

NORD EST

*TRENTINO-ALTO ADIGE, VENETO,
FRIULI-VENEZIA GIULIA, EMILIA-ROMAGNA*

**A CHE PUNTO SIAMO, COSA C'È, COSA SERVE:
TRA CARENZA DI PERSONALE, HUB/SPOKE
E CAPILLARITÀ DELL'ASSISTENZA**

LUNEDÌ 7/11/2022



Claudio Zanon,
Direttore Scientifico Motore Sanità



LE LEZIONI DELLA PANDEMIA

- La recente pandemia, nella sua drammaticità, ha certamente fatto comprendere a tutti che **non può esservi economia se non c'è salute.**
- Ma tutto questo oramai è chiaro non possa prescindere da:
 - NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI
 - NUOVE RISORSE da innestare rapidamente nel sistema, in particolare nelle aree caratterizzate da **grande innovazione ed alta complessità organizzativo/assistenziale**
- Questo è il momento giusto di costruire nuovi modelli di Partnership per **programmare appropriatamente insieme**, Pubblico e Privato (attraverso l'expertise di ciascun Stakeholders) le risorse necessarie.



INNOVAZIONE E RIORGANIZZAZIONE: L'ESEMPIO DELL'ONCOLOGIA

- In questo ultimo decennio la **forte spinta della ricerca in campo oncologico** sta cancellando passo dopo passo, l'ineluttabile equazione "cancro uguale morte".
- Ma lo **scenario di innovazione tecnologica** che si prospetta nei prossimi anni in molte aree terapeutiche dell'oncologia, è ancora più ricco di contenuti e sta viaggiando ad una **velocità straordinaria**.
- E **questa velocità** sta portando con sé **nuovi problemi organizzativi** che riguardano l'adeguamento dei sistemi di diagnosi/cura →



CRITICITÀ: COSA RIVEDERE

- la **revisione delle strutture assistenziali** deputate a rispondere efficacemente ai nuovi scenari (es° dai MTB ai CAR T team);
- la **presa in carico selettiva** tra centri **Hub** ad alta specializzazione, centri **Spoke e Territorio**;
- l'accesso rapido ed uniforme alle fortunatamente molte **innovazioni**;
- la **necessità di condivisione e raccolta di RWD**;
- la **omogeneità dei percorsi assistenziali** regionali ed interregionali che con le nuove tecnologie spaziano dagli screening, alle fasi iniziali diagnostiche, alle fasi avanzate del follow-up (televisita o telecontrollo, nutrizione, riabilitazione, supporto psicologico etc.).



SCENARIO ITALIANO: ACCESSO A SCREENING E CURE APPROPRIATO E UNIFORME?

Dati AIOM 2018:

Il 6% dell'intera popolazione (3.368.569) vive dopo la scoperta della malattia, erano 2.244.000 nel 2006

- **Boom di fumatrici** tra 25-34enni in alcune regioni.
- “**Scarsa adesione** a screening e stili di vita corretti causano **differenze regionali**”
- **Accesso diverso** tra regioni ai percorsi diagnostico terapeutici
- **Sopravvivenza a 5 anni** dalla diagnosi fotografa un **Paese spaccato in due:**
 - al Nord *Emilia-Romagna, Toscana* (56% uomini e 65% donne) e *Veneto* (55% e 64%).
 - Al Sud *Sicilia* (52% uomini e 60% donne), *Sardegna* (49% e 60%) e *Campania* (50% e 59%).



Approccio intersettoriale

La creazione di reti e alleanze intersettoriali consente di porre la salute ed il contrasto alle disuguaglianze di salute al centro delle strategie e degli interventi sanitari ed extra-sanitari e di considerare in ogni contesto la centralità della persona, i suoi diritti e le sue scelte. La “Salute in tutte le politiche” rappresenta un approccio doppiamente vincente poiché fa sì (strategia *win-win*) che settori diversi traggano vantaggio, rafforzando i risultati, dall’includere nella programmazione delle proprie politiche la valutazione dei potenziali effetti sulla salute.

MA COSA E' STATO REALIZZATO AD OGGI?

Documento tecnico di indirizzo 2011-2013

prorogato fino al 2016 e non più modificato, paragrafo 5.4 relativo alle Reti oncologiche: “definire i percorsi assistenziali programmati per le principali patologie e situazioni cliniche” e “definire i principali percorsi di cura per specifiche patologie oncologiche (PDTA)”.

LE RETI STRUMENTI DI GOVERNANCE E PROGRAMMAZIONE?

Tabella 5.4 **INNOVAZIONE IN ONCOLOGIA – LA RETE ONCOLOGICA**
Azioni Programmatiche Triennio 2010 – 2012

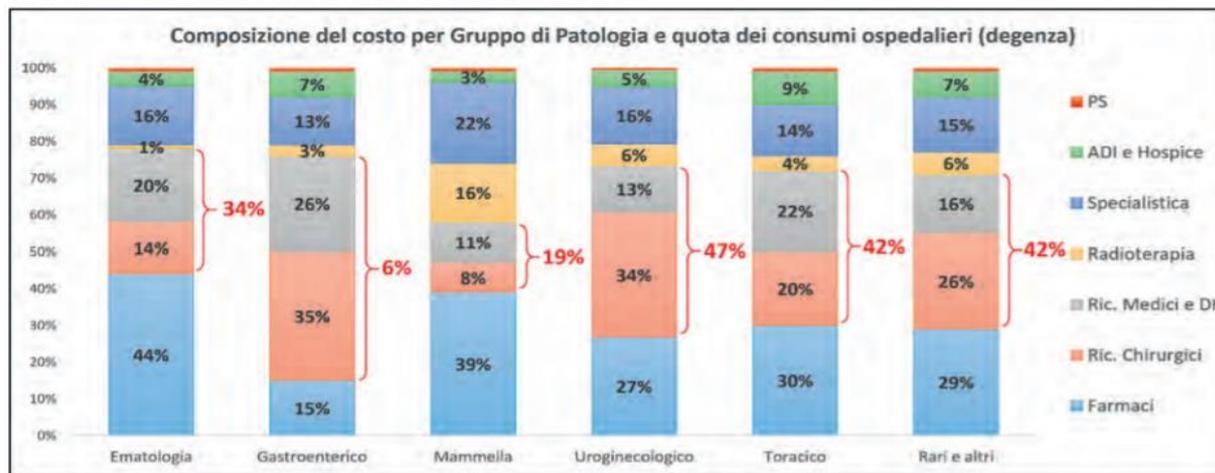
- Definire i percorsi assistenziali programmati per le principali patologie e situazioni cliniche.
- Assicurare la presa in carico dell'assistito nell'intero percorso assistenziale
- Assicurare la multidisciplinarietà dell'assistenza attraverso l'istituzione di gruppi specifici per patologia.
- Favorire l'inserimento dei pazienti in programmi di ricerca clinica
- Promuovere la creazione di infrastrutture finalizzate alla ricerca clinica (ad esempio biobanche)
- Coordinare le professionalità e le istituzioni coinvolte nella prevenzione, diagnosi, terapia.
- **Garantire equità all'accesso alle cure oncologiche a tutti i cittadini**
- Definire percorsi di cura condivisi per specifiche patologie oncologiche (clinical pathways o PDTA)
- Sviluppare modelli organizzativi volti ad ottimizzare il coordinamento e l'integrazione dei percorsi di cura oncologici, riabilitativi, e di cure palliative, sulla base dei bisogni espressi dai pazienti
- **Sperimentare sistemi di gestione innovativi basati sulla retribuzione di percorsi di cura, piuttosto che sulla singola prestazione.**
- **Definire una piattaforma condivisa di informazioni del paziente disponibili alle istituzioni / figure professionali coinvolte nell'assistenza: sistemi informativi, cartelle telematiche, linee guida, registri di patologia, ecc.**
- Valorizzare le risorse dal volontariato operativo a livello ospedaliero e sul territorio
- Creare un network delle Reti oncologiche regionali, Rete delle reti, la cui governance è demandata al Ministero della Salute.



PUNTI CHIAVE DI CAMBIAMENTO

- **Se in tutto questo complesso sistema si continuerà a ragionare per silos** di argomenti, di budget, di competenze, di professionisti, di comunicazione e persino di organizzazione, ogni differente attore di sistema continuerà ad avere difficoltà nel salire a bordo di un «trasporto che viaggia e che cambia alla velocità della luce».

FIGURA 2. COMPOSIZIONE COSTO SANITARIO PER GRUPPO DI PATOLOGIA





PROGRAMMAZIONE → INNOVAZIONE CHE CAMBIA L'IMPATTO ECONOMICO/SANITARIO E NECESSITÀ DATI RWE

Stima dei costi oncologici in ottica di popolazione e modello di misurazione del "valore" (2016)

FIGURA 1. INCIDENZA DELL'ONCOLOGIA SULLA SPESA SANITARIA PUBBLICA IN ROMAGNA

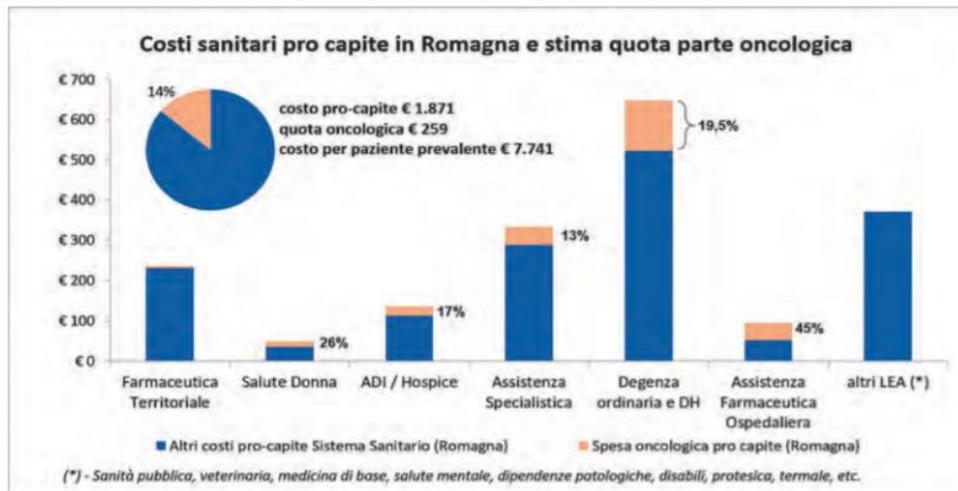
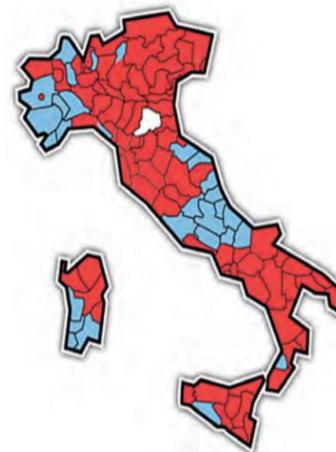


FIGURA 1. COPERTURA DEI REGISTRI TUMORI IN ITALIA. IN ROSSO I RT ACCREDITATI, IN AZZURRO I RT IN ATTIVITÀ E IN BIANCO LE AREE NON COPERTE DA RT.



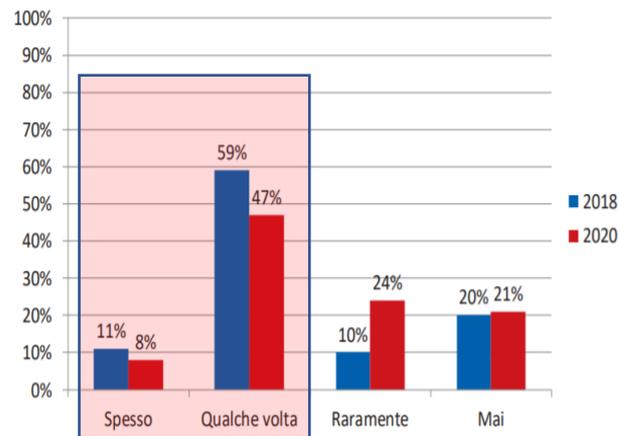
	RT ACCREDITATI	RT IN ATTIVITÀ	ZONE NON COPERTE
COPERTURA	70%	28%	2%
POPOLAZIONE	41.435.000	16.022.501	976.2



PROGRAMMAZIONE TRA SOSTENIBILITÀ ED ACCESSO ALLE CURE

GRAFICO 1. DIFFICOLTÀ DELLE SCELTE TERAPEUTICHE RISPETTO ALLE DISPONIBILITÀ DI BUDGET (2018 E 2020)

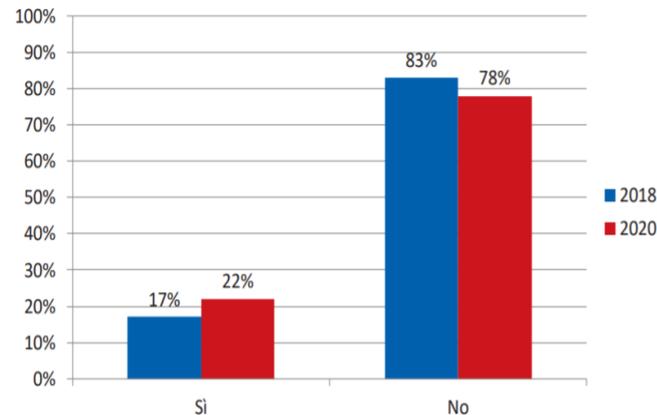
1. Nella sua prassi clinica, si è mai sentito in difficoltà, rispetto alle scelte da compiere in termini di trattamento terapeutico, a causa del budget finanziario a disposizione?



Fonte: Indagine F.A.V.O. – AIOM 2018-2020

GRAFICO 3. RINVIO DI TRATTAMENTI TERAPEUTICI PER MANCANZA DI BUDGET (2018 E 2020)

3. Le è mai capitato di dover rimandare uno o più trattamenti terapeutici all'anno successivo per motivi di mancanza di budget?



Fonte: Indagine F.A.V.O. – AIOM 2018-2020