

# Oncologia e Cronicità

Domenico Lucatelli

Roma, 31 gennaio 2019

# Malattia Cronica

L'OMS definisce una malattia di lunga durata a progressione lenta se:

- Permanente
- Causata da alterazione patologica non reversibile
- Tende a sviluppare un tasso di disabilità variabile
- Richiede una formazione specifica per il raggiungimento di una buona qualità di vita
- Necessita di un lungo periodo di controllo, osservazione e cura

# Cronicità e Sopravvivenza

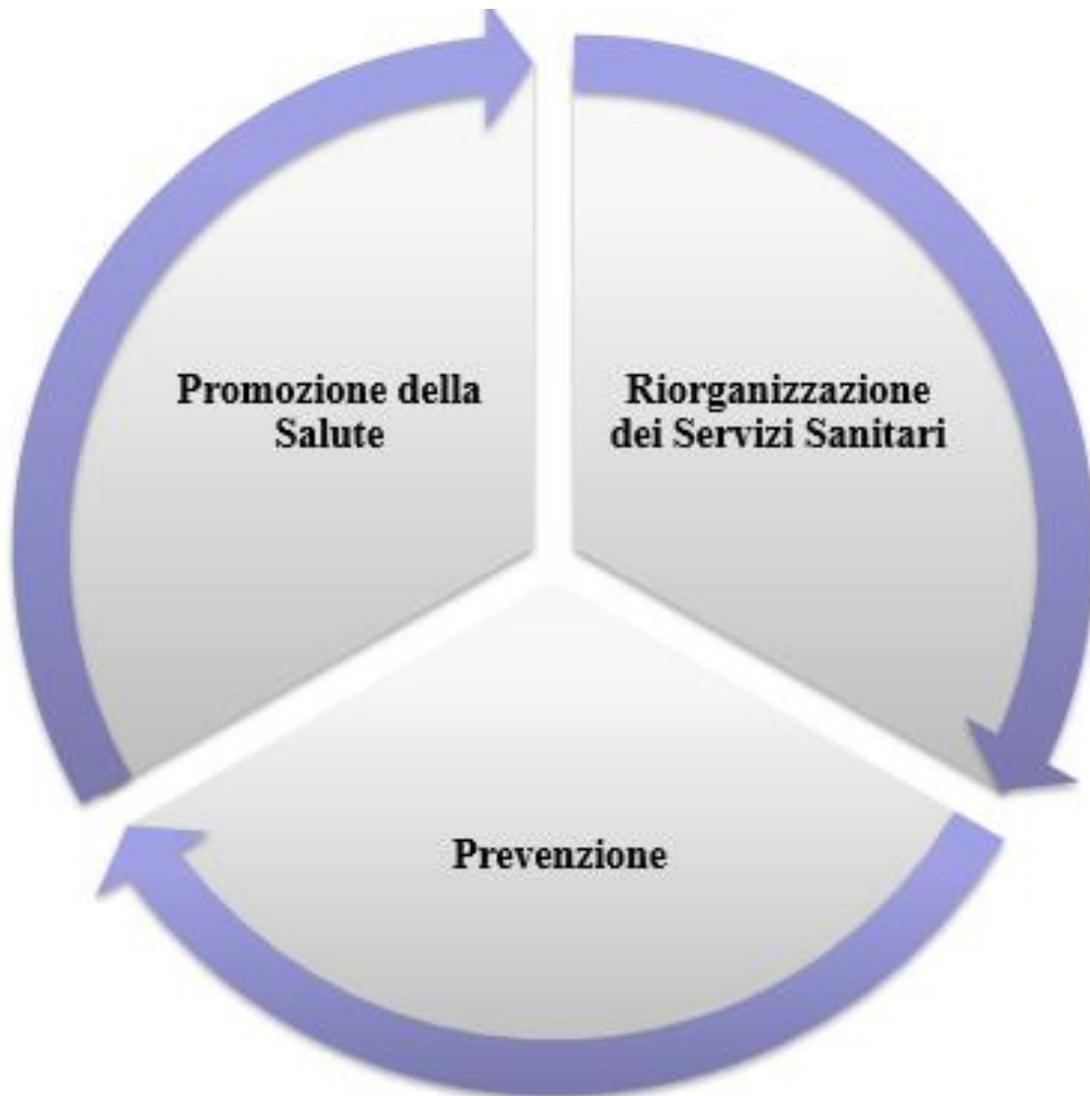
Il numero di pazienti che sopravvive dopo una diagnosi di tumore è in crescita costante di circa il 3% annuo

Il 60% dei pazienti oncologici sopravvive da oltre 5 anni dalla diagnosi e rappresenta il 2,7% della popolazione italiana

Il 35% dei pazienti oncologici sopravvive da oltre 10 anni dalla diagnosi e rappresenta il 1,6% della popolazione italiana

Il 27% dei pazienti oncologici ha un'aspettativa di vita paragonabile a quella della popolazione «sana» e rappresenta l'1,2% della popolazione italiana

# La gestione della cronicità



# La gestione della cronicità



del 17 Maggio 2016

**Sanità**  
MILANO/ITALIA

estratto da pag. 1, 2, 3

*Il documento del ministero della Salute con le strategie per un'adeguata presa in carico dei malati*

## Cronicità, ecco il Piano nazionale

**Pdta, medicina d'iniziativa, database e "super Mmg" - Ma tutto tace sulle risorse**

**F**inalmente l'Italia ha un Piano nazionale cronicità. Pdta, massima attenzione ai pazienti anziani o in età evolutiva, medicina d'iniziativa, flussi di cura da territorio e ospedale e ritorno, database "dialoganti",

formazione degli operatori in vista di una presa in carico affidata a team multitasking dove la regia è saldamente affidata a un Mmg "potenziato", esperto proprio in cronicità. Questi i pilastri del Piano messo a punto dal ministero della Salute e pronto per

l'invio alla Conferenza Stato-Regioni. Il documento era stato previsto da ultimo nel Patto per la salute 2014-2016: l'Italia, tra i Paesi più anziani del mondo, ne ha estremamente bisogno. Peccato che manchino all'appello tasselli fondamentali: come le ri-

sorse finanziarie per realizzare una strategia complessa che richiede, intanto, un territorio riorganizzato. E che a tutt'oggi esiste solo sulla carta.

**GOBBI A PAG. 2-4**



*Ecco il testo presentato dal ministero della Salute alle associazioni e inviato alle Regioni*

## Cronicità, abbiamo un Piano

**Pdta, domicilio, integrazione ed empowerment - Resta il nodo risorse**

# La gestione della cronicità



## Cronicità oggetto della seconda parte del Piano

*malattie renali croniche e insufficienza renale*

*malattie reumatiche croniche: artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva*

*malattie intestinali croniche: rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn*

*malattie cardiovascolari croniche: insufficienza cardiaca (scompenso cardiaco)*

*malattie neurodegenerative: malattia di Parkinson e parkinsonismi*

*malattie respiratorie croniche: BPCO e insufficienza respiratoria cronica*

*insufficienza respiratoria in età evolutiva*

*asma in età evolutiva*

*malattie endocrine in età evolutiva*

*malattie renali croniche in età evolutiva*

# La gestione della cronicità



## Obiettivi FASE 1

- Programmare e realizzare una gestione efficace ed efficiente della cronicità sulla base di adeguate conoscenze epidemiologiche.
- Integrare in rete le strutture operanti garantendo la condivisione delle informazioni, secondo le necessità dell'assistenza e del governo clinico.
- Promuovere la valutazione dei risultati su base nazionale, in una logica di congruenza e omogeneità rispetto alle singole realtà regionali.
- Stratificare la popolazione attraverso modelli che tengano conto dei bisogni sanitari e socioeconomici

## Obiettivi FASE 2

- Promuovere l'adozione di corretti stili di vita nella popolazione generale e nei soggetti a rischio per prevenire l'insorgenza delle patologie croniche.
- Identificare precocemente le persone a rischio e quelle affette da patologie croniche da inviare ad adeguati percorsi di presa in carico.
- Ritardare l'insorgenza delle malattie croniche e delle loro complicanze nelle persone a rischio o già malate.

## Obiettivi Fase 3

- Migliorare l'organizzazione dei Servizi sanitari, attraverso l'individuazione e l'attuazione di strategie che perseguano la razionalizzazione dell'offerta e l'appropriatezza organizzativa delle prestazioni erogate
- Attuare gli interventi previsti a livello nazionale (Legge n.189/2012, Patto per la Salute 2014-2016), riorganizzando le cure primarie e l'assistenza territoriale.
- Definire e adottare percorsi diagnostici terapeutici (PDTA) sia a livello territoriale che ospedaliero e percorsi integrati ospedale - territorio
- Adottare modelli di gestione integrata
- Sviluppare un sistema integrato di servizi socio-sanitari alla persona con cronicità che valorizzi la partecipazione della società civile e garantisca equità di accesso e di prestazioni
- Migliorare l'assistenza ospedaliera ai pazienti con cronicità
- Creare reti multi-specialistiche ospedaliere
- Promuovere l'integrazione con il territorio assicurando la continuità assistenziale

## Obiettivi Fase 4

- Garantire un'assistenza sanitaria e sociosanitaria centrata sui bisogni e le caratteristiche personali e socio-ambientali del paziente
- Promuovere l'empowerment della persona con cronicità e migliorare la capacità di gestione della malattia nel proprio contesto familiare e sociale attraverso lo strumento della terapia educativa

## Obiettivi Fase 5

- Incrementare le attività di valutazione e di sviluppo del governo clinico finalizzate a ridurre l'inappropriatezza in ambito sanitario e sociosanitario e a migliorare la capacità di fornire risposte al bisogno della persona con cronicità
- Rendere disponibili e "trasparenti" anche ai pazienti le informazioni derivanti da indagini sulla soddisfazione del paziente in maniera estesa e sistematica e coinvolgerli nelle procedure di valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria
- Promuovere la definizione e la rilevazione di indicatori di qualità o di esito a livello del singolo professionista

# Nuovo modello assistenziale

## «criticità»

Invecchiamento della popolazione

Aumento delle malattie croniche

Co-morbilità

## Fattori critici di successo

Definizione di PDTA - PAI

Engagement dei pazienti

«nuovo» ruolo del territorio

# Modelli di gestione della cronicità

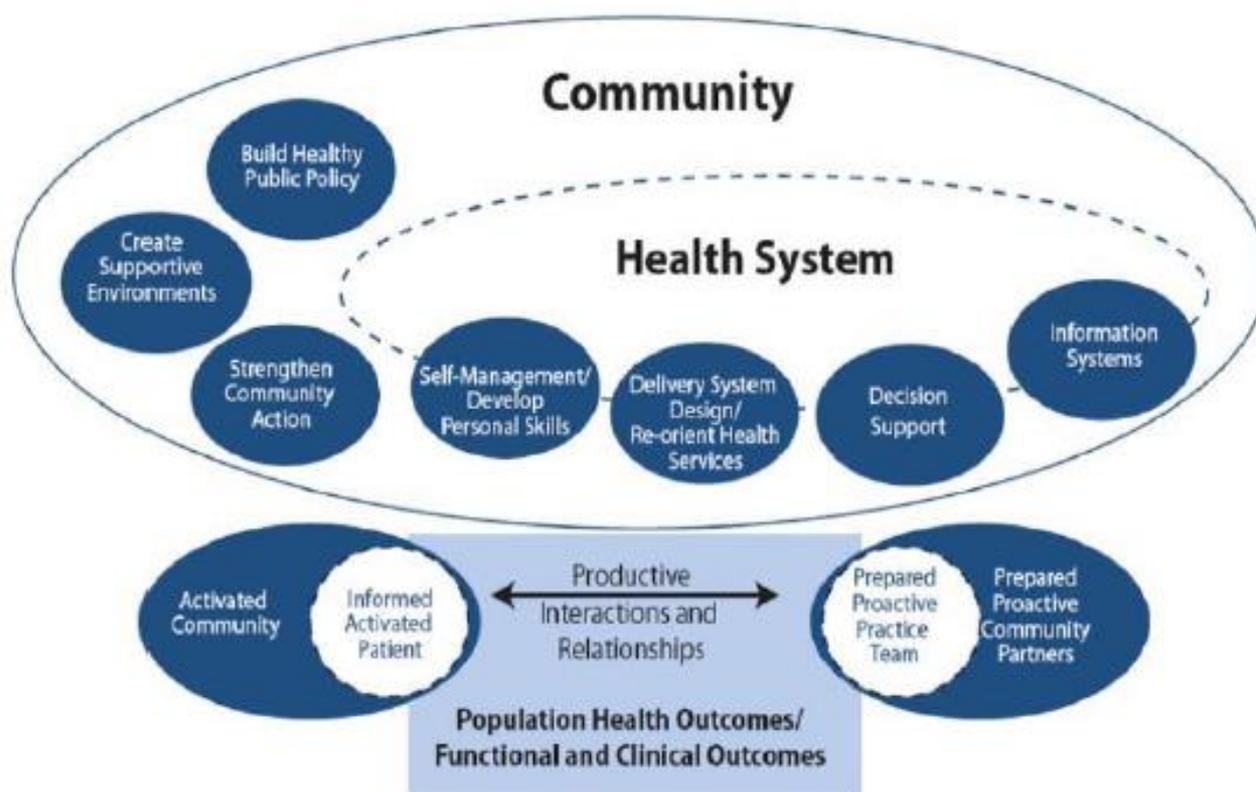
La piramide del rischio: pesi in base a malattie



Prevede una stratificazione del bisogno assistenziale della popolazione e differenzia le strategie d'intervento in relazione ai differenti livelli di rischio clinico.

# Modelli di gestione della cronicità

## EXPANDED CHRONIC CARE MODEL



Il modello integra aspetti clinici e di sanità pubblica, quali la prevenzione primaria e l'attenzione ai determinanti della salute. Gli outcome riguardano, quindi, non solo i pazienti ma le comunità e l'intera popolazione

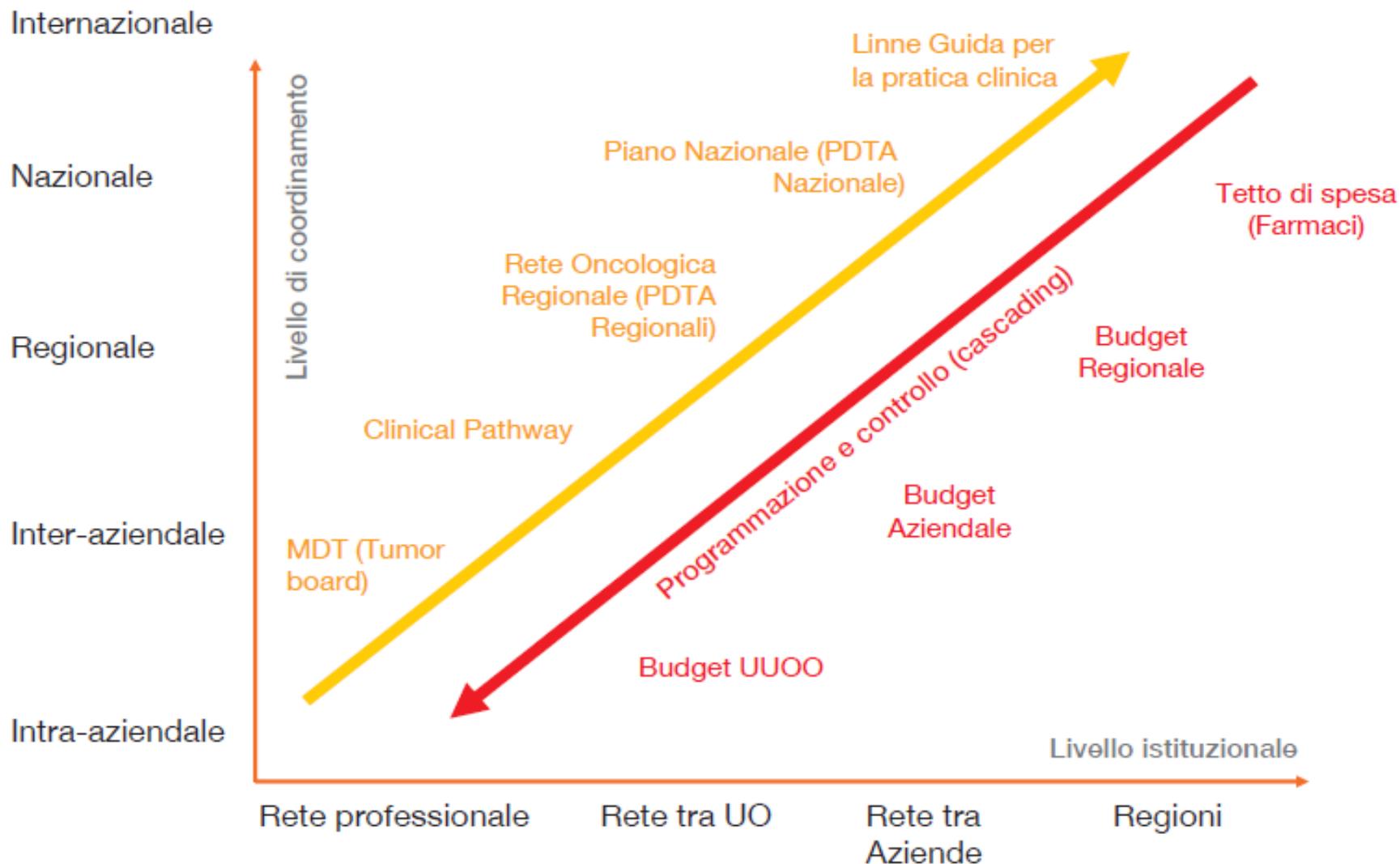
# Modelli di gestione della cronicità

TABELLA 1. L'ADOZIONE DELLE RETI ONCOLOGICHE NELLE REGIONI ITALIANE (AD OTTOBRE 2016)

Reti Attive	Lavori in corso	Da avviare
Piemonte	Emilia Romagna	Abruzzo
Lombardia	Lazio	Molise
Toscana	Liguria	Campania
Veneto	Friuli Venezia Giulia	Calabria
Trentino	Sicilia	Sardegna
Umbria		Marche
		Puglia

# Modelli di gestione della cronicità

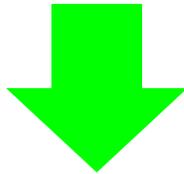
FIGURA 1: LIVELLI E FORME DI COORDINAMENTO DELLE CURE ONCOLOGICHE



# La centralità del paziente

Empowerment del  
paziente

L'acquisizione di controllo e potere da parte della persona in relazione al suo stato di salute/malattia e ai trattamenti connessi.



Engagement del  
paziente

Consapevolezza e la motivazione nel giocare un ruolo attivo e co-autoriale nel team di cura e nel percorso di fruizione sanitaria nel suo complesso