



LO STATO DELL'ONCOLOGIA IN ITALIA

Roma, 27 aprile 2017

Sala Zuccari, Palazzo Giustiniani
Via della Dogana Vecchia 29, Roma
ore 11-13

Organizzazione dell'Oncologia in Italia

**Gruppo di Lavoro
AIOM-CIPOMO**

**Giordano D Beretta
Segretario Nazionale AIOM**

**Gianpiero Fasola
Past-president CIPOMO**



- **L'attività oncologica è, negli ultimi anni, in forte espansione per effetti di alcune tendenze:**
 - ❑ **aumento dell'età media della popolazione**
 - ❑ **incremento del numero dei pazienti sottoposti a trattamento (chirurgico, medico oncologico, radioterapico)**
 - ❑ **progressi dei trattamenti che ottengono una cronicizzazione di molte neoplasie**

Epidemiologia

- **Circa 1000 casi di nuove diagnosi oncologiche al giorno**
- **Sopravvivenza a 5 anni superiore al 60% (57% maschi, 63% donne) con incremento del 18% nei maschi e del 10% nelle donne rispetto a 10 anni fa**
 - ❑ **Programmi di screening**
 - ❑ **Approccio multidisciplinare**
 - ❑ **Miglioramento dei trattamenti**
 - ✓ **Farmacologici**
 - ✓ **Radioterapici**
 - ✓ **Chirurgici**
- **Ciò ha comportato un aumento della prevalenza**
 - ❑ **circa 3 milioni di soggetti vivi con diagnosi di cancro**
 - ❑ **quasi 5% della popolazione generale**

AIOM – AIRTUM I numeri del cancro 2016

Spesa per farmaci oncologici

	2012	2013	2014	2015
Spesa in milioni di Euro	3.294	3.557	3.899	4.175
% spesa totale	17.0	18.1	19.5	18.9
Δ in milioni anno precedente	137	263	342	276
Δ % anno precedente	11.7	8.0	9.6	7.1

**Spesa per farmaci oncologici in Italia 2012-2015.
Rapporto OsMed 2012, 2013, 2014, 2015**

Unità Operative di Oncologia in Italia (n. = 331)

	Nord N (%)	Centro N (%)	Sud e Isole N (%)	Totale N (%)
Unità Operative	169 (51)	82 (24,7)	80 (24,1)	331 (100)
Psico-oncologia	149 (88)	55 (67,1)	51 (63,7)	255 (77)
UFA	128 (75,6)	61 (74,4)	67 (83,7)	256 (77,3)
Hospice	111 (65,7)	52 (63,4)	27 (33,7)	190 (57,4)
Assistenza domiciliare	122 (72,2)	52 (63,4)	42 (52,5)	217 (65,5)

➤ **oltre 3.000 medici**

❑ **2.000 dipendenti (media UO 7,28, mediana 5)**

❑ **numero medio medici con contratto libero professionale 1,28**

❑ **numero medio medici borsisti 0,33**

❑ **570 specialisti in formazione (media 1,99 per UO)**

➤ **Oltre 4.000 infermieri**

AIOM, Libro Bianco 2016

Lo stato dell'Oncologia in Italia

Roma, Senato della Repubblica, Palazzo Giustiniani, 27 aprile 2017

- **progressi scientifici e aumento delle conoscenze**
- **tendenza alla super-specializzazione**
 - ❑ **in sotto-ambiti di patologia**
 - ❑ **in segmenti della storia clinica**
- **maggiore difficoltà della gestione complessiva del paziente**
- **acuzie → cronicità e pluripatologie**
 - ❑ **La cronicizzazione della malattia oncologica e l'innalzamento della vita media comportano la presenza di un numero sempre maggiore di pazienti con patologie concomitanti**
 - ❑ **necessità di una gestione che richiede competenze esterne all'ambito oncologico sia mediche che riabilitative che socio-assistenziali**

- **A fianco delle cure per le patologie oncologiche già diagnosticate occorre considerare:**
 - ❑ **la gestione dei sintomi e degli eventi acuti intercorrenti**
 - ❑ **la gestione dei follow up in un numero crescente di pazienti con bisogni differenti in funzione dei trattamenti ricevuti, dell'età e delle patologie concomitanti**
 - ❑ **la questione del fine vita, problema che risente dei cambiamenti culturali e sociali in corso**
 - ❑ **attività educazionali e di prevenzione atte a ridurre sia l'insorgenza di patologia oncologica che le ricadute di malattia nei soggetti potenzialmente guariti**

- **L'oncologo medico ha quindi dovuto acquisire conoscenze e competenze in tutti questi ambiti, sviluppare la capacità di gestire nuovi possibili effetti collaterali acuti o tardivi, di particolare impatto nei pazienti lungo-sopravvivenenti**
- **Solo la conoscenza sia della storia biologica della malattia che delle tossicità acute e tardive e delle implicazioni a lungo termine dei trattamenti permette di definire globalmente la migliore "strategia di cura"**

➤ **indispensabile definire formalmente:**

- ❑ **ruoli, funzioni e prerogative dei professionisti che intervengono nell'assistenza del paziente oncologico**
 - ✓ **la prescrizione e la gestione dei farmaci anti-tumorali va formalmente limitata all'Oncologo Medico**
 - **specifiche formazione e conoscenze, per indicazione nella strategia terapeutica, appropriatezza e sicurezza.**

➤ **con la finalità di garantire:**

- ❑ **le migliori cure per tutti i pazienti in ambito nazionale nel rispetto delle linee guida;**
- ❑ **l'appropriatezza in tutto il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale;**
- ❑ **l'utilizzo razionale delle risorse tecnologiche, professionali ed economiche evitando dannose sovrapposizioni e sprechi.**

➤ compito dell'oncologo medico

- ❑ **implementare rapidamente conoscenze e competenze**
- ❑ **saper coordinare con giudizio clinico un insieme di azioni atte a guidare il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale del paziente, conoscendo le problematiche della patologia oncologica e individuando il paziente come un unicum.**
- ❑ **Pur non essendo l'oncologo medico l'unico depositario del sapere oncologico, esso rappresenta lo specialista che meglio conosce la patologia oncologica in tutto il suo sviluppo**
 - ✓ **specialisti d'organo sono poco orientati ad aspetti che non coinvolgono direttamente l'organo di loro competenza**
 - ✓ **specialisti d'area terapeutica molto preparati nelle loro professionalità ed indispensabili per la gestione del paziente, ma con una visione spesso limitata al loro ambito di competenza con conseguente minore "visione di strategia"**
 - ✓ **Entrambe queste componenti (specialisti d'organo e specialisti di branca terapeutica) sono indispensabili in un percorso multidisciplinare ma non sempre posseggono la visione d'insieme necessaria per svolgere il ruolo di coordinatori della realtà oncologica.**

- **Dal punto di vista dell'organizzazione, le strutture e le prestazioni che le qualificano sono diventate sempre più "nodi di attraversamento" dei percorsi del paziente, che devono essere gestiti e che devono trovare professionalità adeguate.**
- **In questo contesto, l'Oncologia Medica riveste un ruolo importante quale disciplina internistica applicata alla cura dei tumori: queste competenze rappresentano un bagaglio imprescindibile per la valutazione complessiva del malato e la strategia di cura.**

- **stewardship della e per la patologia oncologica e sue problematiche, dei bisogni dei malati, della società nel suo complesso e del sistema sanitario nazionale**
 - ❑ **disegno e controllo dei PDTA**
 - ❑ **“punto di riferimento” e facilitatore per il percorso del paziente, in grado raccordare tra loro i diversi saperi/servizi che intervengono nella risposta al bisogno.**
 - ✓ **ruolo non formalizzato, che trova giustificazione nelle competenze e negli orientamenti che caratterizzano l'oncologo medico**
 - ❑ **riferimento relazionale del paziente, dalla diagnosi al fine vita, con l'obiettivo di una condivisione delle scelte con una comunicazione efficace e attenta alle emozioni**
 - ❑ **gestore in una visione multidisciplinare con 'assunzione di una responsabilità formalizzata su un insieme di prestazioni e servizi e il loro coordinamento in linea con i bisogni del paziente.**
 - ❑ **responsabile dei trattamenti farmacologici**
 - ✓ **in questo caso l'insieme delle prestazioni e servizi viene erogato in una singola struttura organizzativa sotto il controllo dell'oncologo medico a cui va inoltre formalmente limitata la prescrizione e la gestione dei farmaci anti-tumorali, che richiedono specifiche formazione e conoscenze, per indicazione nella strategia terapeutica, appropriatezza e sicurezza.**
 - ❑ **presa in carico clinica del paziente sia nella fase ambulatoriale (in collaborazione con la medicina territoriale) sia nella fase di ricovero ordinario (in questa fase in collaborazione con altri specialisti)**
 - ❑ **consulente nei confronti di un paziente oncologico “in carico” ad altre specialità/specialisti**

➤ **Farmaci sempre più costosi**

□ **Selezione dei pazienti su basi molecolari**

- ✓ **Creazione percorsi, insieme a SIAPEC, per la realizzazione di laboratori di biologia molecolare certificati**
 - Personalizzazione dei trattamenti
 - Miglioramento del rapporto beneficio/costo
 - Risparmio economico

□ **Percorsi di promozione dell'appropriatezza e collaborazione con organi istituzionali quali AIFA ed AGENAS**

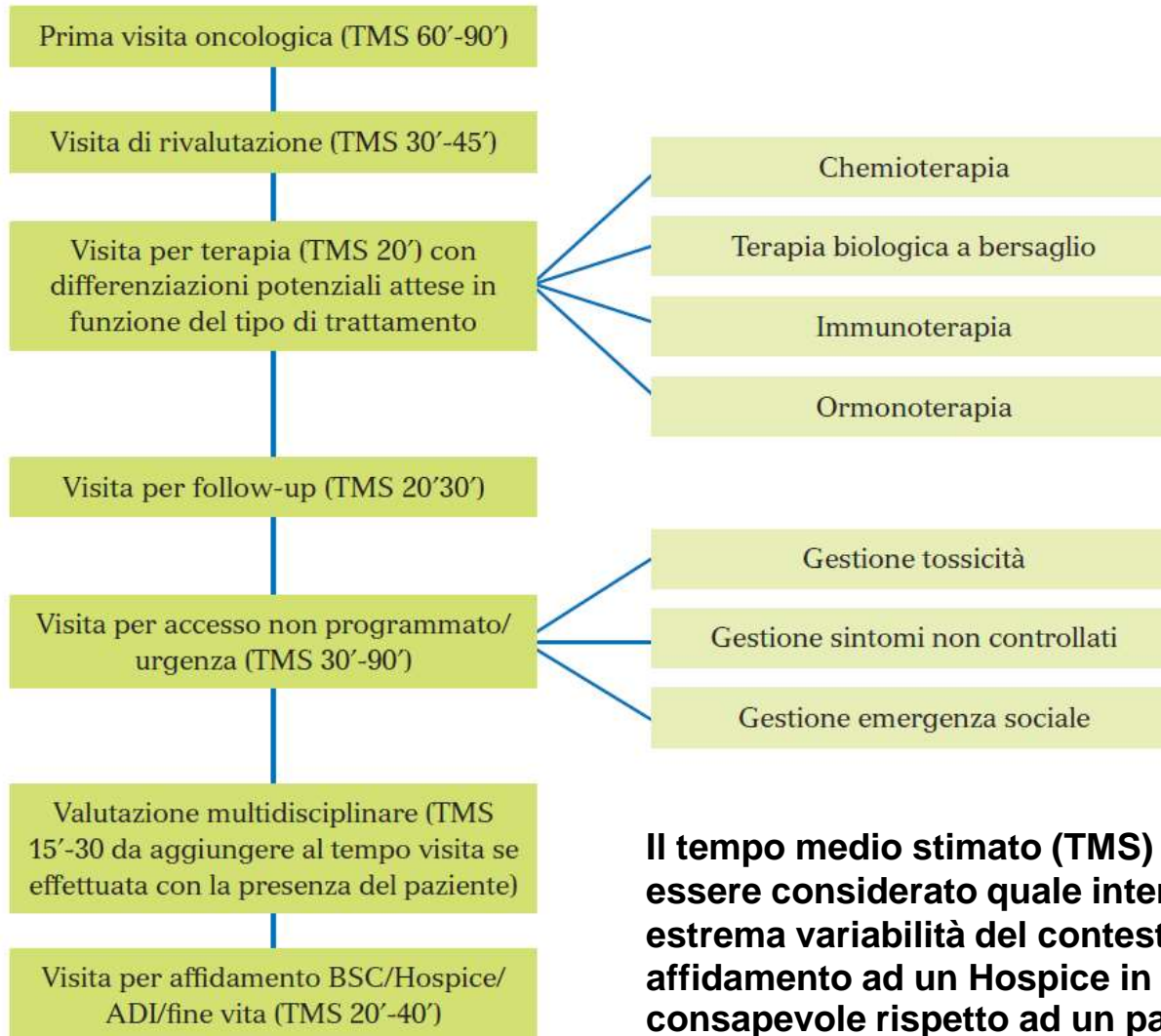
- ✓ **Stabilizzazione spesa e sostenibilità**

□ **Riduzione del numero di malati attraverso**

- ✓ **strategie di prevenzione primaria**
 - Campagne educazionali e formative
- ✓ **prevenzione secondaria per una diagnosi in uno stadio più iniziale della malattia**
 - maggiori probabilità di guarigione,
 - riduzione dei costi per le cronicità e per le sequele a lungo termine

- **fornire indicazioni organizzative che favoriscano:**
 - ❑ **Il miglior allineamento possibile, in ciascun contesto, tra il percorso teorico ideale corrispondente allo stato dell'arte nel trattamento di una determinata malattia oncologica (così come delineato dalla Linee guida AIOM e/o da altre Società Scientifiche) e il percorso effettivo documentabile nella maggior parte dei pazienti**
 - ✓ lavoro sui percorsi integrati di cura
 - ✓ indicatori di processo e di esito utilizzati in modo strutturato ed inseriti nella reportistica periodica delle aziende sanitarie.
 - ✓ attivazione sistematica di audit
 - ❑ **Una maggiore uniformità in alcuni processi di lavoro e la possibilità di promuovere un confronto tra le condizioni organizzative e gli strumenti di gestione che favorisca gli auspicati risultati di processo e di esito nei diversi contesti aziendali.**
 - ✓ difficile uniformare i PDTA per singola condizione patologica in presenza di configurazioni e modelli organizzativi aziendali molto eterogenei
 - ✓ l'impegno deve essere indirizzato alla verifica delle performance dei PDTA allo scopo di ottenere risultati omogenei nei diversi contesti organizzativi
 - ✓ declinazione condivisa degli indicatori di PDTA sia nella fase di presa in carico, che di gestione e continuità assistenziale.
 - ✓ dati facilmente estraibili e disponibili tramite una condivisione dei percorsi informatici.

Analisi e descrizione delle fasi del processo



Il tempo medio stimato (TMS) non può naturalmente essere considerato quale intervallo vincolante, posta la estrema variabilità del contesto (ad esempio: visita affidamento ad un Hospice in paziente informato e consapevole rispetto ad un paziente non informato)

- **L'adozione di PDTA (o percorsi integrati di cura) rappresenta uno strumento chiave per favorire l'allineamento migliore tra "cosa si dovrebbe fare" (stato dell'arte delle conoscenze) e come viene fatto nel contesto dato (per sua natura oggetto di molte variabili istituzionali, geografiche, sociali ed organizzative)**
 - ❑ **Si tratta anche dello strumento migliore per rendere esplicita la coincidenza tra le competenze necessarie e le fasi del processo di cura e, di conseguenza, l'appropriatezza degli interventi previsti.**
- **L'adozione sistematica dello strumento PDTA deve tener conto del modello organizzativo delle reti ospedaliere (Hub&Spoke) o dell'evoluzione dei modelli di rete oncologica ("Cancer Comprehensive Center o Network") nonché delle relazioni strutturate tra area ospedaliera e distretti, al fine di assicurare la continuità assistenziale.**
- **Vi sono tuttavia persistenti elementi di confondimento nel come si intendano questi strumenti: la declinazione corrente più praticata è più vicina a schemi tipo algoritmo decisionale che ad azioni di riprogettazione continua, come nello spirito originario del PDTA**
- **A questo fine AIOM si impegna a programmare, su base regionale o macroregionale, corsi di formazione sulla metodologia finalizzati a facilitare la disseminazione dello strumento nelle diverse Azienda sanitarie.**

- La condivisione di alcuni **indicatori di processo e di esito** nei percorsi integrati di cura per le diverse neoplasie, rappresenta lo strumento essenziale per il raggiungimento degli obiettivi che AIOM e CIPOMO ritengono necessario perseguire.
- Questi a loro volta rappresentano la migliore evidenza del ruolo che l'Oncologia Medica può e deve svolgere nelle Aziende e nel Servizio Sanitario universalistico del nostro Paese.
- Con la definizione di questi traguardi l'Oncologia Medica italiana si rende responsabile del Governo clinico, dell'appropriatezza nelle scelte e del corretto utilizzo delle risorse assegnate nei confronti dei cittadini e delle Istituzioni sovraordinate

Possibili modelli di integrazione

- **necessario pensare alle strutture in relazione ai meccanismi di coordinamento e integrazione che ne orienteranno l'azione e di cui esse stesse potranno essere protagoniste**
- **la dimensione verticale (le strutture) e quella orizzontale (i meccanismi) devono essere pensate come interdipendenti e complementari:**
 - ❑ **ogni aumento dei gradi di specializzazione nelle strutture necessita di un rafforzamento dei meccanismi di integrazione**
 - ❑ **non tutte le esigenze di integrazione e coordinamento possono essere risolte attraverso un ampliamento delle strutture e una loro più marcata articolazione gerarchica**
- **L'Oncologia è probabilmente la disciplina che più ha investito e innovato sui meccanismi di coordinamento, a partire dalle reti e dai percorsi oncologici che rimangono in molti contesti un modello di riferimento per affrontare altre patologie.**
- **Le reti rappresentano il disegno strutturale di un sistema che vuole essere interconnesso per offrire i vantaggi della specializzazione e della prossimità e sul quale è possibile progettare i percorsi del paziente in un itinerario nella malattia che offra cure appropriate e rispettose dei bisogni non solo sanitari dei pazienti.**

Possibili modelli di integrazione

- **Il percorso del paziente non richiede solo di essere progettato, ma necessita anche di una guida in grado di orientare le scelte e di intervenire laddove i percorsi standard non si adattano alle specifiche condizioni del paziente e della sua patologia.**
 - **Al di là degli elementi strutturali e dei disegni di sistema l'insostituibile funzione di gestione del percorso che l'Oncologia Medica e gli oncologi spesso, e naturalmente, assumono, non si limita a operare all'interno delle strutture e delle regole esistenti, ma riesce anche a rimodellare il sistema, modificandone concretamente il funzionamento**

- **Gli intensi fabbisogni di multidisciplinarietà e multiprofessionalità espressi dalle patologie oncologiche non possono essere risolti solo attraverso un miglior collegamento tra discipline diverse che rimangono comunque confinate nei loro ambiti organizzativi**
 - **Le equipe multidisciplinari sono una ulteriore forma di coordinamento e integrazione che inizia ad assumere forma e consistenza**
 - ✓ **dare risposta ai bisogni di specializzazione e multidisciplinarietà**
 - ✓ **rafforzare la spinta all'integrazione e collaborazione tra saperi attraverso meccanismi a "elevato tasso di strutturalità" (le unità e l'esplicitazione delle responsabilità) in condizioni di contiguità fisica e organizzativa**

Possibili modelli di integrazione

- **L'Oncologia Medica, ha rappresentato un terreno di innovazione**
 - ❑ **prendendo atto della inevitabile afferenza della patologia oncologica a discipline e strutture diverse**
 - ❑ **provando a governare unitariamente la risposta a bisogni di particolare criticità e a offrire analoghe opportunità di cura a tutti i pazienti.**

- **Superamento dei confini aziendali**
 - ❑ **costituzione di dipartimenti oncologici interaziendali di natura tipicamente funzionale.**
 - ✓ **Essi possono rappresentare una grande opportunità perché l'Oncologia Medica possa esprimere la sua capacità di leadership nel disegno e l'organizzazione della risposta ai bisogni dei pazienti.**

Possibili modelli di integrazione

- **attenzione alla rete, all'insieme dei servizi e condizioni che offrono risposte coordinate ai molteplici bisogni clinici e assistenziali del paziente oncologico**
- **le unità operative e la loro configurazione rimangono elementi fondamentali per garantire all'Oncologia Medica le condizioni necessarie per potere offrire i propri contributi al trattamento delle patologie**
- **I sistemi sanitari regionali tendono ad aumentare decisamente le dimensioni aziendali**
- **l'intero sistema spinge verso una concentrazione della casistica e verso la specializzazione, aumentando la dimensione delle unità operative e promuovendo le reti.**
- **razionalizzare e rimodellare per complessità le unità operative, aumentarne la dimensione, aumentarne i tassi di specializzazione**
- **In questo contesto, pur tenendo conto delle specificità di ciascuna soluzione regionale è opportuno offrire uno schema generale per orientare le scelte dei sistemi e orientare l'azione della disciplina di fronte ai continui riasseti e assestamenti organizzativi.**

Possibili modelli di integrazione

➤ **UO piccole**

- ❑ **svolgimento di funzioni di base senza necessariamente prevedere attività di degenza e collegandosi funzionalmente a centri di maggiori dimensioni**
 - ✓ **una alternativa per unità di dimensioni limitate è quella di perseguire, se possibile e utile, forme di specializzazione accentuata che richiamano le *focused factories* per le attività chirurgiche**
- ❑ **La strutture periferiche di piccole dimensioni dovrebbero essere organizzate sulla base di Unità Operative di Oncologia Medica afferenti ai gruppi multidisciplinari di riferimento, eventualmente interagendo con realtà limitrofe**
 - ✓ **Le strutture di minori dimensioni situate ad esempio in ospedali territoriali in aree disagiate dovrebbero strutturalmente dipendere dall'Unità Operativa di Oncologia Medica di strutture di maggiori dimensioni, evitando strutture ibride associate alle Unità Operative di Medicina Interna**
- ❑ **realtà più grandi possono suddividersi in gruppi di patologia che siano il "core" dei gruppi multidisciplinari con altre realtà che si occupano del paziente oncologico**

➤ **UO medie e grandi**

- ❑ **funzioni di base, funzioni intermedie e specializzate.**
 - ✓ **Tali unità dovrebbero rappresentare l'asse portante dell'Oncologia Medica, garantendo anche nella rete sufficienti gradi di specializzazione.**

Possibili modelli di integrazione

- **Dipartimenti oncologici strutturali**
 - ❑ in grado di riunire, in particolari condizioni, le unità medie e grandi, in un'unica articolazione molti dei saperi coinvolti nella risposta alle patologie oncologiche

- **Comprehensive Cancer Center**
 - ❑ il dipartimento strutturale si trasforma in una unica entità e insieme alla disponibilità di competenze si articolano e si concentrano un insieme di servizi in grado di rispondere, in una determinata fase, a tutte le esigenze del paziente.
 - ❑ il Comprehensive Cancer Center dovrebbe essere organizzato sulla base di Dipartimenti oncologici strutturati a cui facciamo riferimento Unità operative di diverse aree terapeutiche.
 - ❑ il coordinamento oncologico dovrebbe coinvolgere anche la gestione territoriale dell'area della prevenzione e quella della terminalità.

- **Istituti oncologici**
 - ❑ rappresentano una evoluzione/alternativa alle due forme precedenti aggiungendo a una ampiezza e specializzazione dei saperi presenti e dei servizi offerti, una autonomia istituzionale che consente una piena focalizzazione sulla patologia.

Possibili modelli di integrazione

- L'ipotesi apparentemente più percorribile in grado di rispondere a tutti i modelli sopra riportati, è quella di una strutturazione a rete con Comprehensive Cancer Center organizzati per gruppi di patologia e coordinati dall'Oncologia Medica, tra loro interconnessi e con competenze complementari cui facciano riferimento anche strutture di Oncologia Medica più periferiche che, organizzate con percorsi multidisciplinari, afferiscano ai gruppi di patologia del Comprehensive Cancer Center.
- Questa ipotesi, definibile come **Comprehensive Cancer Network**, consentirebbe una gestione del percorso uniforme, una centralizzazione delle procedure complesse, la possibilità per contro di poter portare le competenze in periferia attraverso anche lo spostamento dei professionisti sulla base delle linee di percorso definite dai PDTA limitando pertanto lo spostamento dei pazienti.

Possibili modelli di integrazione

➤ **ricerca**

- ❑ **fisiologica nelle unità più grandi e specializzate**
- ❑ **non può comunque mancare in quelle più piccole e più vocate alle funzioni intermedie.**
- ❑ **La frequentazione dei circuiti di ricerca, anche in connessione con i centri a maggiore specializzazione consente, infatti, una più rapida diffusione delle conoscenze e una loro condivisione all'interno della rete, la quale deve anche essere, oltre a un insieme di servizi, un sistema di conoscenze diffuse e interconnesse.**

➤ **specializzazione.**

- ❑ **Alla distinzione tra livelli di funzioni non necessariamente deve corrispondere una scala dimensionale:**
 - ✓ **unità piccole potrebbero specializzarsi, così come non è scontato che i centri di maggiore dimensione debbano avere gli stessi gradi di specializzazione.**

➤ **centri prescrittori, la cui identificazione è richiesta da AIFA al momento della registrazione di nuovi farmaci.**

- ❑ **è un problema molto sentito in diverse realtà italiane e che può trovare il suo punto di sintesi in quanto sopra esposto: " il paziente al centro della rete".**
- ❑ **ridurre la migrazione di malati per la somministrazione di farmaci, specie per le patologie a più elevata prevalenza.**
- ❑ **ruolo di coordinamento e, supervisione (anche con audit clinici) da parte dei Centri ad alti volumi potrebbe essere utile a questi fini.**

Grazie dell'attenzione

giordano.beretta@gavazzeni.it