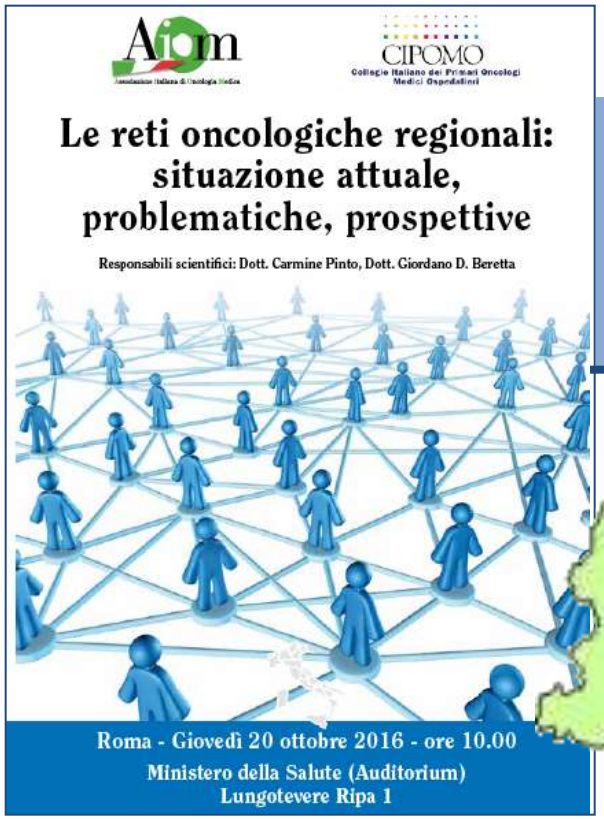


La regione Emilia Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Antonio Frassoldati, Oncologia AOU di Ferrara
Mattia Altini – IRCCS di Meldola (FC)

Antonio Frassoldati

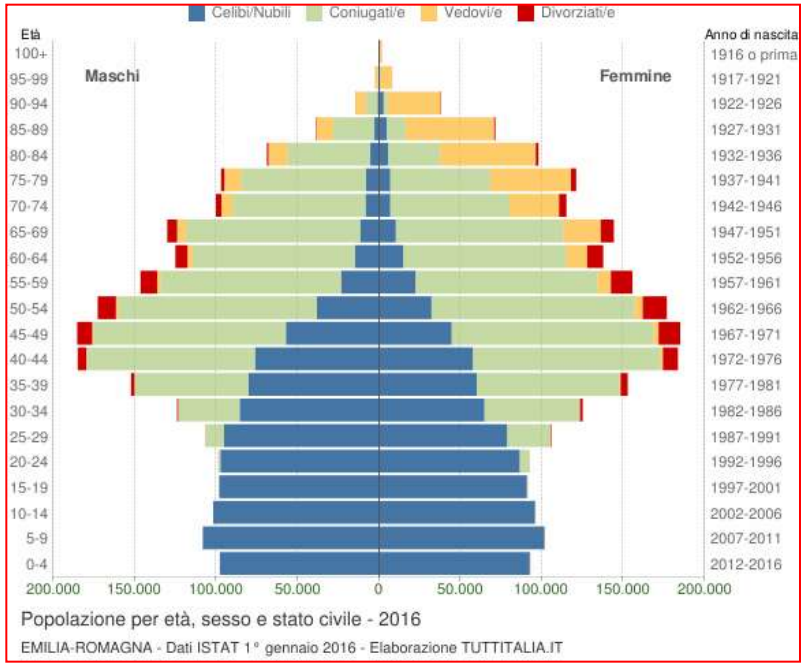
Oncologia AOU di Ferrara

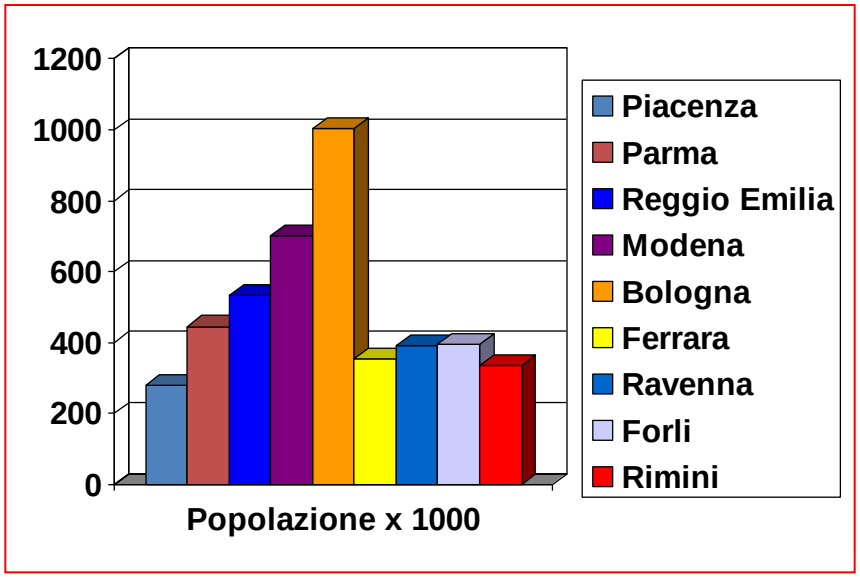
I dati epidemiologici della RER

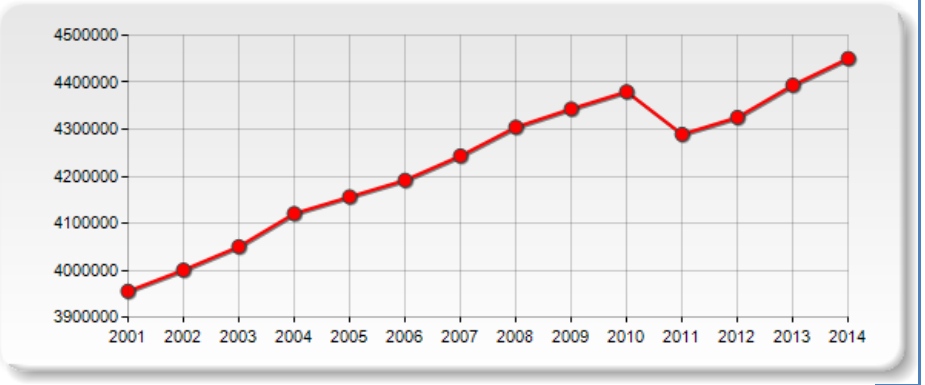
- **Popolazione residente**

  4.454.393

- Femmine 51.6%
- Stranieri 12,1%







I Tumori in Emilia-Romagna

- Numero di nuove diagnosi nel 2015 (tutte le sedi): 34.879

	Maschi	%	Femmine	%	Totale	%
1°	Prostata	23%	Mammella	27%	Colon-retto-ano	14%
2°	Colon-retto-ano	15%	Colon-retto-ano	13%	Mammella	13%
3°	Polmone	14%	Tiroide	8%	Prostata	12%
4°	Vescica*	10%	Polmone	8%	Polmone	11%
5°	Rene (parenchima)	4%	Utero corpo	5%	Vescica*	7%

** comprende neoplasie invasive e non invasive*

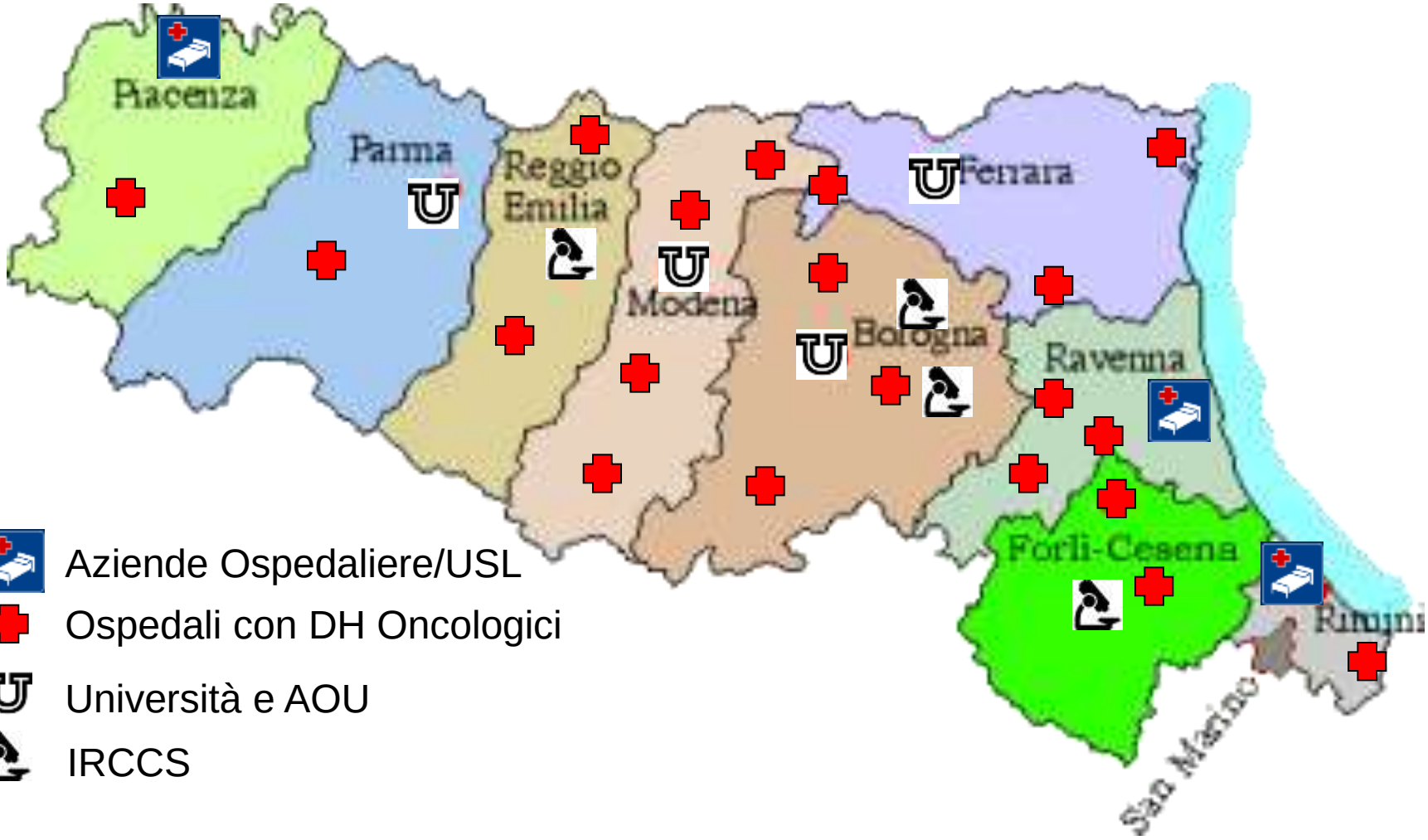
- Numero dei deceduti nel 2013: 13.553

	Maschi	%	Femmine	%	Totale	%
1°	Polmone	26%	Mammella	15%	Polmone	21%
2°	Colon-retto-ano	11%	Polmone	15%	Colon-retto-ano	11%
3°	Prostata	7%	Colon-retto-ano	11%	Pancreas	7%
4°	Stomaco	7%	Pancreas	8%	Mammella	7%
5°	Pancreas	7%	Stomaco	6%	Stomaco	7%

- Casi prevalenti (a 1.1.2010): 213.572

http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/rapporti/contributi/

La mappa delle strutture oncologiche in Emilia Romagna



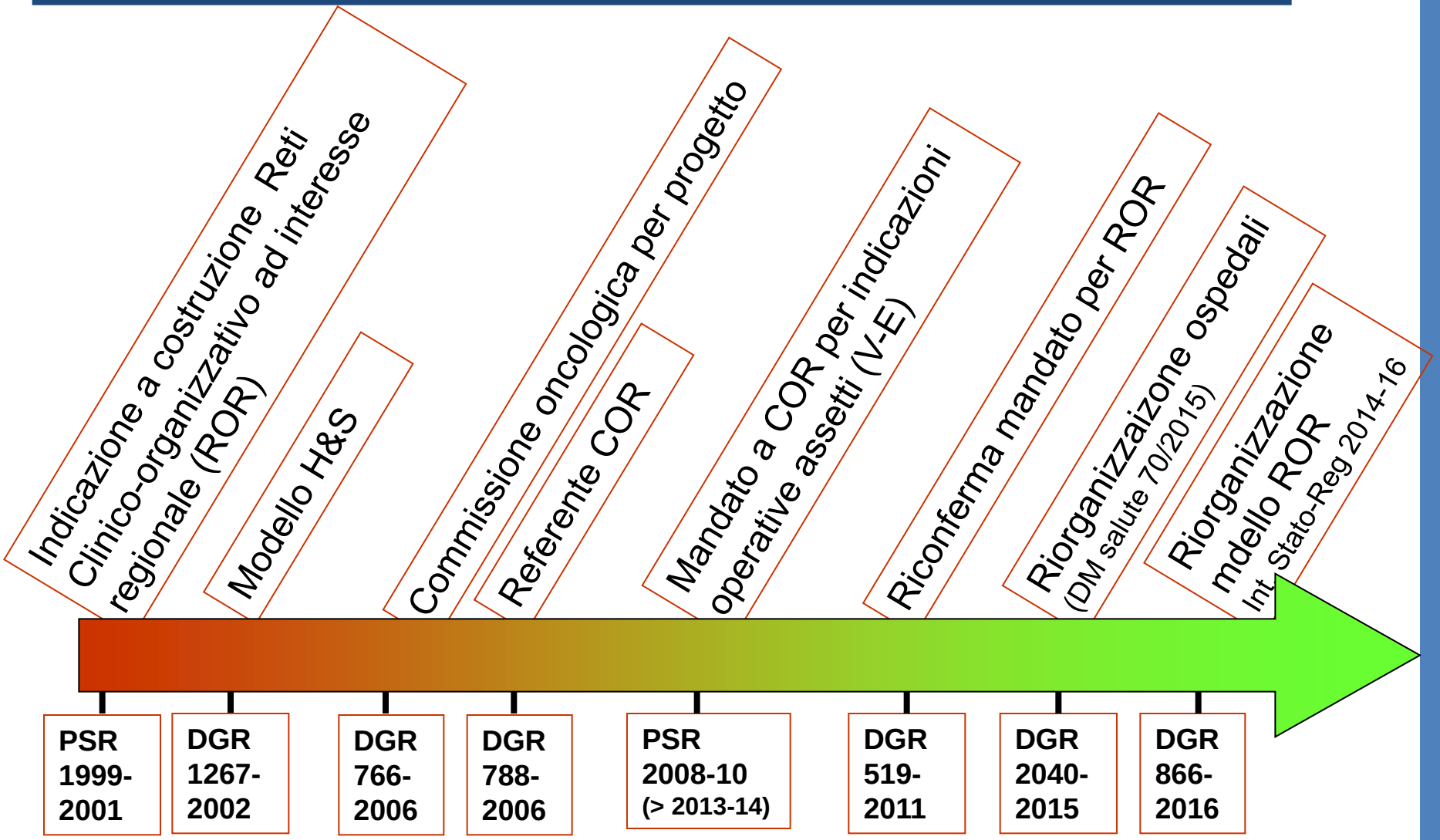
Aziende Ospedaliere/USL

Ospedali con DH Oncologici

Università e AOU

IRCCS

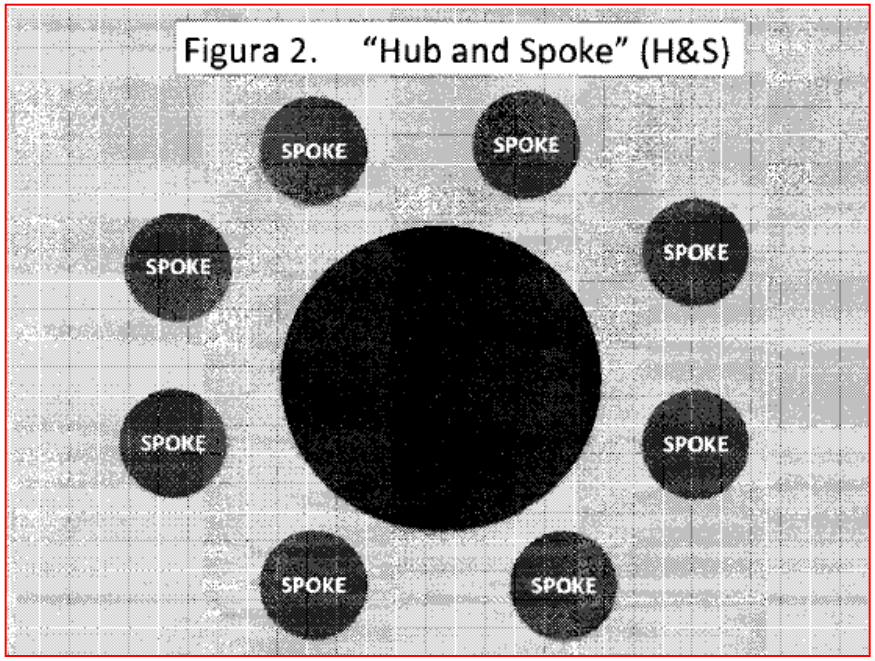
L'iter normativo in Emilia Romagna



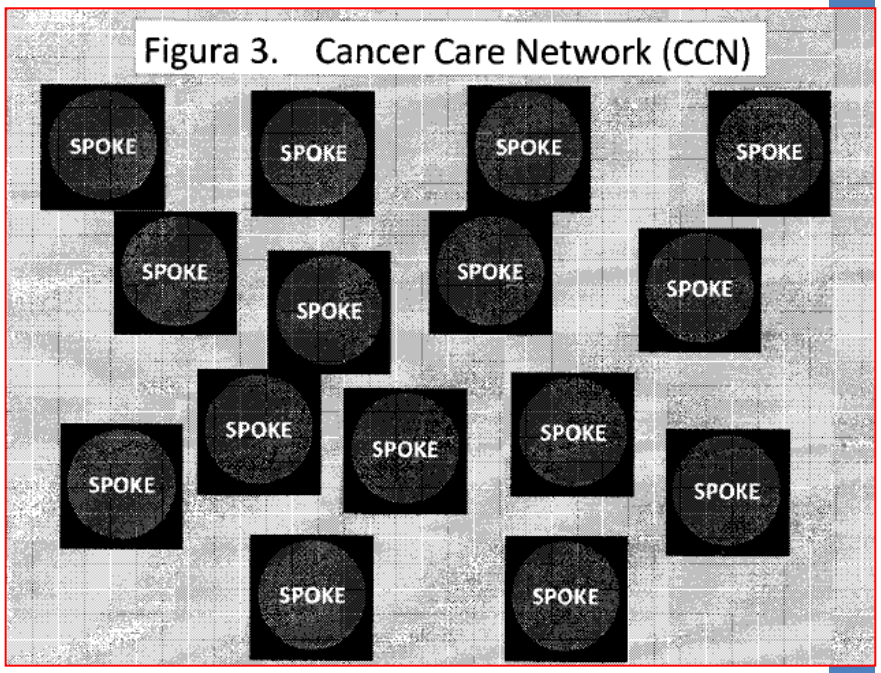
Principi espressi nei riferimenti normativi

- Il **ruolo della ROR** nel controllo della malattia cancro *(PSR 1999-2001; PSR 2008-2010 e 2013-2014; DGR 866/2016)*
- La scelta iniziale del **modello H&S** *(DGR 1267/2006)*
- Ruolo della **Commissione oncologica** per orientare i professionisti al fine di raggiungere **omogeneità di comportamenti** *(DGR 766/2006; 788/2006; 1161/2012)*
- La necessità di **riordino degli assetti organizzativi** in rapporto ad un **concetto di volumi-esiti** *(DGR 1161/2012)*
- **Rivalutazione del modello di rete** alla luce delle nuove necessità per fronteggiare il problema cancro *(DGR 866/2016; DM 2014-16 Ridurre il carico del cancro)*

Evoluzione del concetto di rete RER verso un “assetto variabile”

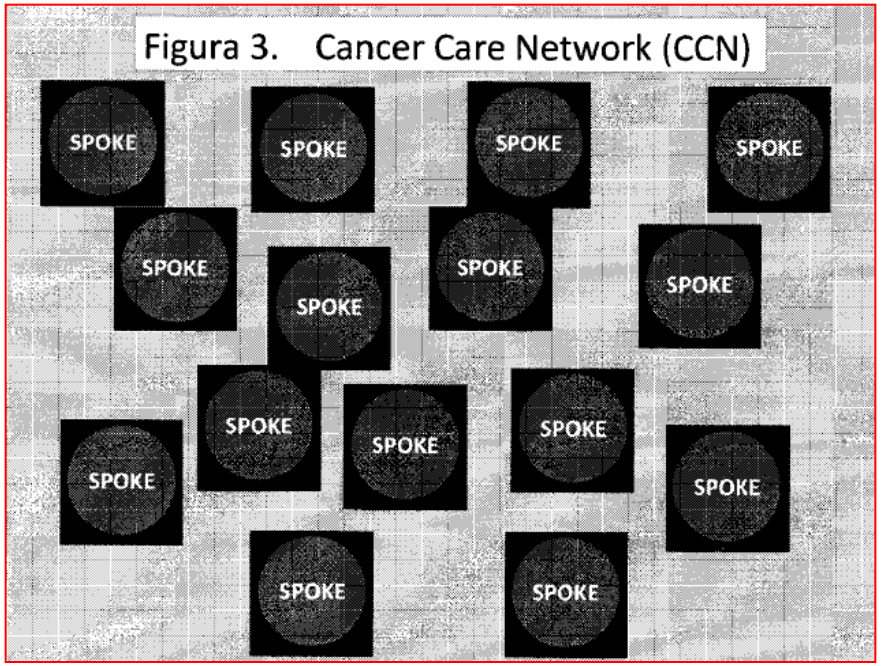


Indispensabile nella dimensione provinciale

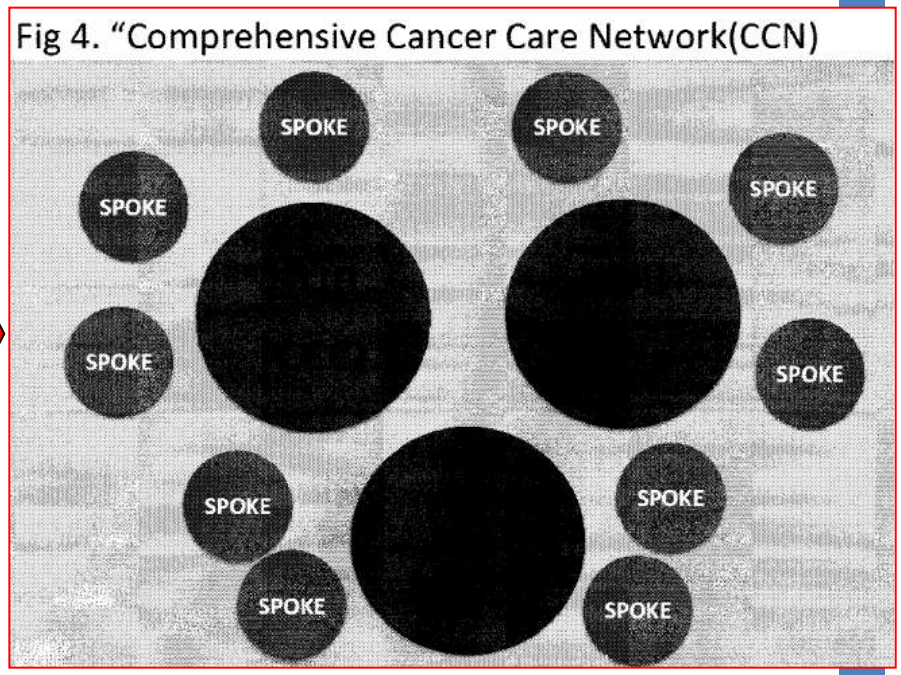


Applicabile nella dimensione regionale

Evoluzione del concetto di rete RER verso un “assetto variabile”



Applicabile nella dimensione regionale



Utile nella dimensione regionale per situazione complesse *(sedi Universitarie, sedi IRCSS, sedi territoriali a vocazione specifica)*

A che punto è la Rete Oncologica

- La rete è ancora in uno stadio iniziale dal punto di vista organizzativo.

- Scelta di lavorare per ottenere un orientamento omogeneo dei comportamenti professionali ed una definizione di strumenti gestionali rispetto alla programmazione operativa delle linee dei servizi

Sviluppo di un approccio omogeneo al paziente con tumore - *La definizione di PDTA regionali*

Omogenizzazione delle pratiche prescrittive secondo concetti di appropriatezza - *Il ruolo del Gruppo Regionale Farmaci Oncologici (GReFO)*

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Raccomandazioni evidence-based

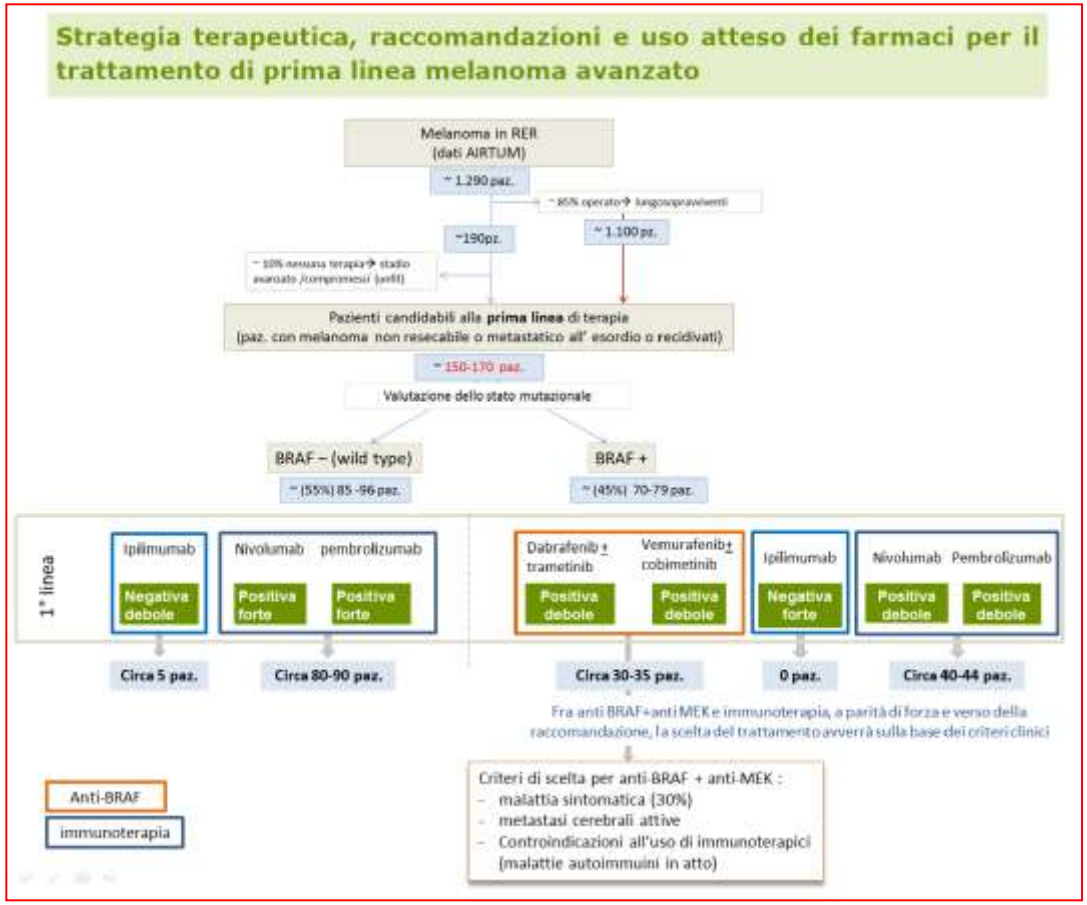
Farmaci per il melanoma avanzato, non resecabile o metastatico Prima linea di terapia

A cura del Gruppo Regionale Farmaci Oncologici (GReFO)

Raccomandazione d'uso n. 54
Maggio 2016

Direzione Generale, cura della persona, salute e welfare

Regione Emilia-Romagna



56 documenti di raccomandazione prodotti in 13 patologie oncologiche

La creazione di strumenti gestionali per lo sviluppo della rete - *Omogeneizzazione dei comportamenti e dei flussi informativi*

- Procedure di riconversione dei Day-Hospital in regime Ambulatoriale (DSA) (DGR 2040/2015 e DGR 463/2016)

Il day-hospital nelle patologie oncologiche
Rispetto al day-hospital di area oncologica ed ematologica, sarà cura del livello regionale creare i presupposti, in primo luogo normativi, per l'avvio di un percorso di trasferimento verso il regime ambulatoriale anche per queste attività. Come già accaduto per le attività ambulatoriali complesse che hanno gradualmente sostituito le attività di day-hospital/day-surgery, ma con livelli di cura ancora maggiori visto il rilievo specifico delle attività oncologiche ed ematologiche, la massima attenzione andrà posta agli standard strutturali, organizzativi, tecnologici e qualitativi garantiti.

- Adozione del DataBase-Oncologico, come strumento omogeneo a livello regionale di registrazione delle caratteristiche cliniche dei tumori e delle loro modalità di trattamento
- Adozione di un referto strutturato omogeneo per la Anatomia Patologica (DGR 1556/2015)

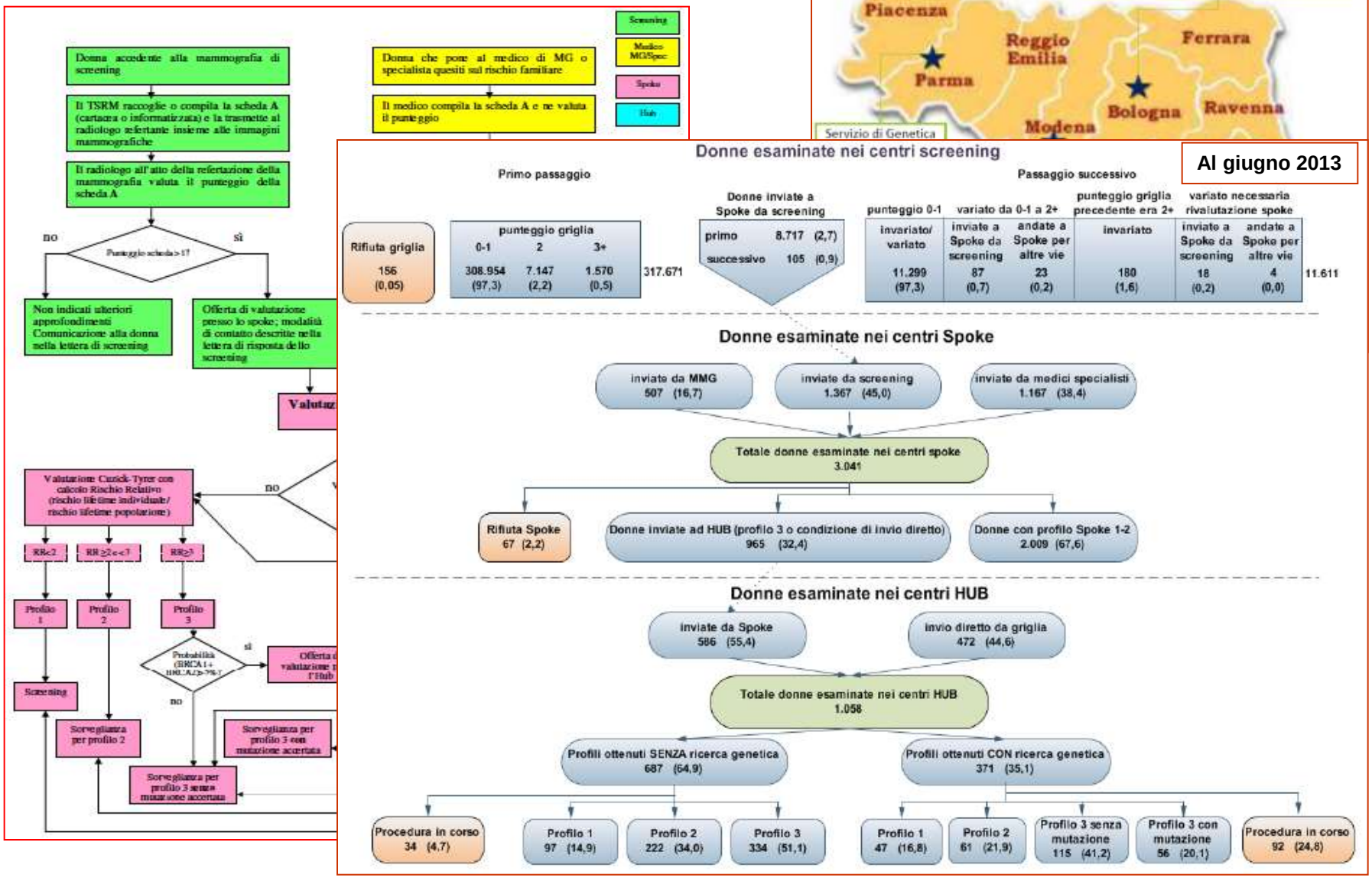
Gli screening regionali

- Sono stati consolidati i risultati dei programmi di screening oncologici, allargamento delle fasce di età per lo screening mammario (45-49 e 70-74), definizione di protocolli per le condizioni di rischio eredo-familiare.

Tassi di adesione all'invito per i programmi di screening

% adesione	**Mammella**	**Colon-retto**	**Cervice**
aa-. 2014	74,4%	54,8%	67%
Rispetto alla media italiana	↑	↑	↑

La organizzazione di rete per la gestione di problemi clinici specifici - *I tumori ereditari della mammella e dell'ovaio*



DGR 2040/2015 - *Rete Oncologica*

- L'ambito non si limita alla sola oncologia ma al complessivo sistema di cura **oncoematologico**, compresi gli aspetti diagnostici specifici e quelli terapeutici, anche chirurgici.

- Nelle more della definizione della rete oncologica e dei centri per il trattamento della casistica chirurgica oncologica, **ogni centro che tratti casistica chirurgica oncologica è vincolato a garantire che l'indicazione chirurgica venga posta a seguito di una valutazione multidisciplinare, sul modello del breast multidisciplinary team**.

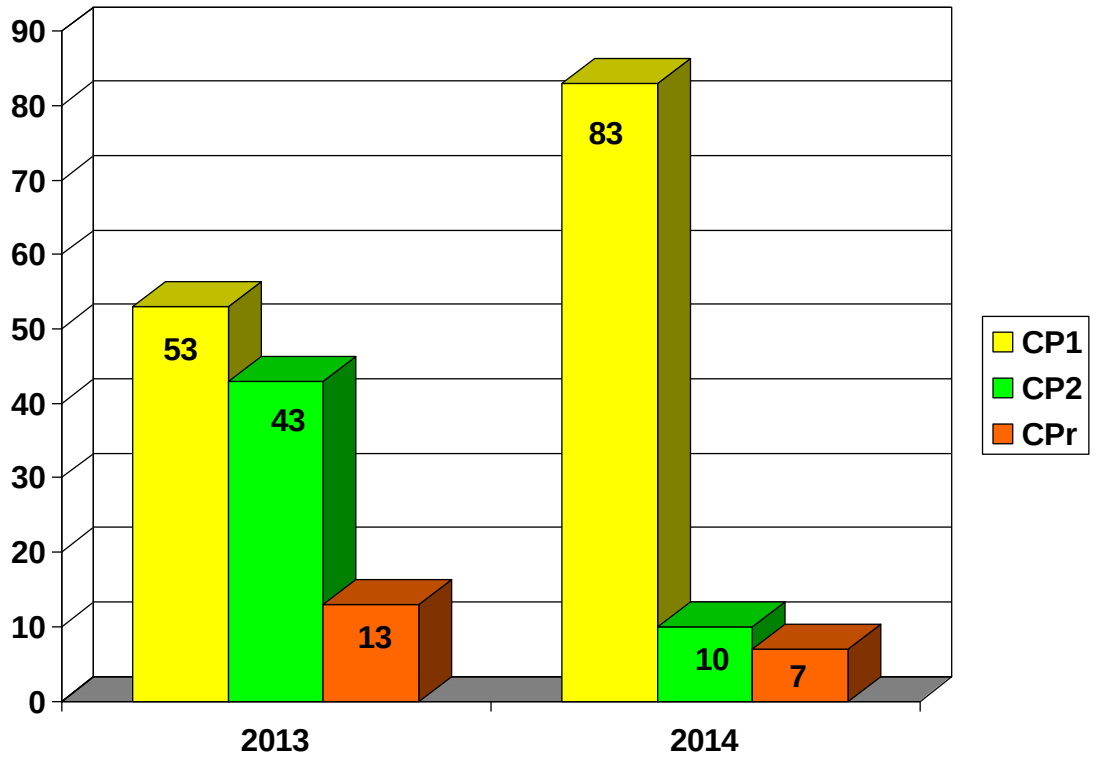
- Un ulteriore elemento di prioritaria valutazione è rappresentato dalle **anatomie patologiche**, per gli aspetti relativi all'assetto di rete e a quello delle competenze, in un'ottica di concentrazione delle sedi, delle tecnologie e delle funzioni avanzate, nonché delle competenze ad elevata specificità. *(referto strutturato)*

DGR 2040/2015 - *Volumi ed Esiti*

Indicazione alla concentrazione chirurgica del tumore mammario

	2013	2014	2015
CP1	9	13	12
CP2	40	10	5

Numero di centri che hanno eseguito interventi per carcinoma mammario

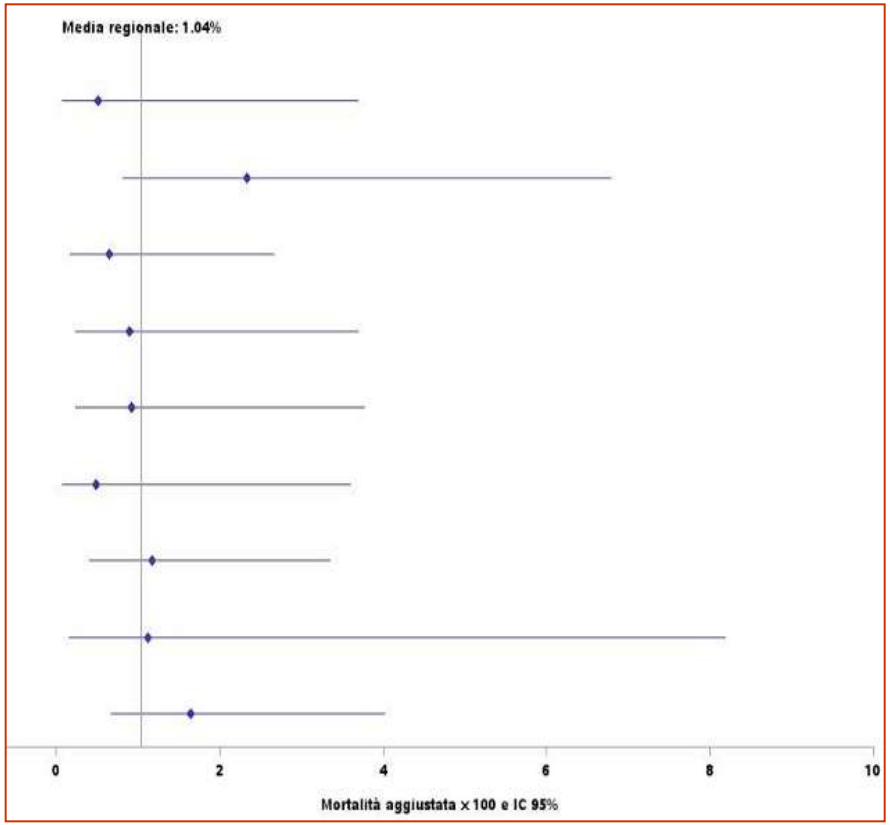


Percentuale di interventi eseguiti

CP1: Centri pubblici con > 150 interventi; CP2: Centri pubblici con < 150 interventi; CPr: Centri privati

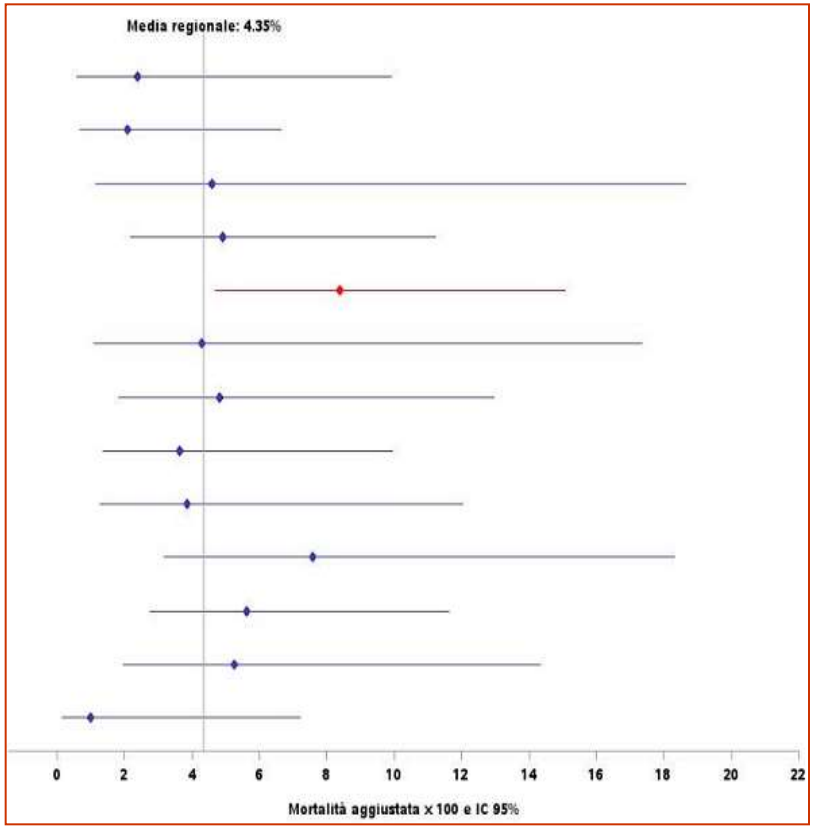
Volumi ed esiti (aa 2015) - Mortalità a 30 gg*

Tumori del polmone.



1070 interventi maggiori in 9 strutture

Tumori dello stomaco



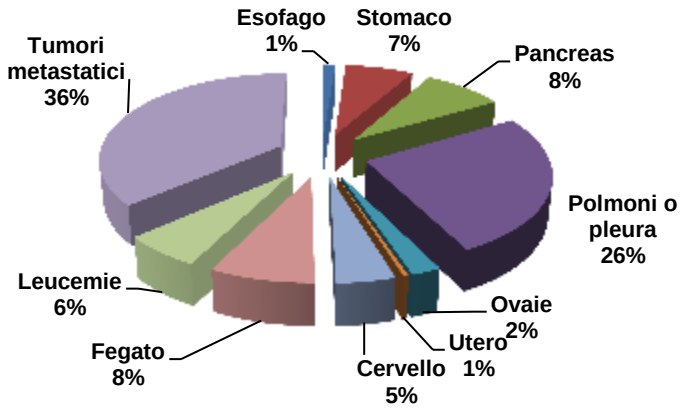
595 interventi maggiori in 13 strutture

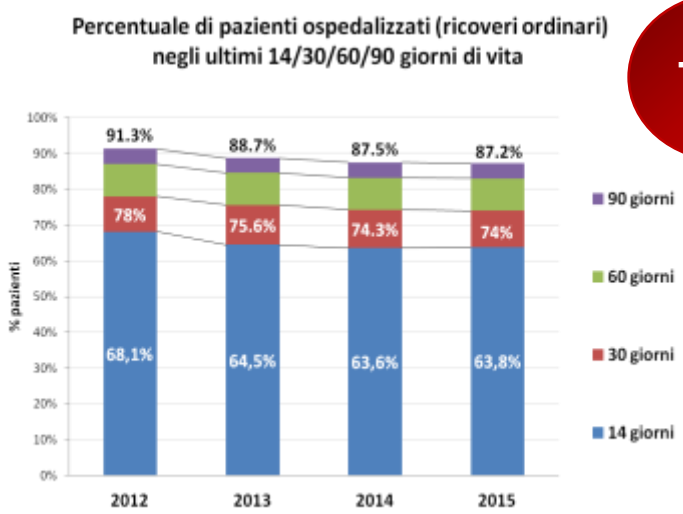
* Sec modalità PNE

Riorganizzazione Regionale della *Rete Locale Cure Palliative* - DGR 560/2015

- Ridefinizione dei Nodi della RLCP
  - Nodo Oppedale
  - Nodo Ambulatorio
  - Nodo Hospice
  - Nodo Domicilio
- Ridefinizione della Composizione della Unità Cure Palliative Domiciliari
- Modalità di accesso, presa in carico ed integrazione dei diversi nodi
- Modalità di monitoraggio

11,246 pazienti deceduti nel 2015





74%

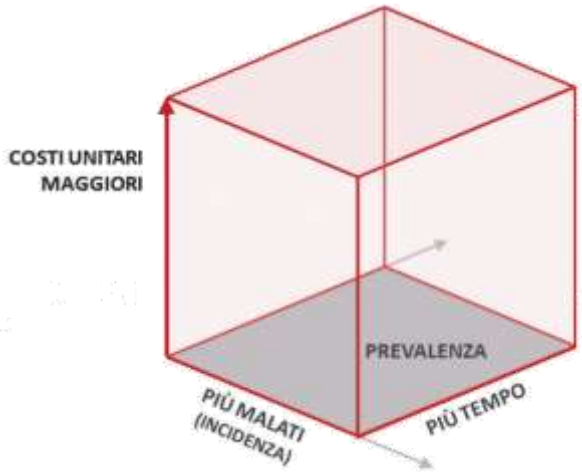
Quali sviluppi nel prossimo futuro

- Gli obiettivi sono stati definiti nella DGR 2040/2015
  - Prosecuzione delle fasi di costruzione della rete oncologica
  - Definizione dei volume ed esiti per le principali patologie, in particolare per la gestione chirurgica e radioterapica
  - Definizione di Centri di Alta Specializzazione su cui far convergere casistiche specifiche
  - Pieno sviluppo dei sistemi di registrazione informatica (db-oncologico, referto anatomia patologica)
  - Implementazione attività GReFO

Mattia Altini

IRST IRCCS di Meldola (FC)

ONCOLOGIA
Contesto epidemiologico

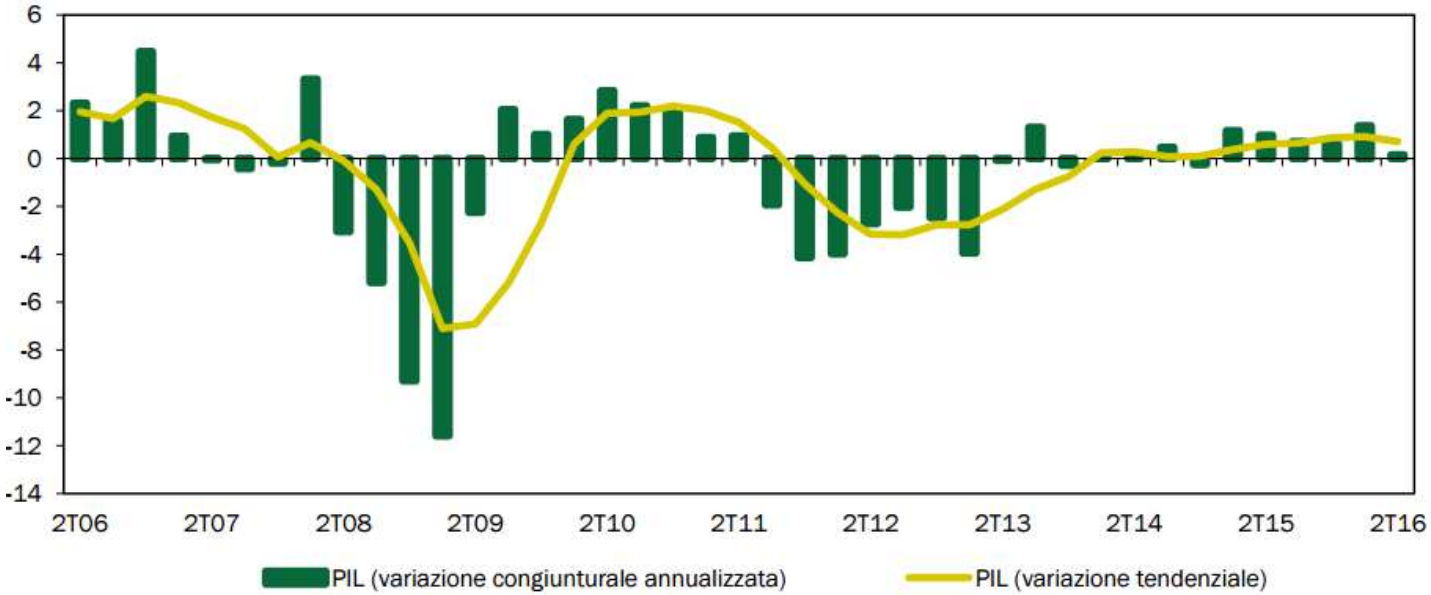


ITALIA anno 2015

60.674.000		RESIDENTI
3.000.000		MALATI DI CANCRO
+ 90.000	(+ 3%)	MALATI DI CANCRO / ANNO
€ 6.206		SPESA PER PAZIENTE
€ 301		SPESA PROCAPITE
+ 15%		TASSO ANNUO CRESCITA COSTI

Tasso di crescita del PIL reale

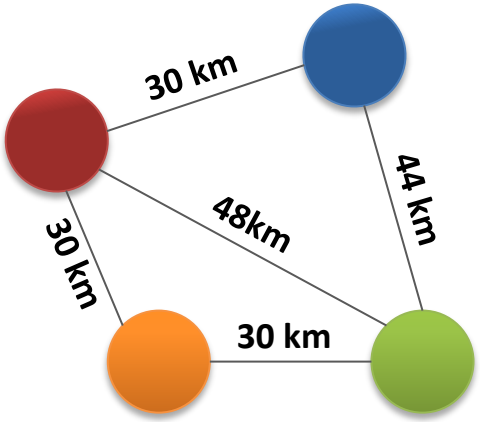
Documento Programmatico di Bilancio 2017
Ministero dell'Economia e delle Finanze

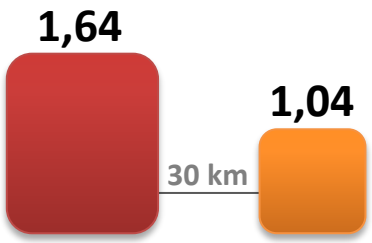


Fonte: ISTAT

Unwarranted variations

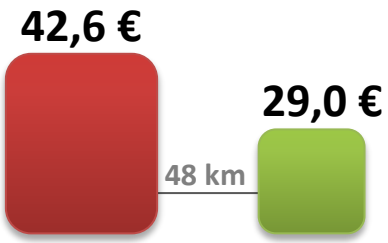
Disomogeneità indici di consumo procapite e qualità





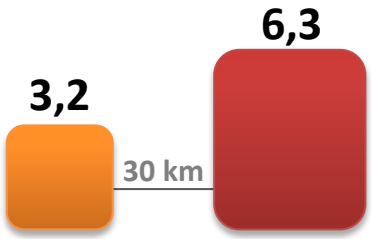
Indice Comparativo di Performance Oncologia

Indice di disomogeneità **24%**



Costo procapite farmaci oncologici

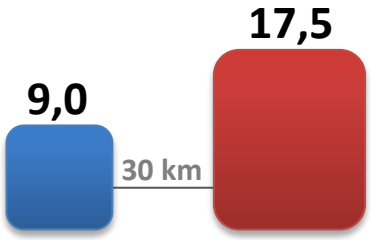
Indice di disomogeneità **12%**



Indice di consumo radioterapia

Nr. pazienti / 1.000 abitanti

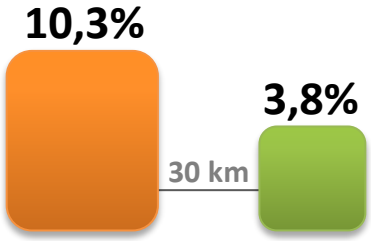
Indice di disomogeneità **35%**



Degenza Media

Linfoma e leucemia acuta senza complicanze

Indice di disomogeneità **23%**



Somministrazioni di Chemioterapia negli ultimi 30 gg di vita

Indice di disomogeneità **45%**

Il perché

2005 Piano di rete

La rete oncologica della Romagna

Autosufficienza TRATTARE LA POPOLAZIONE RESIDENTE

Conduzioni unitaria delle sperimentazioni cliniche
Capillarità della diffusione della ricerca
EQUITÀ DI ACCESSO NUOVE CHANCE TERAPEUTICHE

Riduzione delle variabilità di cura UNWARRANTED VARIATIONS

Approccio culturale / scientifico unitario PRESA IN CARICO

Centralizzazione di alcune attività industriali
ANTIBLASTICI

Sostenibilità per il SSR COSTO PROCAPITE

La rete oncologica della Romagna
la storia

2005

AUSL di Ravenna
+
AUSL di Forlì
+
AUSL di Cesena
+
AUSL di Rimini

PIANO DI RETE

Nel 2005 all'IRST viene assegnato l'obiettivo:

"Mettere in sinergia i nodi della rete e le risorse che ad essi sono destinate per elevare il rendimento dei servizi sia nel campo dell'assistenza che in quello della ricerca e della sperimentazione"

Public-Private Partnerships are increasingly seen as playing a critical role in improving the performance of health systems worldwide

Marc Mitchell, M.D., M.S.

Lecturer on Global Health at Harvard University School of Public Health

La rete oncologica della Romagna

la storia

2005

AUSL di Ravenna
+
AUSL di Forlì
+
AUSL di Cesena
+
AUSL di Rimini

PIANO DI RETE

Nel 2005 all'IRST viene assegnato l'obiettivo:

"Mettere in sinergia i nodi della rete e le risorse che ad essi sono destinate per elevare il rendimento dei servizi sia nel campo dell'assistenza che in quello della ricerca e della sperimentazione"

2007 - 2014

PIANO DI RETE
+
AUSL di Ravenna
+
AUSL di Forlì
+
AUSL di Cesena
+
AUSL di Rimini
+
IRST di Meldola
Sperimentazione gestionale

- **2007** **STARTUP IRST**
  - **Meldola** (Degenza ordinaria, Day Hospital, Radioterapia, Laboratorio bioscienze)
  - **Forlì** (Day Hospital)
- **2011** • **Cesena** (Day Hospital)
- **2012** **Riconoscimento IRCCS**
- **2014** • **Ravenna** (Radioterapia)

2016

PIANO DI RETE
+
AUSL della Romagna
+
IRST IRCCS di Meldola
=
consolidamento dei percorsi, valorizzazione della ricerca, vocazione presa in carico problema cancro in ottica di popolazione

PROGRAMMA INTERDIPARTIMENTALE ONCOLOGICO

La rete oncologica della Romagna

la storia

2005

AUSL di Ravenna
+
AUSL di Forlì
+
AUSL di Cesena
+
AUSL di Rimini

PIANO DI RETE

Nel 2005 all'IRST viene assegnato l'obiettivo:

"Rete di coordinamento i nodi della rete e le risorse che ad essi sono destinate per elevare il rendimento dei servizi sia nel campo dell'assistenza che in quello della ricerca e della sperimentazione"

2007 - 2014

PIANO DI RETE
+
AUSL di Ravenna
+
AUSL di Forlì
+
AUSL di Cesena
+
AUSL di Rimini
+
IRST di Meldola

Sperimentazione gestionale

- 2007 STARTUP IRST
  - Meldola (Degenza ordinaria, Day Hospital, Radioterapia, Laboratorio biologico)
  - Forlì (Day Hospital)
- 2011 • Cesena (Day Hospital)
- 2012 Riconoscimento IRCCS
- 2014 • Ravenna (Radioterapia)

2016

PIANO DI RETE
+
AUSL della Romagna
+
IRST IRCCS di Meldola
=
consolidamento del ruolo e valorizzazione della ricerca, ma anche presa in carico problema cancro in ottica di popolazione

PROGRAMMA INTERDIPARTIMENTALE ONCOLOGICO

Rete di coordinamento funzionale, non gestionale in assenza di linee di indirizzo sulle quali si sta lavorando in ottemperanza al DM. 70

Primi risultati

Autosufficienza *anno 2013*

Ricoveri medici oncologici (patologia principale) **92%**

Radioterapia **97%**

Conduzioni unitaria delle sperimentazioni cliniche
Capillarità della ricerca
anno 2013

Comitato Etico Unico
Infrastruttura della Ricerca

Progetti di ricerca attivi nella rete **189**

Centralizzazione attività industriali

Antiblastici: 46.000 allestimenti/anno

Automatizzato 76% delle preparazioni EV

400.000 abitanti
Proiezione: 90.000 allestimenti per 1.126.000 abitanti

Sostenibilità per il SSR

Prestazioni extra RER

2015
€ 9.562.731

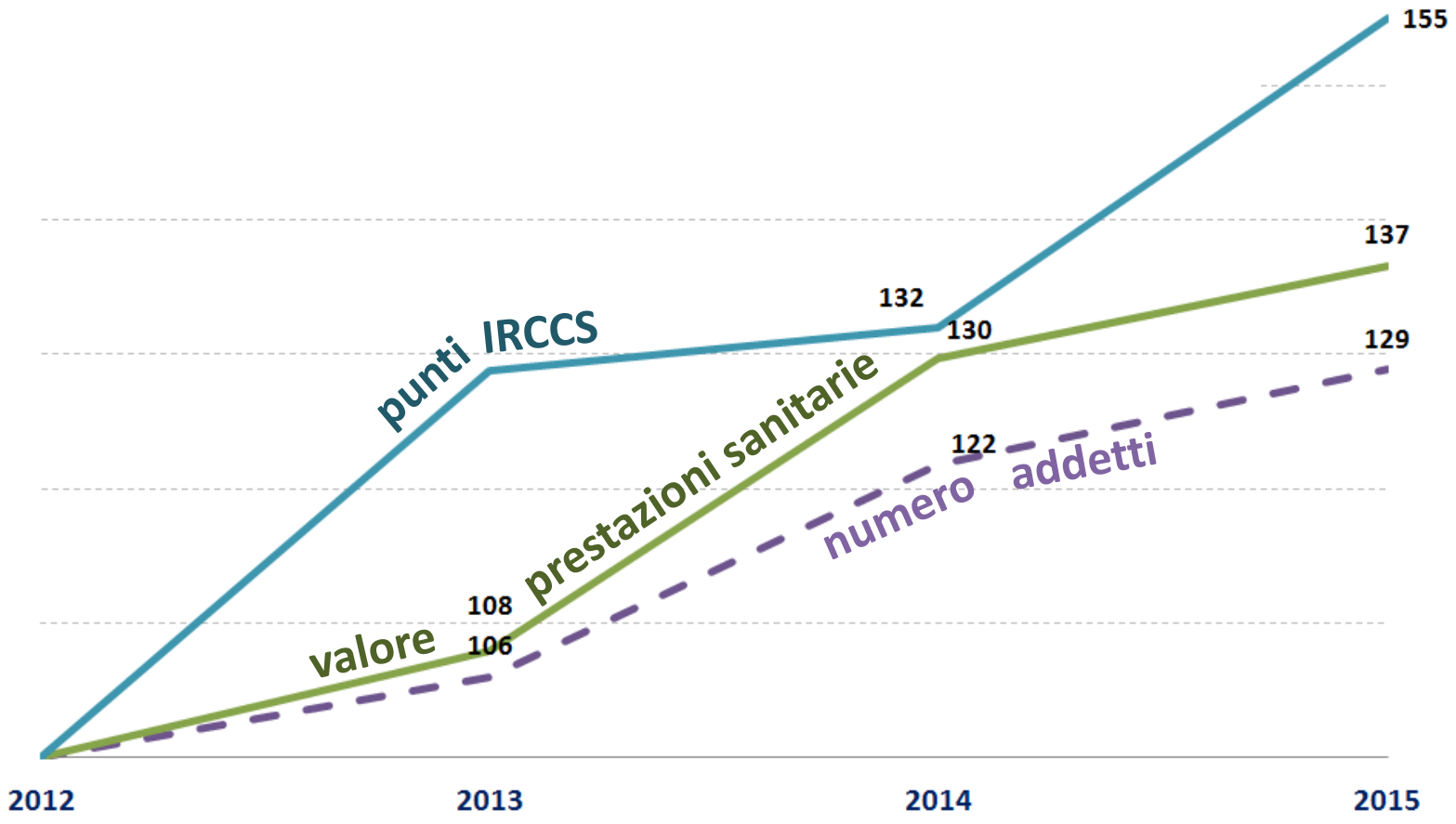
Contenimento costo procapite

Radioterapia	€ 37,6
Farmaci oncologici	€ 41,0

Primi risultati: rendimento delle risorse

Tassi di crescita delle risorse umane e dei principali indici di attività

Periodo 2012-2015 (base = 100 dato 2012)



OGGI

Il programma …

Il soggetto principale del programma CCCN è la persona che sta attraversando il delicato momento della malattia oncologica, accompagnata dalla rete di relazioni affettive più prossime.
La progettazione dello sviluppo del CCCN ha origine ed è costantemente orientata da questo assunto.

Coordinamento delle funzioni

IRST IRCCS e AUSL della Romagna sono in grado di assicurare le competenze strutturali, organizzative e professionali per la completa presa in carico del paziente oncologico.

Il programma interaziendale CCCN nasce per "mettere insieme" e raccordare le due istituzioni. I rispettivi servizi e strutture devono poter garantire adeguata competenza professionale, coordinamento e sinergia programmatoria e organizzativa, condivisione delle risorse destinate alla cura di ciascun paziente in tutti i setting assistenziali.

Potenziali limiti dell'approccio di coordinamento funzionale:

- **Disomogeneità dei percorsi (approccio locale)**
- **Disomogeneità offerta e opportunità di cura (incluse sperimentazioni)**
- **Diversi sistemi informativi**
- **Coesistenza del sistema gerarchico con il sistema di coordinamento funzionale**

… verso il CCCN

VISION

Dal programma interdipartimentale oncologico al Comprehensive Cancer Care Network

La riorganizzazione della rete oncologica della Romagna

dal coordinamento funzionale
al governo organizzativo unitario

COMPREHENSIVE CANCER CARE NETWORK

BOARD DELLA RETE

BOARD GESTIONALE STRATEGICO

Direttori Generali
Direttore Scientifico IRST IRCCS
Direttori Sanitari
Direttore Assistenza Ospedaliera AUSL
Responsabile di Programma

BOARD PROFESSIONALE

Responsabile di Programma
Direttori Sanitari e Direttore Scientifico IRST IRCCS
Direttore Assistenza Ospedaliera AUSL
Direttori Dipartimenti
Direzioni Infermieristiche e Tecniche
Direzioni Tecniche di Farmacia
Rappresentanti MMG, del volontariato, dei cittadini

STRUTTURE OPERATIVE

AUSL DELLA ROMAGNA

Dipartimento Oncoematologico

IRST IRCCS

Dipartimento Oncologia ed Ematologia Clinica, Traslazionale
Dipartimento Procedure e Tecnologie Avanzate
Farmacia Oncologica

AUSL DELLA ROMAGNA

Discipline complementari

Prevenzione primaria, MMG, ADI, Specialità chirurgiche, Anatomia patologica, Radiologia, Cure palliative/Hospice/Terapia del dolore…

Prevenzione primaria MMG → Screening Prevenzione (*> 75%*) → Diagnosi Radiologia Anatomia patologica (*entro 30 gg*) → Intervento Chirurgia (*entro 45 gg*) → Chemioterapia Nodi prossimità e complessità (*entro 30 gg*) → Radioterapia Nodi prossimità e complessità → Gestione malattia avanzata, ADI, Hospice → Follow up post terapia (*3 anni*) → Follow up MMG (*dopo 3 anni*)

Esempio: percorso paziente senologico

PERCORSO PAZIENTE ONCOLOGICO

Garantendo misurazione e valutazione degli Outcome, rispetto dei tempi di cura, riduzione delle liste di attesa, buon uso delle risorse impiegate

COMPREHENSIVE CANCER CARE NETWORK

AZIENDA USL DELLA ROMAGNA

ATTIVITÀ ONCOLOGICHE INVASIVE

- Medicina Generale
- Endoscopia digestiva
- Endoscopia toracica
- Radiologia
- Radiologia interventistica epatobiliare
- Chirurgia generale oncologica
- Chirurgia senologica
- Chirurgia testa collo e neurochirurgia
- Chirurgia toracica
- Ginecologia Oncologica
- Urologia Oncologica
- Anatomia patologica

PERCORSO PAZIENTE ONCOLOGICO

- Prevenzione diagnosi precoce
- Medicina Nucleare
- Oncologia
- Ematologia
- Radioterapia
- Rete delle cure palliative
- Farmacia oncologica

ATTIVITÀ ONCOLOGICHE NON INVASIVE

IRST IRCCS

Misurare il percorso secondo 3 dimensioni:

Attività (e timing) ↔ Costi ↔ Outcome

Screening
Tasso di aderenza > 90%

Intervento chirurgico
Entro 30 gg dalla diagnosi

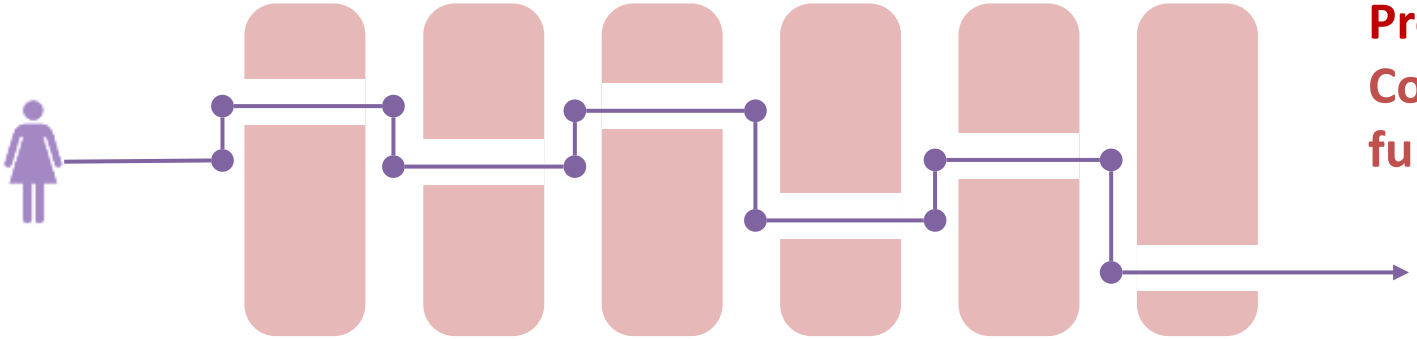
Follow up
Lungo termine (MMG) > 3 anni

Cure palliative
Appropriatezza, outcome fine vita

Chemioterapia
Entro 45 gg dall'intervento

Radioterapia
Entro 30 gg dall'indicazione

Follow up
Breve periodo (< 3 anni)



Programma Coordinamento funzionale