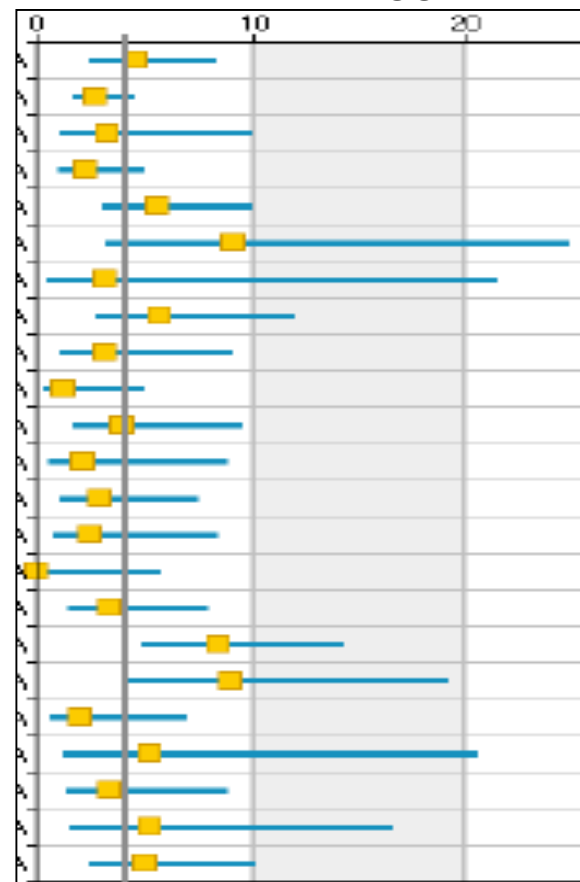
Nel 2017, il 91% dei 5465 interventi su mammella eseguito in centri al alto volume

Volumi-esiti: tumori del colon

Relazione fra volume interventi e mortalità a 30 gg



Mortalità a 30 gg



Volumi – esiti

Rapporti con aumento di mortalità a 30 gg

Tipo di tumore	Cut-off di beneficio	Interventi eseguiti in RER nel 2017*
Ovaio	> 20 interv/anno	302
Pancreas	> 25 interv/anno	238
Stomaco	> 40 interv/anno	499

* *Difficilmente valutabile l'appropriatezza dell'intervento*

IL numero di interventi può essere assunto come “proxy” di una adeguata organizzazione, comprensiva della fase diagnostica necessaria alla definizione della indicazione, della presenza di interazione multidisciplinare, e della gestione post-operatoria del paziente

Da dove partire

- I numeri e gli indicatori per ragionare
 - Epidemiologia delle patologie e del territorio
 - I volumi di trattamento
 - Gli esiti dei trattamenti (quali?)
- La definizione di cosa è necessario concentrare
 - la diagnostica di alta complessità
 - La gestione dei trattamenti
- La definizione di come integrare
 - Livello 1 – *gestione totalmente decentrata, sec LG/PDTA*
 - Livello 2 – *necessità di definizione condivisa del programma a livello rete*
 - Livello 3 – *concentrazione per specifiche parti del PDTA (diagnostica o terapeutica) [particolari complessità]*
 - Livello 4 - *gestione totalmente concentrata [tumori rari]*
- Il sistema di condivisione dei dati e dei risultati

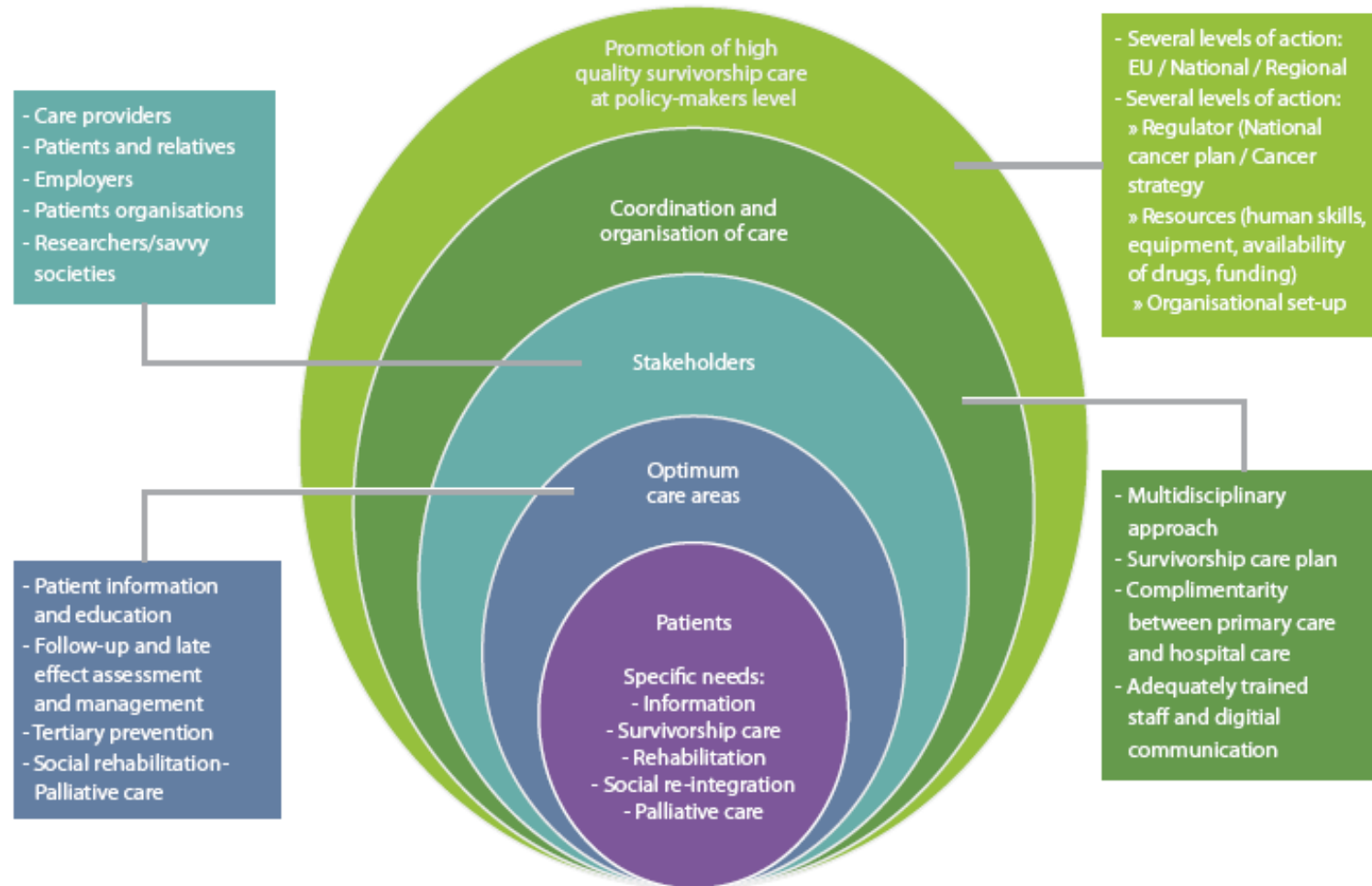
Sviluppare le interfacce

- Paziente-MMG
 - MMG-strutture ospedaliere
 - Strutture ospedaliere diverse fra loro
 - Strutture ospedaliere e residenziali territoriali/domiciliari
-
- Potenziare il ruolo attivo dei pazienti e dei familiari/caregiver
 - Potenziare il ruolo dei supporti sociali e del volontariato

L'orizzonte degli obiettivi si muove

- Aumento incidenza
 - Programmi di prevenzione primaria e secondaria
 - Reattività, Appropriatezza ed Efficienza dei servizi della Rete (*spt in fase di malattia “guaribile”*)
- Riduzione della mortalità
 - Programmi di survivorship
- Cambiamenti epidemiologici e sociali
 - popolazioni “fragili”
 - gestione della fase avanzata e terminale della malattia

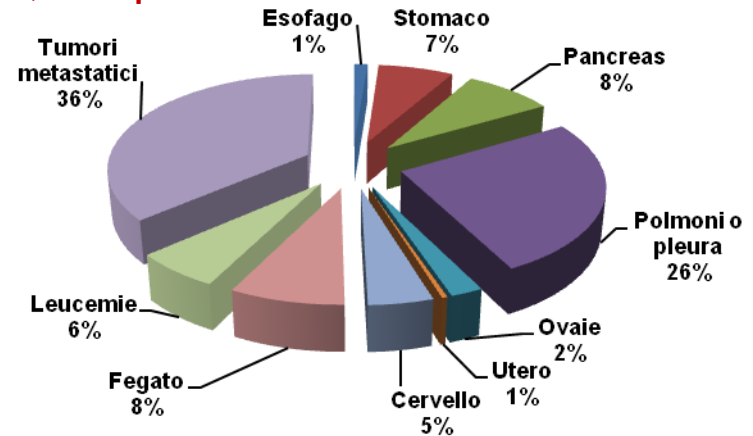
Modelli per gestire la survivorship



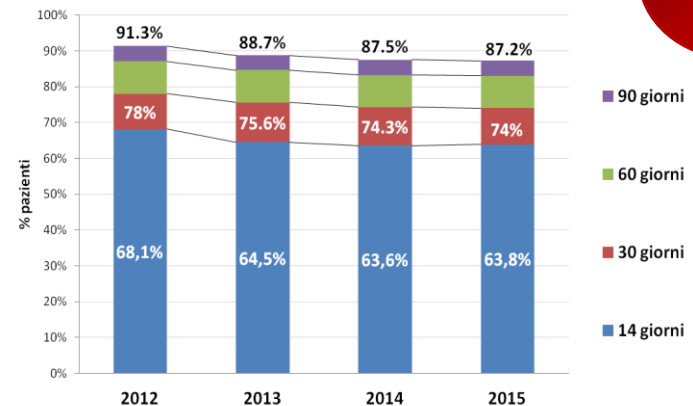
Riorganizzazione Regionale della *Rete Locale Cure Palliative* - DGR 560/2015

- Ridefinizione dei Nodi della RLCP
 - Nodo Ospedale
 - Nodo Ambulatorio
 - Nodo Hospice
 - Nodo Domicilio
- Ridefinizione della Composizione della Unità Cure Palliative Domiciliari
- Modalità di accesso, presa in carico ed integrazione dei diversi nodi
- Modalità di monitoraggio

11,246 pazienti deceduti nel 2015



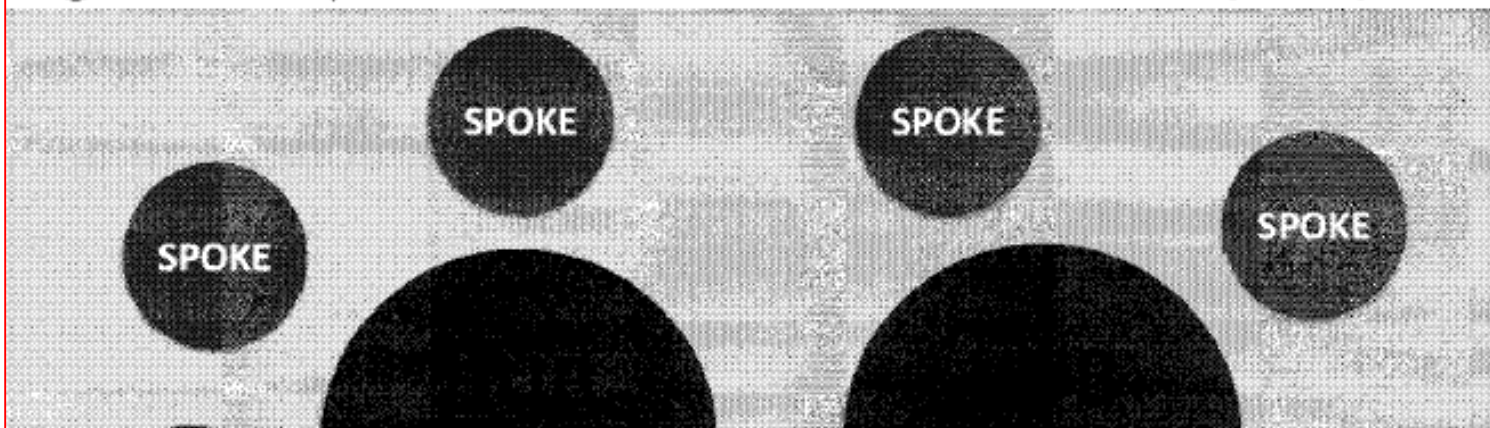
Percentuale di pazienti ospedalizzati (ricoveri ordinari) negli ultimi 14/30/60/90 giorni di vita



74%

Quale modello di rete quindi?

Fig 4. "Comprehensive Cancer Care Network(CCN)



Il CCN rappresenta il modello forse più rispondente alla realtà RER, ma è forse necessario già pensare ad una Rete di Reti, per rispondere ai bisogni sempre più complessi e variabili nella storia clinica della malattia oncologica

