



ISPRO

Istituto per lo studio, la prevenzione
e la rete oncologica



WINTER SCHOOL 2019. GESTIRE IL CAMBIAMENTO

“CRONICIZZAZIONE DEL CANCRO: RIORGANIZZARE LA PRESA IN CARICO E L’OFFERTA”

Gianni Amunni

**Direttore Generale Istituto per lo Studio, la
Prevenzione e la Rete Oncologica - Toscana**

Motore Sanità – Como 31/1 - 1/2/ 2019

Insieme in Toscana per capire, evitare e curare il cancro
www.ispro.toscana.it

EPIDEMIOLOGIA

- INVECCHIAMENTO POPOLAZIONE
- AUMENTO TEMPO DI SOPRAVVIVENZA
- CRONICIZZAZIONE DEL TUMORE



AUMENTO PREVALENZA

3.400.000 (6% DELLA POPOLAZIONE)



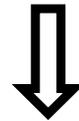
INSIEME ETEROGENEO CON BISOGNI DIVERSI

EPIDEMIOLOGIA 2

900.000 GUARITI (DIFF. PER SEDE E ETA')
(- TEMPO ALLA GUARIGIONE)

PREVALENTI	> 5 aa	60%
	> 10 aa	35%

(+ TEMPO DI SOPRAVVIVENZA)



QUALITA' DI VITA DURANTE E DOPO
IL CANCRO

I CAMBIAMENTI IN ONCOLOGIA

CHIRURGIA: DEMOLITIVA → MININVASIVA
RADIOTERAPIA: CAMPI AMPI → MAX PRECISIONE
CHEMIOTERAPIA: TOSSICITA' ELEVATA → PERSONALIZZAZIONE



OSPEDALIZZAZIONE → D.H. → AMBULATORIO

GESTIONE MONOSPECIALISTICA → MULTIDISCIPLINARIETA'

ISTITUTI SPECIALISTICI → RETI ONCOLOGICHE

**GRANDE EVOLUZIONE NEL TRATTAMENTO
PRIMARIO INTENSIVO MA**

I CAMBIAMENTI “CULTURALI”

- Il tumore non è più il male oscuro
- Il paziente oncologico è multidisciplinare
- La presa in carico attiva bisogni territoriali
- Lunghi periodi di convivenza con la malattia
- Nuove problematiche (menopausa, fertilità, riabilitazione, estetica)
- Anziani curabili e comorbidità
- Survivors, cronici, prevalenti

DALLA SOLITUDINE DELL'ONCOLOGO ALLA SOLITUDINE DEL PAZIENTE ONCOLOGICO

- La deospedalizzazione
- Dalla terapia del tumore al percorso oncologico
- Dalla malattia al paziente
- La pressione epidemiologica

- Presa in carico di bisogni extra-ospedalieri
- Il percorso oncologico è prevalentemente territoriale
- Il paziente determina una domanda che supera l'offerta del “core” oncologico
- Discrepanza tra dati prevalenza e offerta del S.S.N.
- Gli anziani si caratterizzano per polimorbilità
- I “cronici” si caratterizzano per patologia “iatrogena”
- La famiglia, lo stato socio-economico, il livello di autonomia sono variabili importanti



ONCOLOGIA E CRONIC CARE MODEL

LINK NECESSARIO OSPEDALE - TERRITORIO

- Cartella clinica comune aperta
- Condivisione h24 durante il trattamento
- Gestione patologie correlate al trattamento
- Prevenzione e gestione tossicità tardiva
- Follow-up condiviso
- Assistenza socio-sanitaria informata

LE FASI DEL PERCORSO ONCOLOGICO

PREV. I → PREV. II → TERAPIA MULTIDISCIPLINARE

→ FOLLOW-UP } RC
S
PR

- La durata si è allungata
- Tutte le fasi contribuiscono al risultato
- Sono importanti interventi di medicina di iniziativa
- Il controllo della qualità di vita è parte della terapia
- Il MMG e i servizi territoriali hanno ruoli centrali in tutte le fasi
- La cronicizzazione richiede multidisciplinarietà e multiprofessionalità

BISOGNI ORGANIZZATIVI

- Governo unitario dell'intero percorso
- Modulazione risorse quali-quantitativa
- Integrazione multidisciplinare più ampia del “core” oncologico
- Gestione socio-sanitaria della cronicizzazione
- Supporti logistici, diritti sul lavoro

SPERIMENTAZIONI ORGANIZZATIVE

- Proiezioni territoriali dell'oncologia
- Condivisione di terapie domiciliari
- Modelli di ospedalizzazione domiciliare
- Individuazione di tutor di percorso
- Dipartimenti oncologici allargati al territorio
- Gestione socio-sanitaria cronicità
- Programmi di medicina di iniziativa

IL FUTURO DELL'ONCOLOGIA

**NON È SOLO RIVOLTO ALLE NUOVE TERAPIE
MA DEVE:**

- Affrontare i temi della cronicità e della fragilità
- Privilegiare la medicina proattiva rispetto a quella di attesa
- Declinare la sostenibilità sull'intero percorso
- “Contaminare” e “contaminarsi”