



Adeguare il sistema ai cambiamenti epidemiologici

Angelo Lino Del Favero
Direttore Generale
Istituto Superiore di Sanità

Agenda

- Nuovi scenari a cui devono far fronte i sistemi sanitari
- Le sfide per i sistemi sanitari
- Possibili azioni
- Conclusioni

Nuovi scenari a cui devono
far fronte i sistemi sanitari

Sfide comuni

Le persone vivono più a lungo e hanno meno figli.

Le persone migrano all'interno del proprio Paese e tra Paesi.

Le città diventano sempre più grandi.

Le malattie croniche dominano il carico di malattia.

La depressione e i problemi cardiaci sono le principali cause della perdita di anni in buona salute.

Le malattie infettive, quali l'HIV e la tubercolosi rimangono una sfida da tenere sotto controllo.

Gli organismi antibiotico-resistenti stanno emergendo.

I sistemi sanitari devono far fronte a costi crescenti

L'assistenza primaria è debole e carente di servizi di prevenzione.

Le capacità dei sistemi sanitari pubblici sono obsolete.

I nuovi scenari a cui devono far fronte i sistemi sanitari sono il preludio della “tempesta perfetta”

I cambiamenti nella domanda e nell'offerta di servizi sanitari

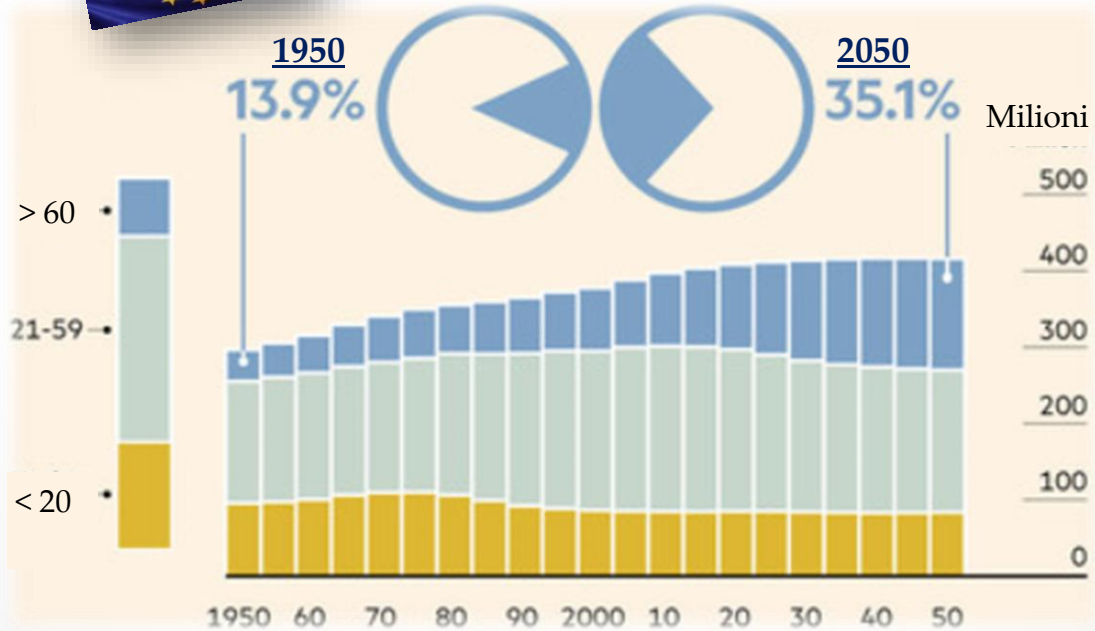


Domanda di servizi sanitari

DEMOGRAFIA: Entro il 2050 oltre 1/3 della popolazione dell'UE avrà un'età maggiore di 60 anni



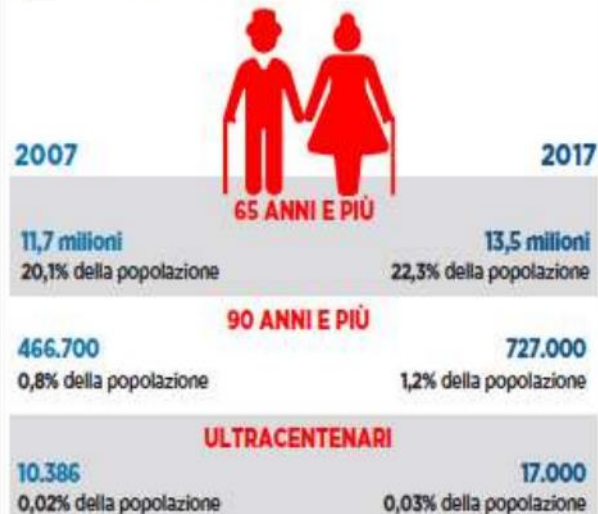
% popolazione UE di 60 anni e oltre



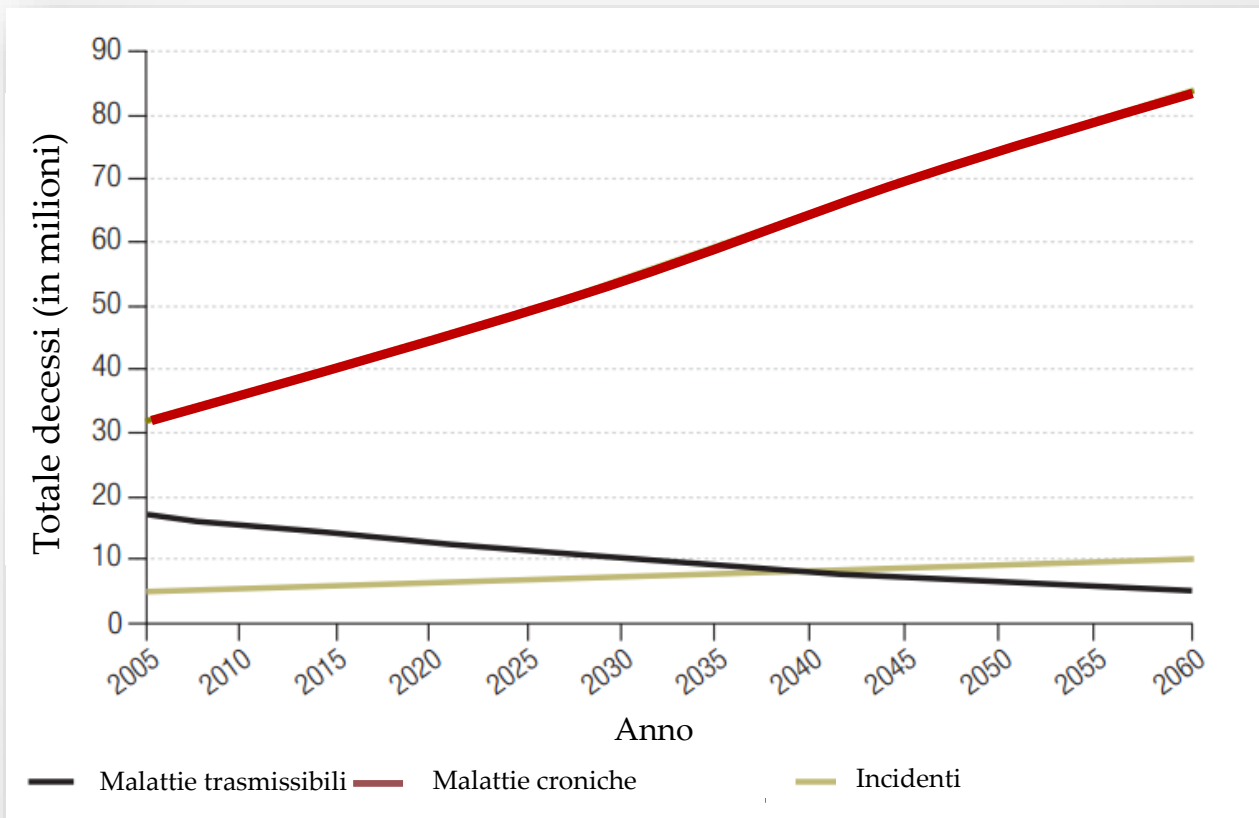
Previsione della struttura per età della popolazione in Italia



Popolazione anziana. 1° gennaio, anni 2007 e 2017



Patologie croniche



Incidenza dei tumori in Italia

- Complessivamente in Italia ogni giorno vengono diagnosticati circa 1.000 nuovi casi di tumore maligno.
- L'invecchiamento è un fattore determinante nello sviluppo del cancro e infatti l'incidenza dei tumori aumenta in modo evidente con l'avanzare dell'età.
- Tra il 1999 e il 2011 è stato riportato in Italia un aumento del 4% annuo di incidenza dei tumori.

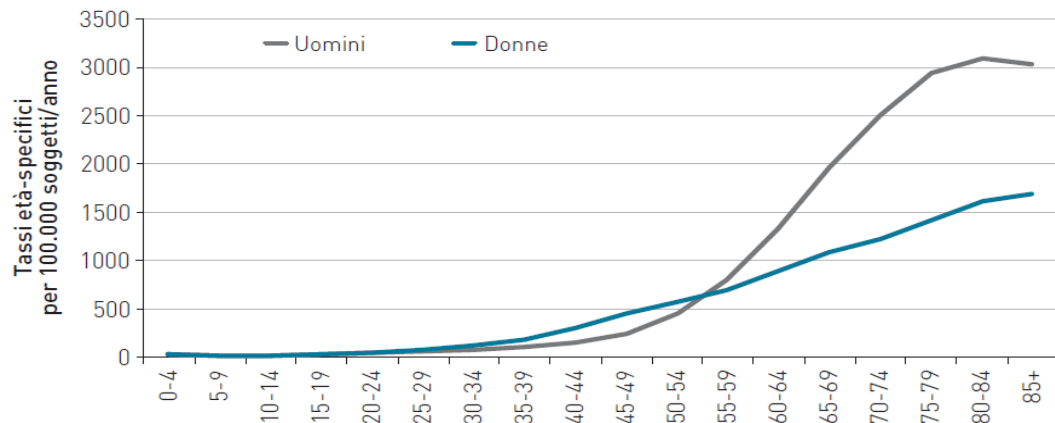


FIGURA 1. AIRTUM 2008-2013. Tassi età-specifici (x 100.000) per sesso. Tutti i tumori esclusi i carcinomi della cute.

Sopravvivenza

- In Italia la sopravvivenza a 5 anni è pari al 63% nelle donne e al 54% negli uomini.
 - La migliore sopravvivenza registrata nelle donne è in gran parte legata al fatto che nelle donne il tumore più frequente è il carcinoma mammario, caratterizzato da buona prognosi.
- Nei decenni, si è registrato in Italia un aumento di sopravvivenza a 5 anni sia negli uomini, passando dal 39% degli anni 1990-94 al 54% degli anni 2005-2009, che nelle donne, dove si è passati dal 55% al 63%.

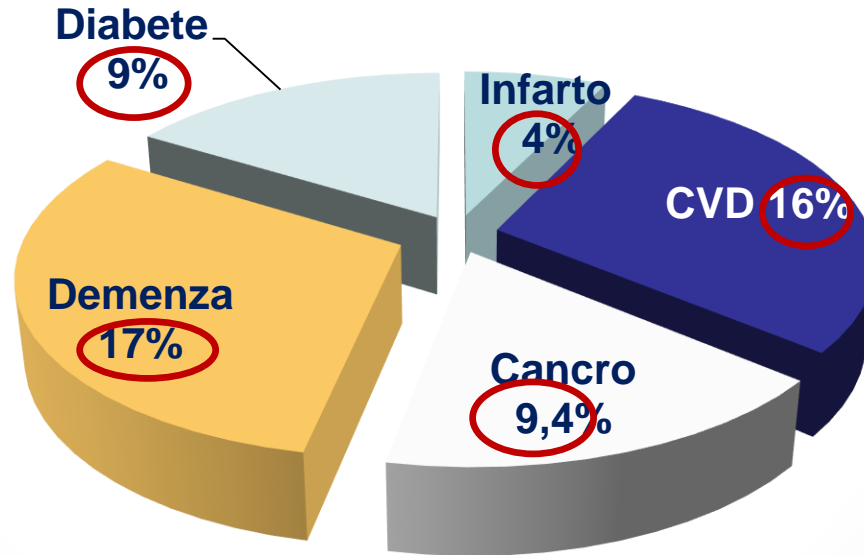
Prevalenza

- Il numero di casi prevalenti aumenta, negli ultimi 15 anni, del 3% l'anno.
- Nel 2017 sono 3.304.648 gli italiani che vivono dopo una diagnosi di tumore (pari a quasi il 5% della popolazione italiana)
- Nel 2010 erano 2.587.347 (4.4% della popolazione italiana)
- Il numero di prevalenti dipende sia dal numero di casi diagnosticati (incidenza) che dalla probabilità di sopravvivere (sopravvivenza).

Condizioni croniche e peso economico

Si stima che le condizioni croniche più comuni costino ai Paesi dell'Unione Europea oltre **1 miliardo di € l'anno**; entro il 2050 i costi saranno di **6 miliardi di € l'anno**.

Nel Regno-Unito, il costo delle patologie croniche quali l'infarto, le patologie cardiovascolari, il diabete, il cancro e le demenze, rappresentano cumulativamente fino al 50% della spesa sanitaria totale.



Nessun Paese può permetterselo

30 agosto 2017

Gli Stati Uniti approvano la prima terapia genica contro la leucemia

La Fda ha approvato per la prima volta l'utilizzo della terapia genica per combattere una forma di cancro, la leucemia linfoblastica acuta a cellule B in bambini e adulti fino a 25 anni.

Costo del farmaco:

475 mila dollari a paziente

18 ottobre 2017

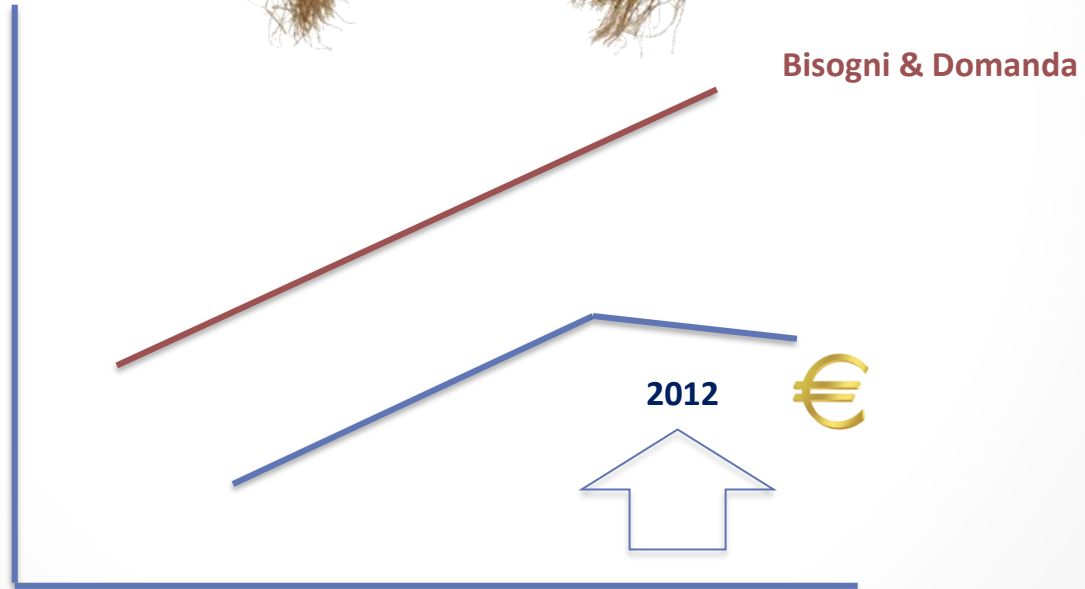
Gli Stati Uniti approvano seconda terapia genica contro il cancro

La Fda ha approvato una seconda terapia genica contro una forma aggressiva di linfoma non-Hodgkin, negli adulti: è un trattamento da somministrarsi una sola volta.

Costo del farmaco:

373 mila dollari a paziente

Vincoli finanziari



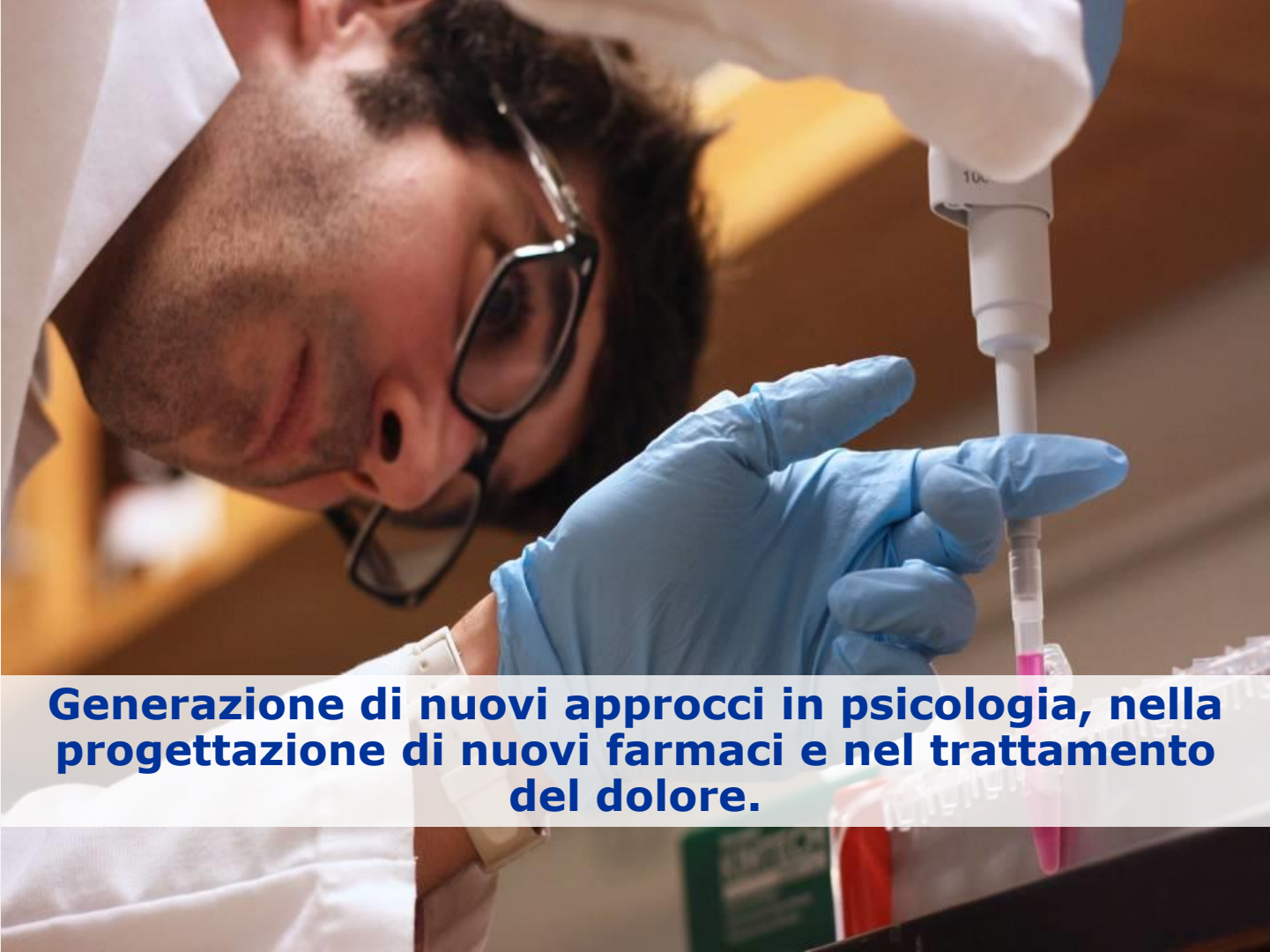


Chi sopravviverà ?

Le sfide per i sistemi sanitari

I tempi stanno cambiando

La sanità del 20esimo secolo	La sanità del 21esimo secolo
Centrata sui medici	Centrata sui pazienti
Paziente come soggetto passivo	Paziente come soggetto attivo
Ospedale	Sistema
Burocrazia	Rete
Guidata dagli aspetti finanziari	Guidata dalla conoscenza
Alti consumi	Bassi consumi
Focalizzata sull'efficienza	Focalizzata sul valore e gli sprechi
Sfide affrontate con la crescita	Sfide affrontate con la trasformazione

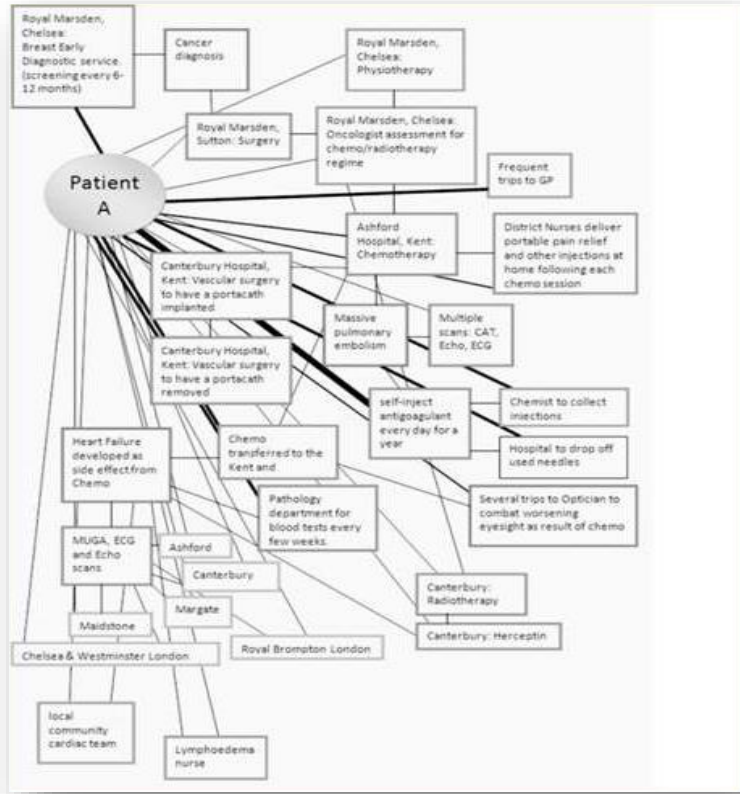


Generazione di nuovi approcci in psicologia, nella progettazione di nuovi farmaci e nel trattamento del dolore.

I sistemi sanitari sono prevalentemente costruiti su modelli organizzativi per la gestione di episodi acuti

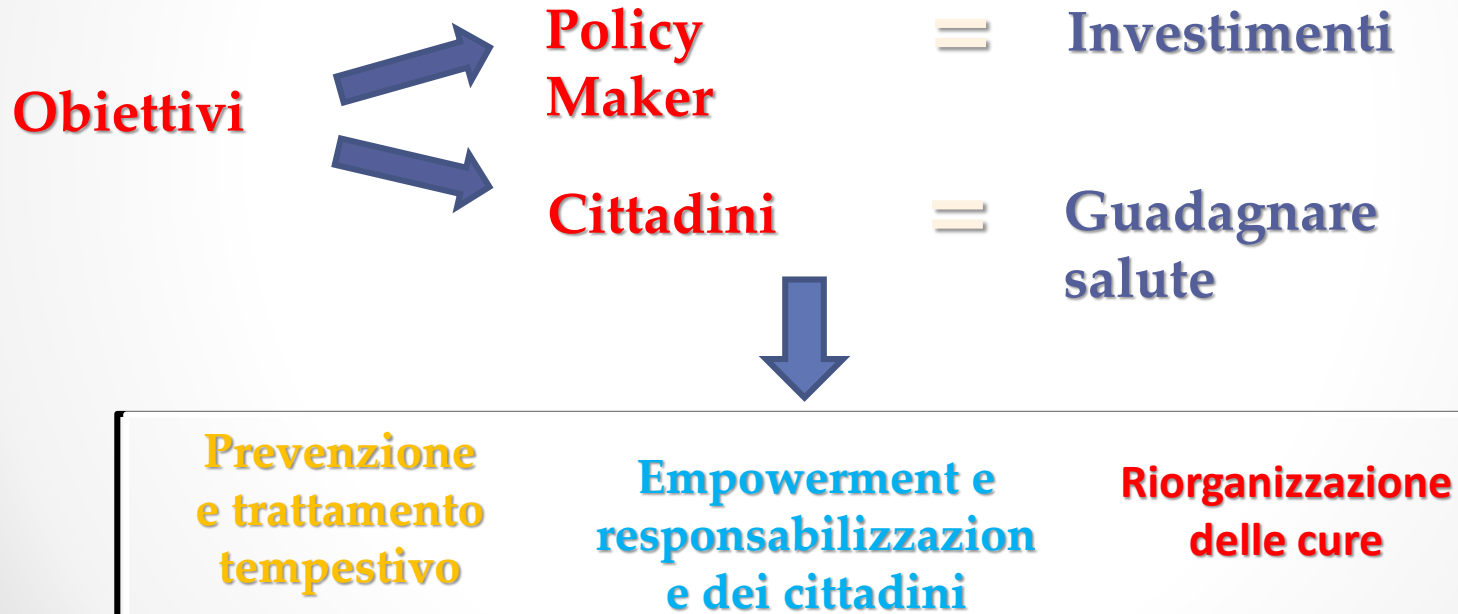
- Il sistema sanitario non è ben organizzato per soddisfare le richieste dei pazienti con bisogni sanitari multipli o complessi
 - risposta complessa su un lungo periodo
 - input coordinati da una vasta gamma di professionisti
 - accesso ai farmaci essenziali e ai sistemi di monitoraggio
 - promozione dell'empowerment dei pazienti
- Frammentazione dei servizi e creazione di una barriera al coordinamento dei servizi lungo il percorso di cure
 - i pazienti ricevono cure per una malattia da molti diversi medici o fornitori
 - sono spesso chiamati a monitorare, coordinare o eseguire i propri piani di trattamento

Complessità dei diversi servizi a cui i pazienti oncologici devono rivolgersi – Regno Unito



Sostenibilità dei sistemi sanitari

I sistemi sanitari devono essere riorganizzati, e la sostenibilità costituisce l'opzione preminente per guidare le politiche, i piani e i programmi



Possibili azioni



STATE OF HEALTH IN THE EU 2017

5 WAYS TO MAKE HEALTHCARE EFFECTIVE, ACCESSIBLE AND RESILIENT



2

A STRONG PRIMARY CARE GUIDES PATIENTS THROUGH THE HEALTH SYSTEM AND HELPS AVOID WASTEFUL SPENDING

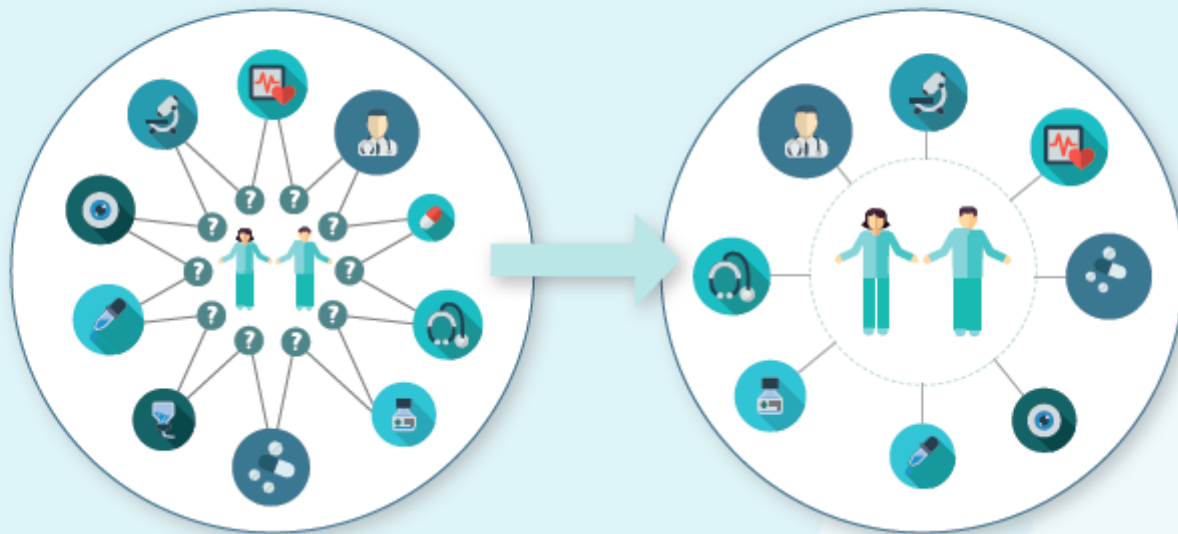
Un sistema di assistenza primaria ben organizzato può contribuire a rafforzare le prestazioni del sistema sanitario nel suo complesso:

- fornire cure accessibili e accessibili;
- coordinare le cure per i pazienti in modo che ricevano i servizi più appropriati nel giusto contesto;
- ridurre i ricoveri ospedalieri evitabili.

Coordinamento e continuità sono responsabilità fondamentali di un buon sistema di cure primarie.

3

INTEGRATED CARE TACKLES A LABYRINTH OF SCATTERED HEALTH SERVICES TO THE BENEFIT OF THE PATIENT



The rising burden of chronic disease and multi-morbidity requires tackling the complexity and fragmentation of services.

Il peso crescente delle malattie croniche e della multi-morbilità impone ai paesi di affrontare la frammentazione dei servizi sanitari e di spostarsi verso l'integrazione: collegare o coordinare gli attori del sistema lungo il percorso di cura e mettere il paziente al centro.

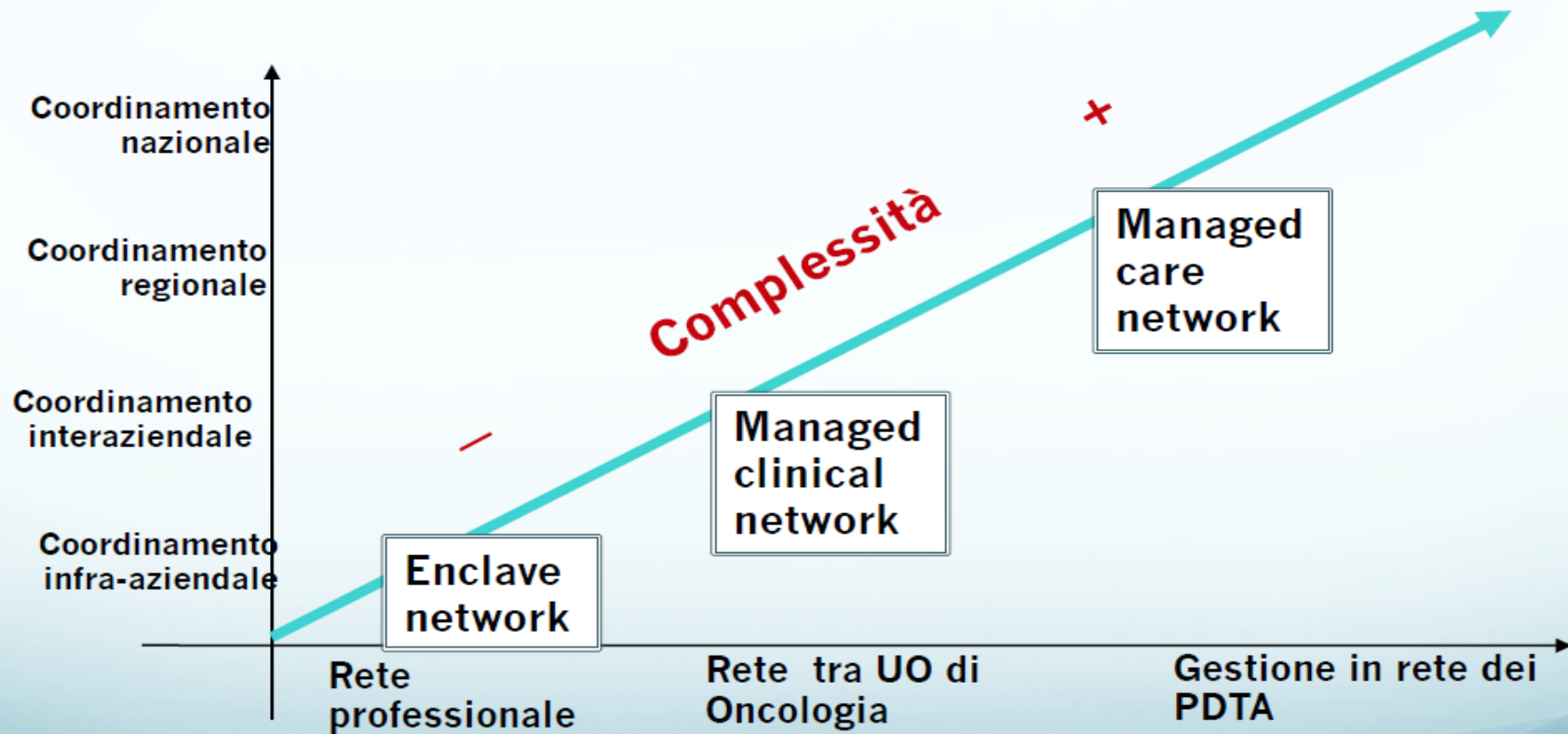


Cosa serve oggi?

Oggi è necessario spostare il focus su quelle soluzioni in grado di garantire un elevato rapporto costo-efficacia e di generare valore per il sistema:

- PDTA
- Integrazione tra i diversi setting assistenziali
- Politiche di prevenzione e medicina pro-attiva
- Riorganizzazione del lavoro dei professionisti
- Integrazione tra sistemi istituzionali diversi
- ...

Livelli di complessità delle reti cliniche



La malattia oncologica esprime la massima necessità di integrazione multi-disciplinare e multi-professionale che si esplica nella definizione di modalità comuni di svolgimento delle attività, di documentazione comune delle stesse e di circolazione delle informazioni fra i professionisti coinvolti nel percorso assistenziale dei pazienti.

Fattori che influenzano la sopravvivenza

Sulla sopravvivenza influiscono:

- gli interventi di prevenzione secondaria (programmi di screening organizzati)
 - ✓ la diffusione dei programmi di screening oncologico a livello nazionale, seppure migliorata negli anni, risente ancora di gravi ritardi nelle regioni del Sud/Isole.
- la disponibilità e l'accesso a terapie efficaci
 - ✓ le regioni stanno lavorando, soprattutto attraverso l'implementazione dei PDTA (Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali) e la costruzione di reti oncologiche, per ridurre al minimo le disparità di accesso ai servizi e garantire equità delle cure oncologiche.

Adesione ai programmi di screening

Cervice	Mammella	Colon-retto
<ul style="list-style-type: none">• Valle d' Aosta 73%• Toscana 65%• Emilia Romagna 63%• Umbria 62%• Piemonte 60%	<ul style="list-style-type: none">• Trentino 75%• Emilia Romagna 73%• Toscana 71%• Lombardia, Friuli, Umbria 67%• Valle d' Aosta 66%• Veneto 62%• Basilicata 61%	<ul style="list-style-type: none">• Emilia Romagna 65%• Valle d' Aosta 64%
<ul style="list-style-type: none">• Lombardia 20%• Liguria 14%	<ul style="list-style-type: none">• Puglia, Calabria 28%• Campania 21%	<ul style="list-style-type: none">• Campania 10%• Calabria, Sicilia 8%• Puglia 6%

Rete Oncologica Lombarda

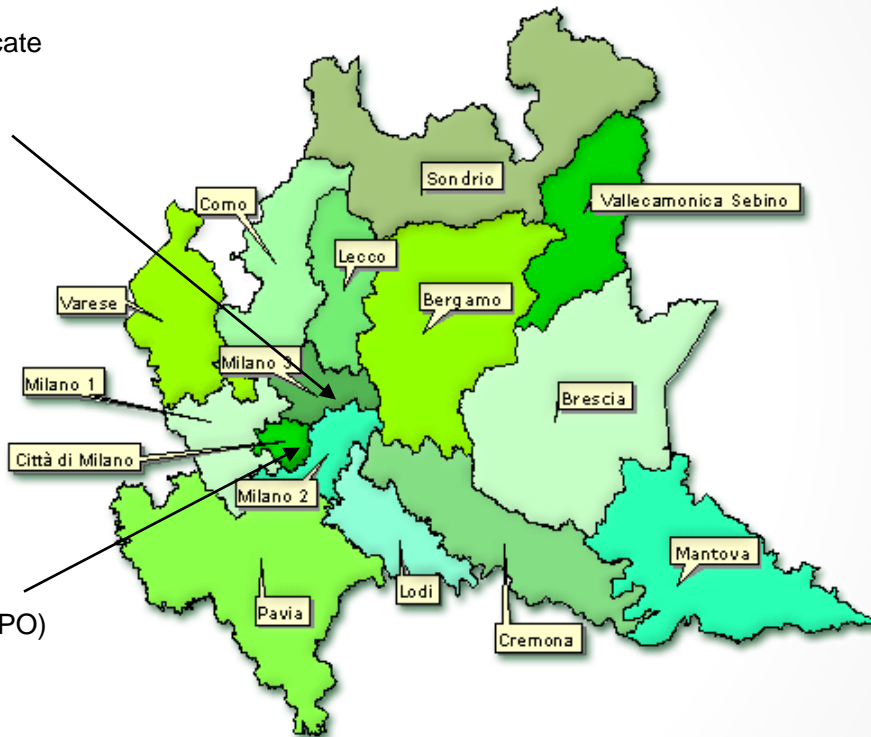


22 DIPO

DIPO Vimercate

DIPO Monza

DOM (8 DIPO)



DIPO: Dipartimento Interaziendale Provinciale **Oncologico**

Reti Sanitarie Regionali

Coordinatori di Patologia



IEO
Istituto Europeo di Oncologia

Azienda Ospedaliera
Ospedale Niguarda Ca'Granda

Ospedali Riuniti di Bergamo

Ente Attuatore



FONDAZIONE IRCCS
ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI

Comunità Medici lombardi operanti in oncologia



Definizione linguaggio sintattico e semantico per dimissioni e referti
Definizione LLGG
Valutazioni di Appropriatezza

PDTA oncologia Regione Veneto

PDTA

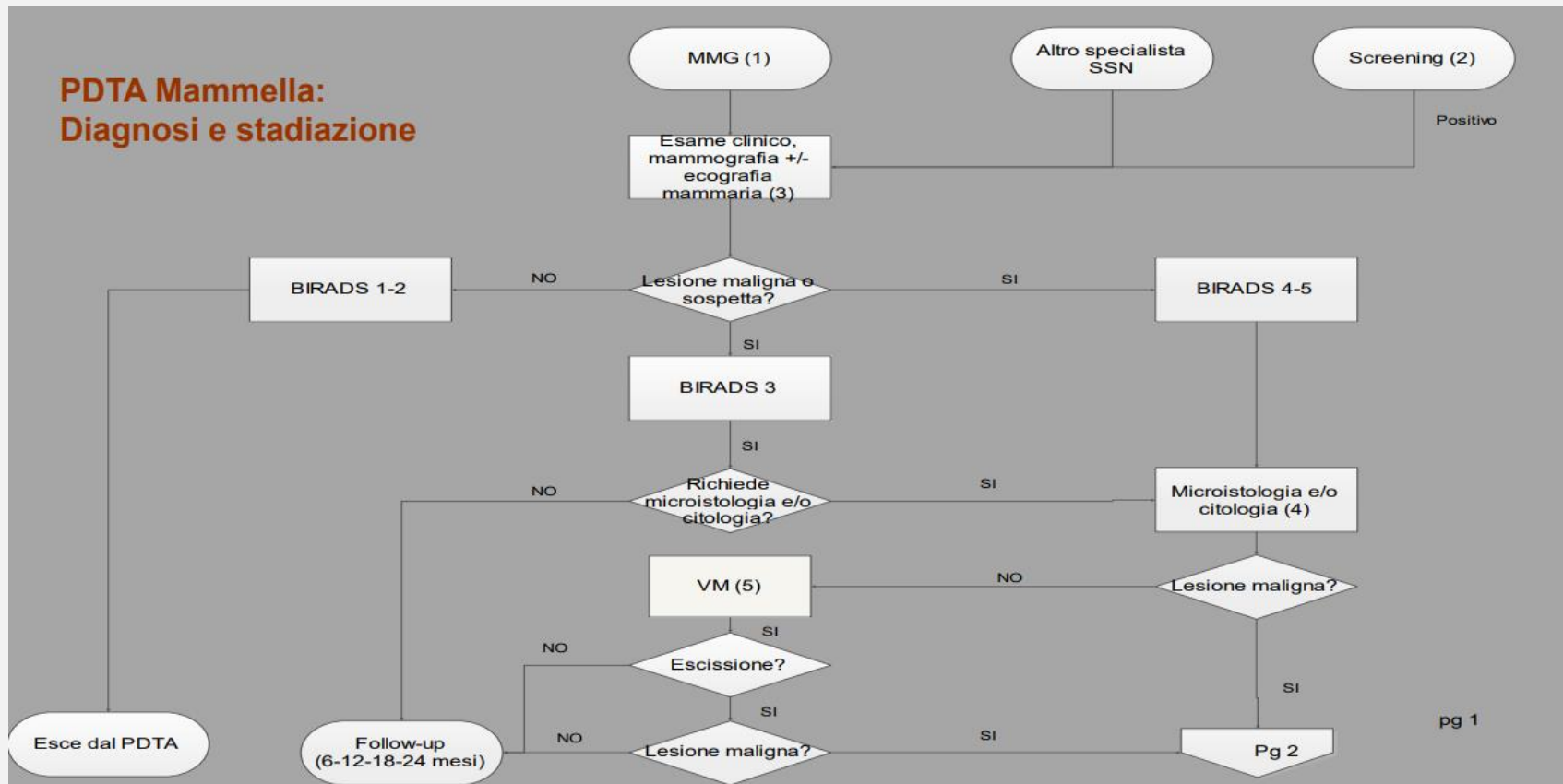
“Definire e condividere i Percorsi Diagnostici Terapeutici (PDTA) per i vari tipi di tumore e attivare sistemi di verifica e di indicatori per il monitoraggio dell’appropriatezza di percorsi di cura e del trattamento oncologico.....”

“garantire al paziente oncologico il miglior trattamento attraverso un percorso di cura multidisciplinare e multiprofessionale di continuità di cura ospedale-territorio, in tutto il territorio regionale, che risponda ai criteri dell’EBM (evidence-based-medicine)....” DGR 2067/2013

- Chirurgo esperto di patologia
- Radioterapista Oncologo
- Oncologo Medico
- Anatomo Patologo
- Medico Nucleare
- Radiologo
- Esperti di economia e HTA
- Medicina di laboratorio
- Medico Palliativista
- Epidemiologo
- Psicologi
- MMG
- Volontariato
- Altre figure professionali per determinate patologie

Fasi PDTA Regione Veneto

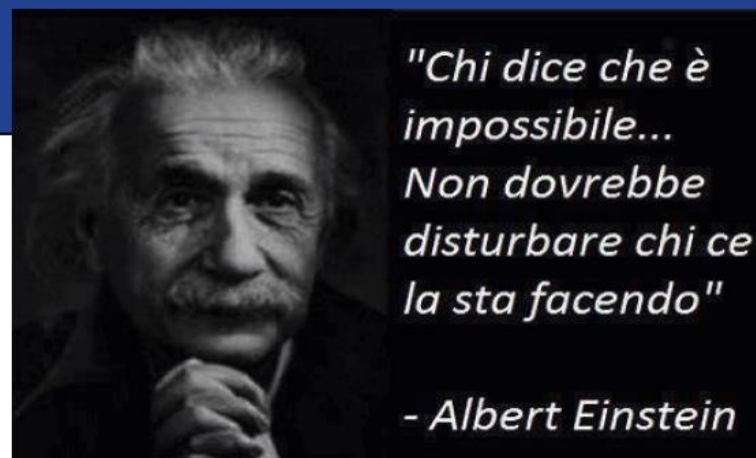
PDTA Mammella: Diagnosi e stadiazione



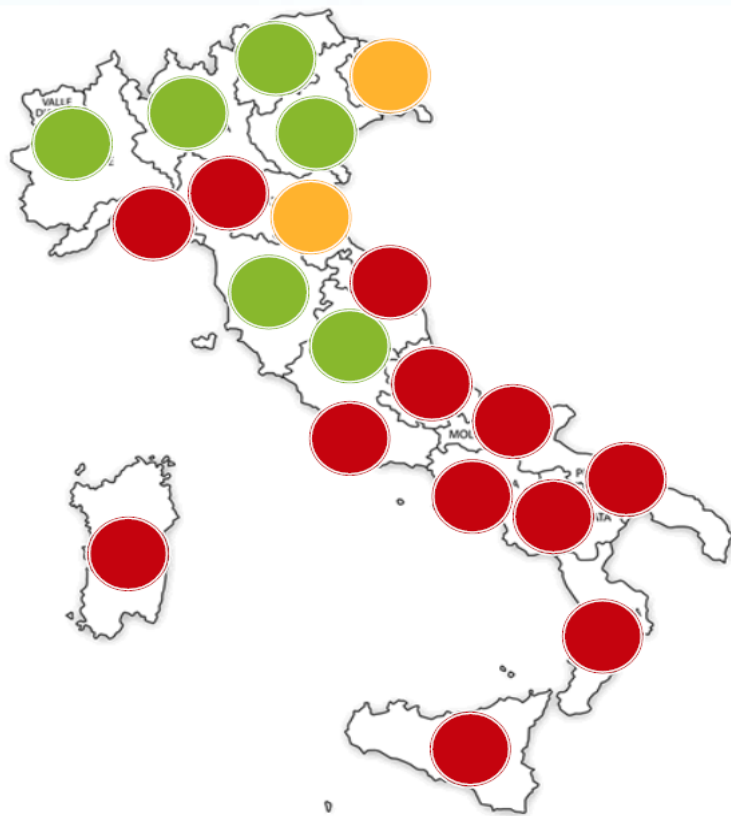





Organizzazione della rete

- 3 cluster Hub & Spoke
 - Conduzione
 - Gruppi multidisciplinari per patologia
- Governance della rete oncologica
 - Ufficio/struttura di coordinamento
 - Gruppi multidisciplinari regionali per patologia
 - Comitato tecnico
- Modalità operative di funzionamento



Stato delle Reti Oncologiche Regionali

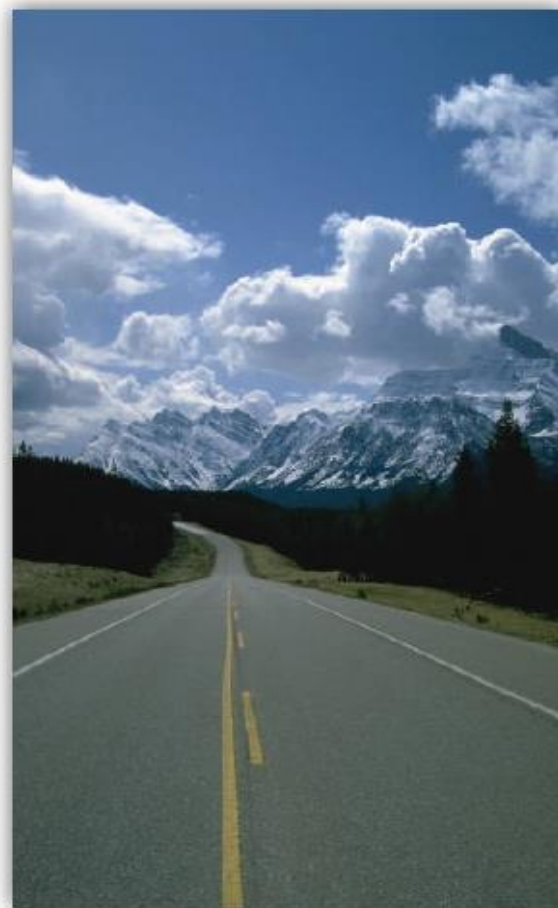


-  Rete deliberata e attiva
-  Rete deliberata non chiara attivazione
-  Rete in programmazione

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

La strada è tracciata, ma...

- per essere in grado di affrontare in modo efficace la sfida della gestione della patologia oncologica bisogna far crescere la rete assistenziale Ospedale-Territorio coinvolgendo Operatori sanitari, associazioni di pazienti, decisori in sanità
- per lo stesso motivo è imprescindibile mettersi nelle condizioni di monitorare costantemente la qualità dell'assistenza erogata mediante un sistema informativo adeguato e condiviso.



Grazie per l'attenzione