

Oncologia e Cronicità

Bologna, 25 Ottobre 2018

Il tumore come case study della cronicità

Carmine Pinto

Oncologia Medica
Clinical Cancer Centre
AUSL - IRCCS di Reggio Emilia



Agenda

- L'impatto della malattia cancro
- I cambiamenti in Oncologia
- I “survivors” ed i “guariti”
- I nuovi bisogni
- Il governo delle risorse
- I modelli organizzativi
- La ricerca
- L'informazione e la comunicazione

L'impatto della malattia cancro in Italia

I NUMERI DEL CANCRO IN ITALIA 2018

I DATI REGIONALI



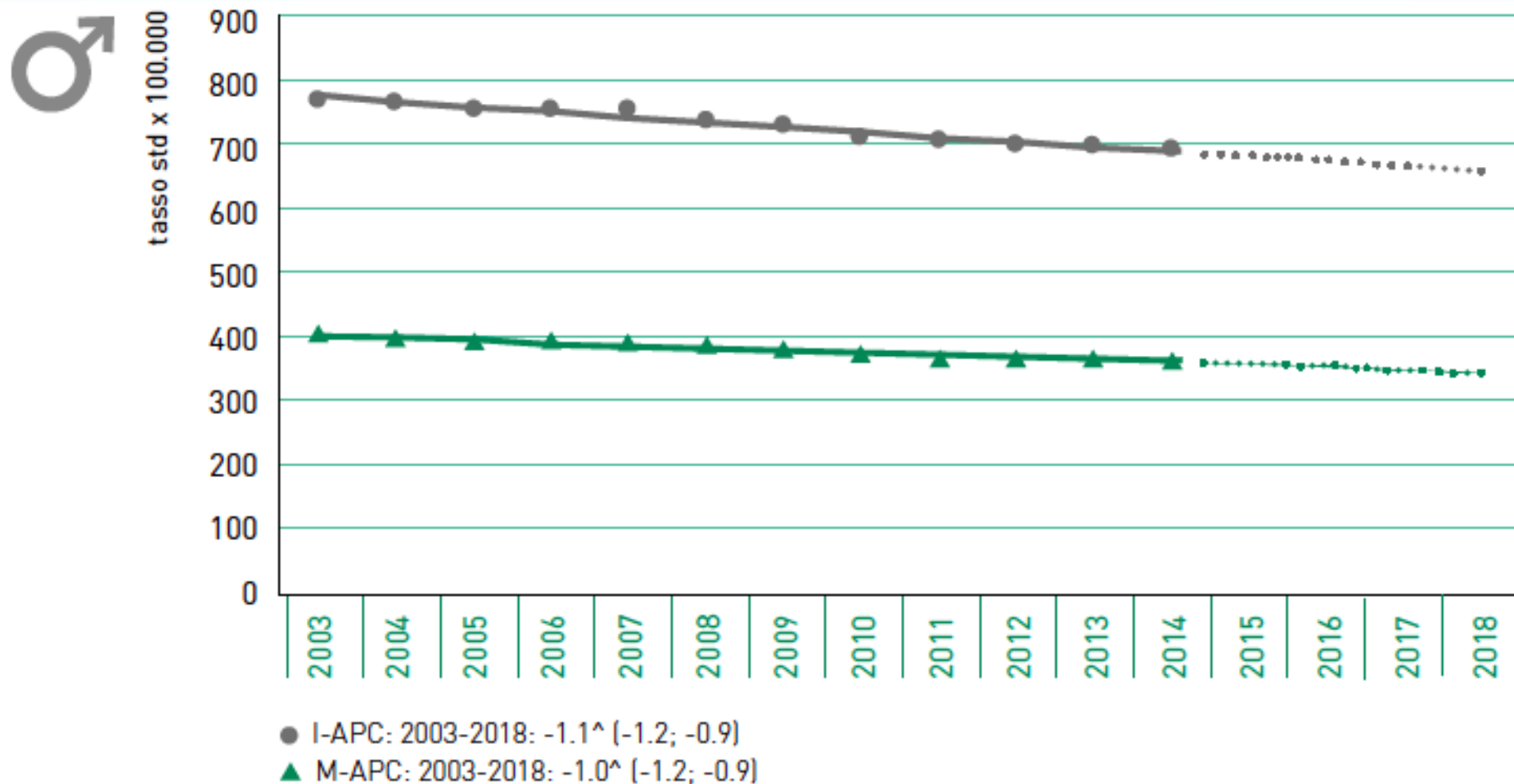
Stimati 373.000 nuovi casi

- 194.000 negli uomini
- 178.000 nelle donne
- 2.000 casi in più tra gli uomini rispetto al 2017
- 1.000 casi in più tra le donne rispetto al 2017
- Ogni giorno 1.000 nuove diagnosi

178.232 decessi (ISTAT 2015)

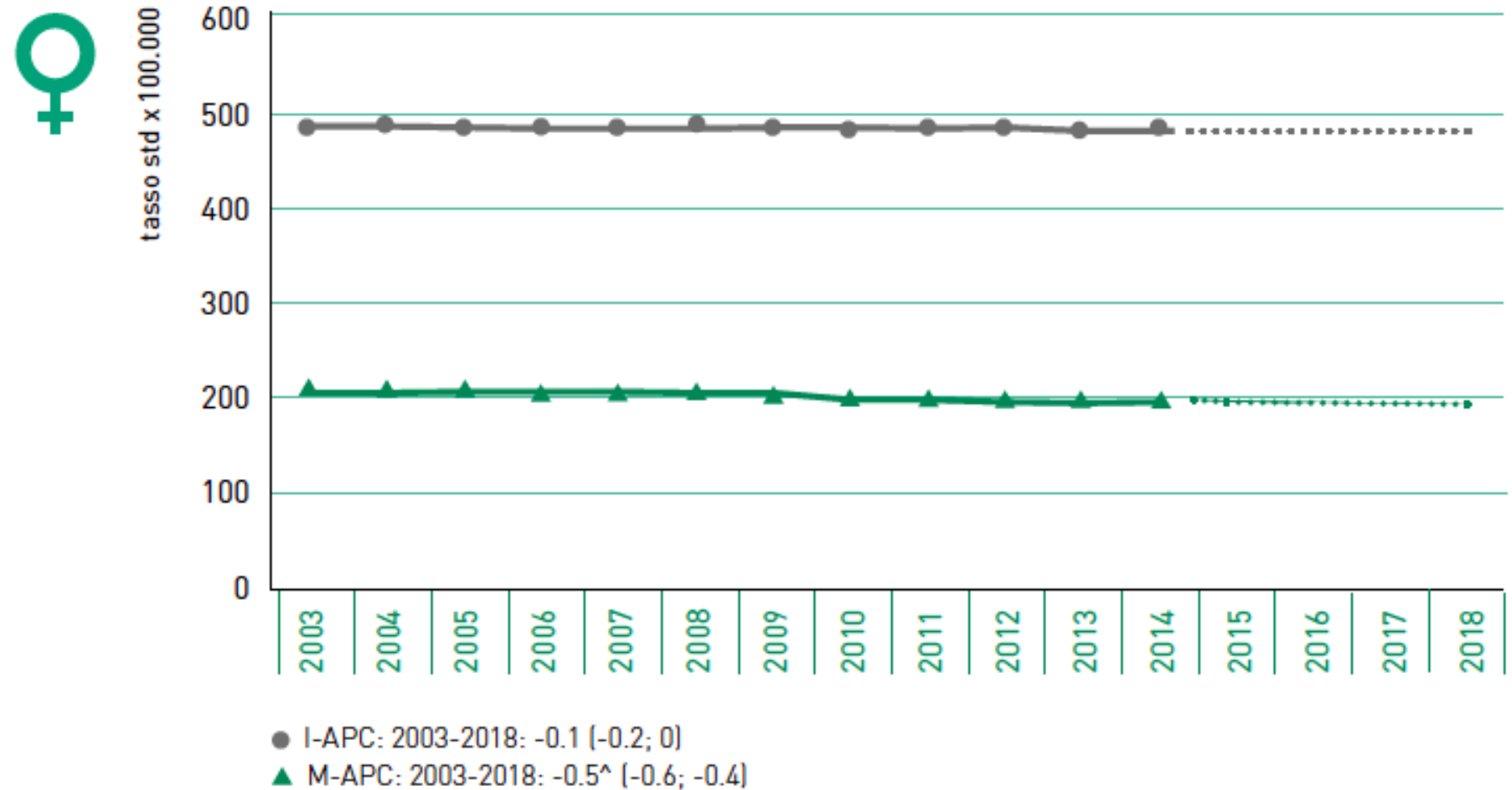
- 99.050 negli uomini
- 79.182 nelle donne
- Il 34% negli uomini ed il 25% nelle donne delle cause di morte
- Ogni giorno 485 decessi per tumore

Andamento dell'incidenza e della mortalità per tutti i tumori negli uomini



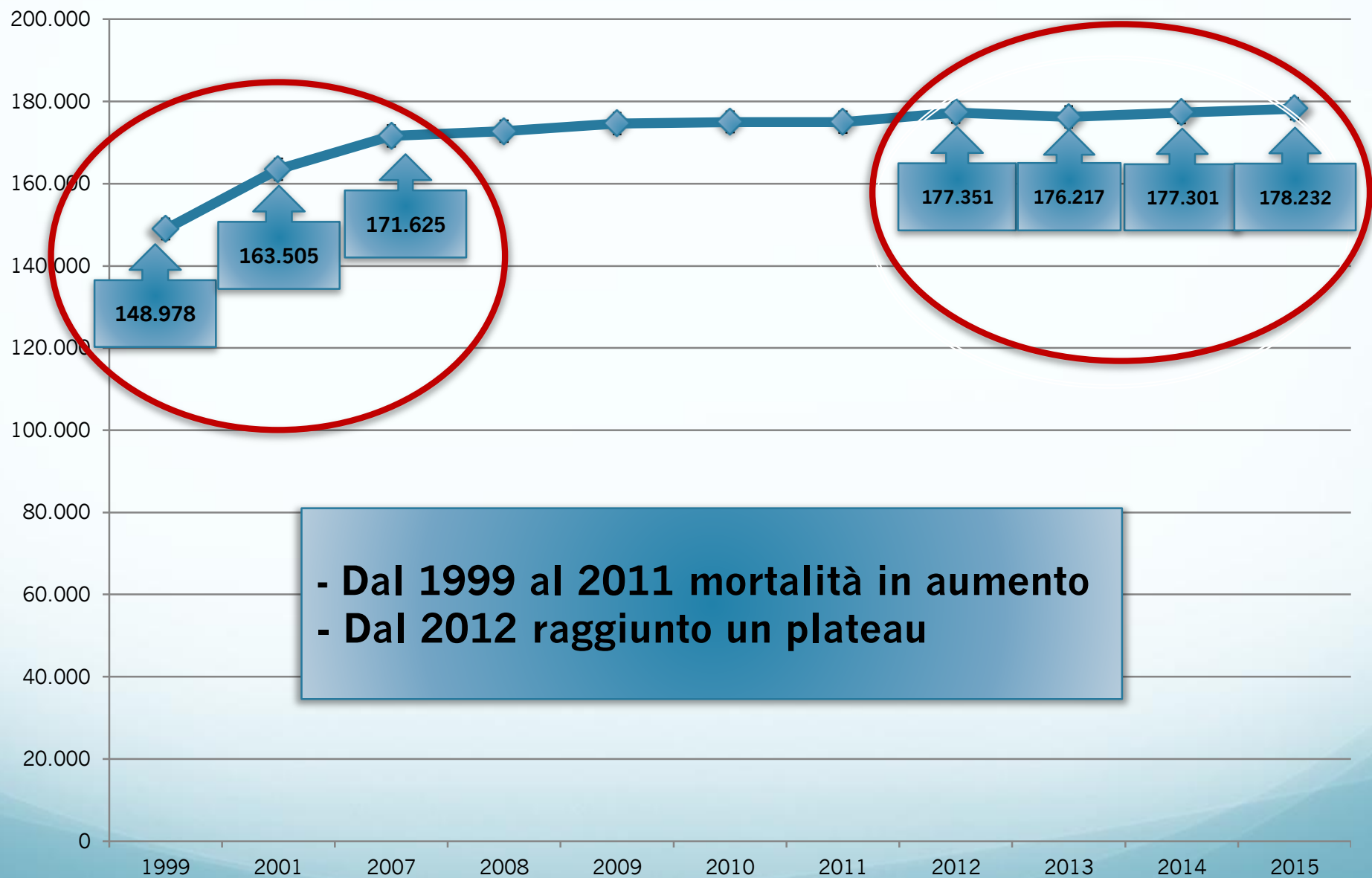
- Riduzione dell'**incidenza** del complesso dei tumori **-1,1% per anno** (correlata a riduzione di polmone e prostata)
- Riduzione della **mortalità** **-1,0% per anno**

Andamento dell'incidenza e della mortalità per tutti i tumori nelle donne



- **Stabile l'incidenza** del complesso dei tumori (polmone +1,7% per anno)
- **Riduzione della mortalità -0.5%** per anno (polmone +0,7% per anno)

Numero di decessi per tumore in Italia



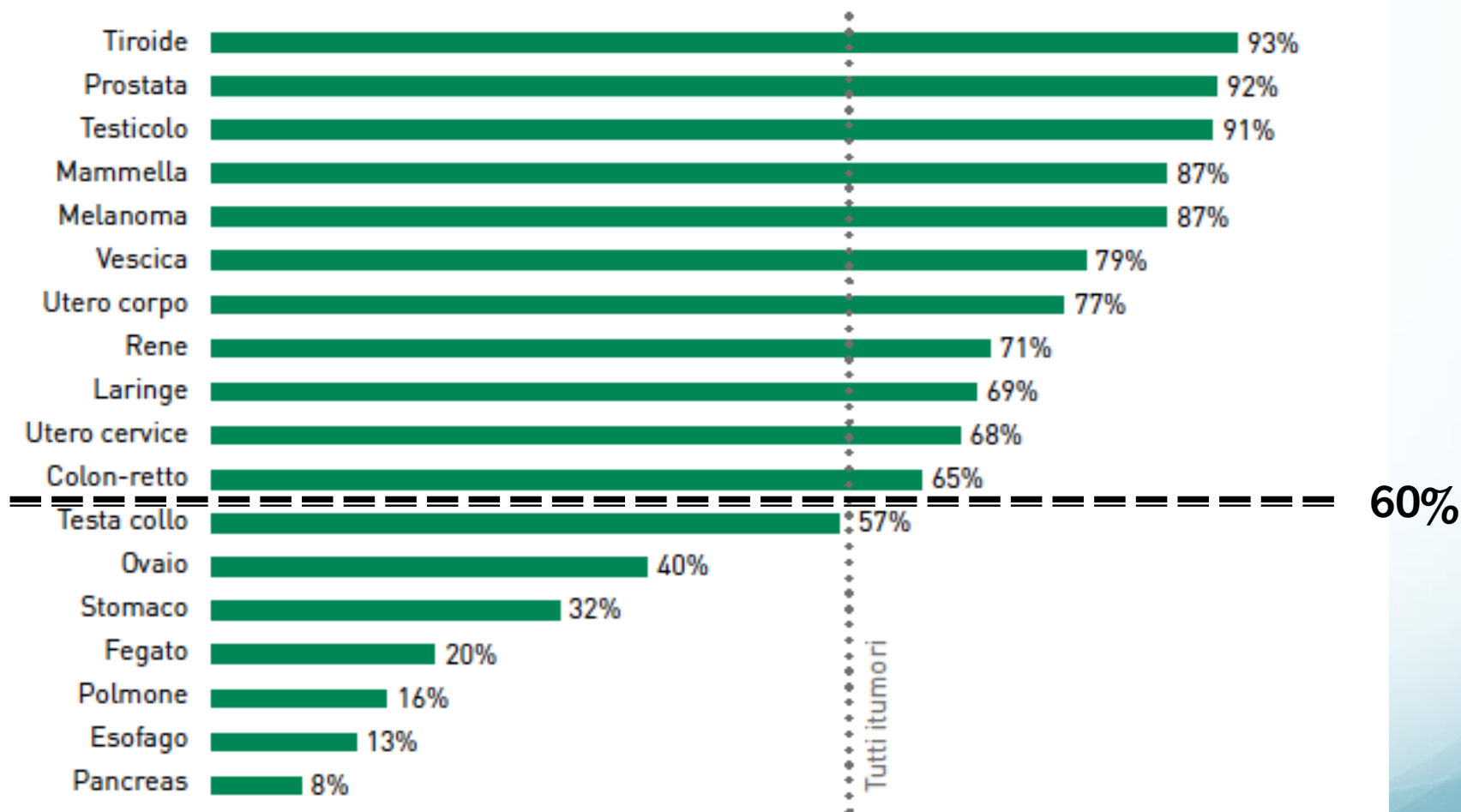
“Cambiamenti” in oncologia

- Invecchiamento e attesa di vita
- Aspetti sociali, culturali e relazionali
- Miglioramento globale della sopravvivenza
- Impatto dell'efficacia delle cure su cronicizzazione e guarigioni
- **Oncologia in un'unica strategia assistenziale (superamento della cultura dei “silos”)**
- Governabilità e appropriatezza in tutte fasi dell'assistenza
- Disponibilità e gestione delle risorse
- Sviluppo della multidisciplinarietà e delle reti cliniche

Quali pazienti nel terzo millennio

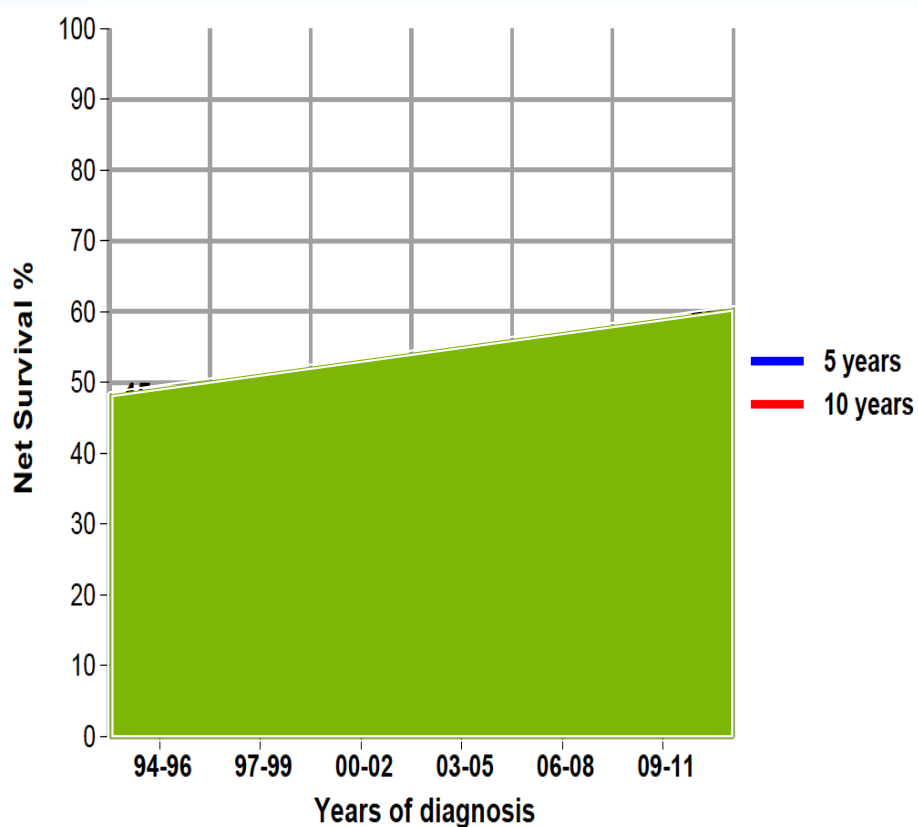
- Sopravvivenza, prevalenti e “guariti”
- Aspettativa di vita, invecchiamento e multimorbilità
- Cambiamenti socio-economici
- Efficacia e peculiarità delle “nuove” terapie

Sopravvivenza (%) a 5 anni per sede tumorale, negli uomini e nelle donne, in Italia

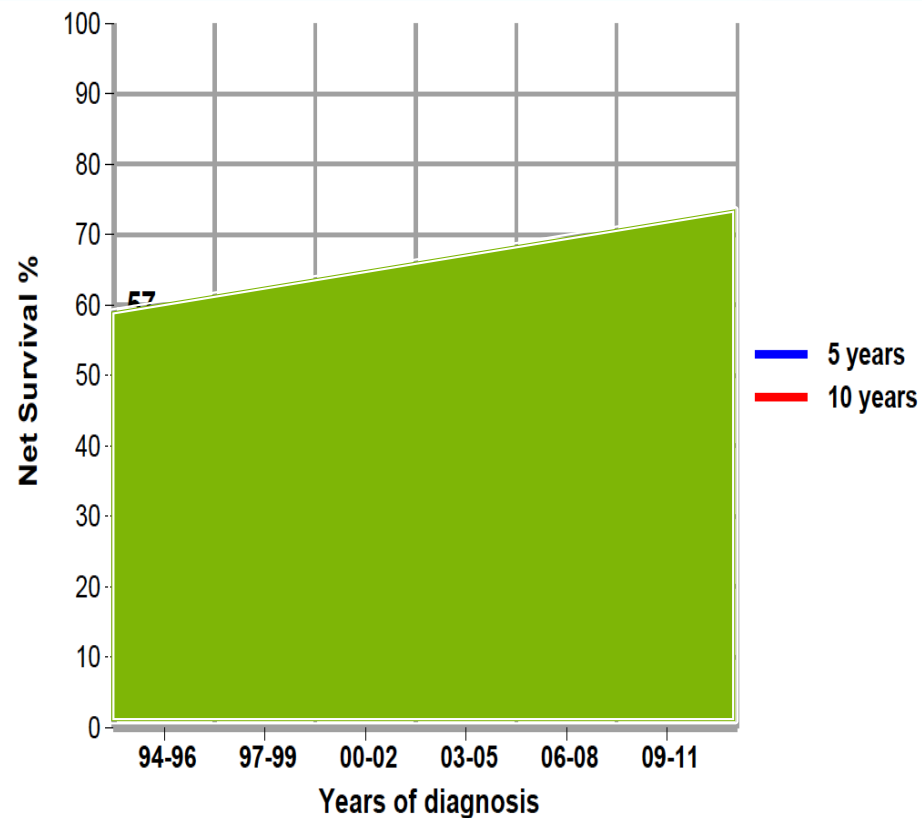


Andamenti della sopravvivenza per tumore in Italia

Uomini



Donne



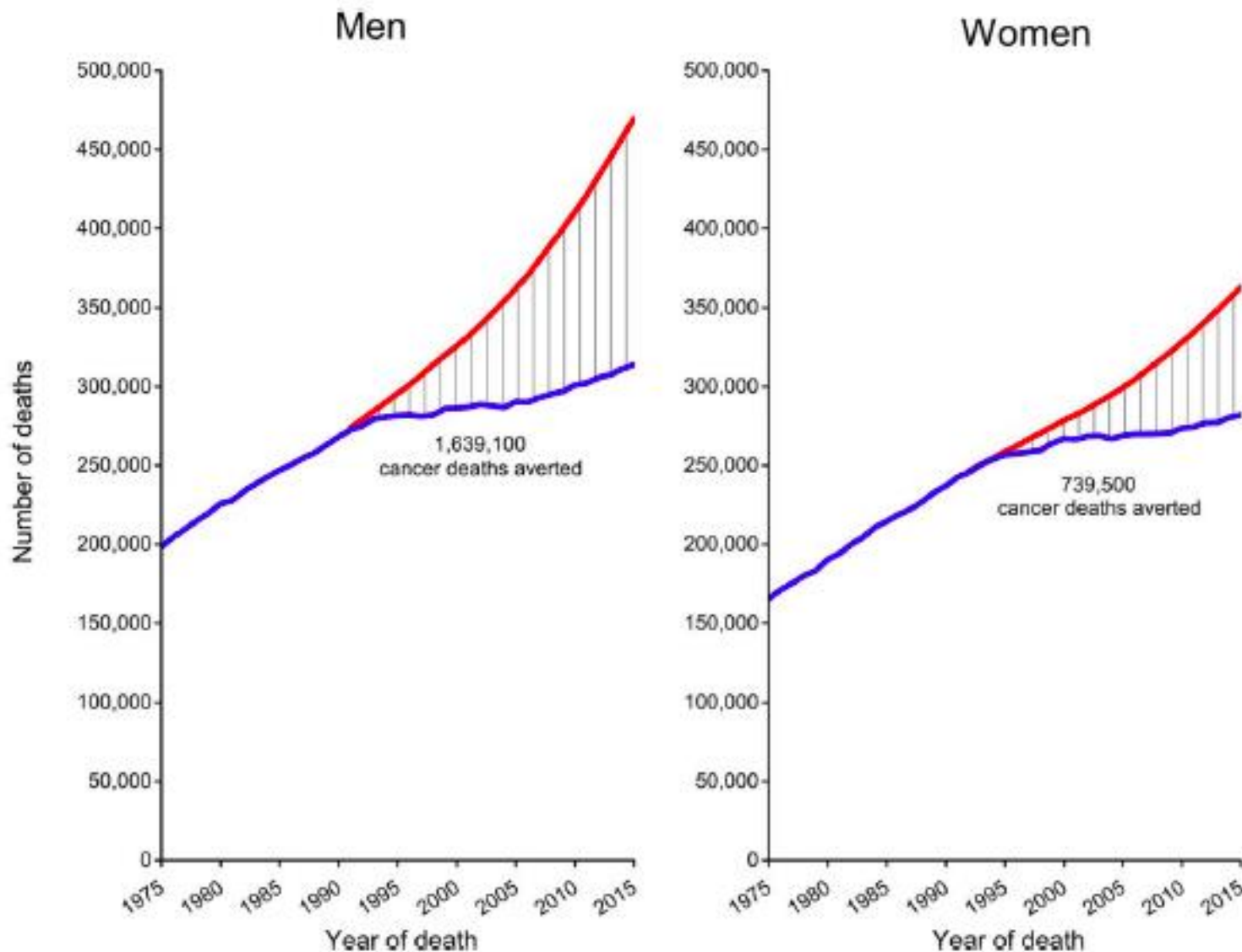
Andamento della sopravvivenza (%) a 5 anni per periodo di diagnosi negli uomini

Sedi	Anno di diagnosi 1990-94	Anno di diagnosi 2005-2009	Δ (%)
Prostata	65	91	+26
Retto	47	62	+15
Tutti i tumori	39	54	+15
Colon	52	66	+14
Melanoma	71	85	+14
Rene	60	70	+10
Vescica	70	80	+10
SNC	17	23	+6
Stomaco	26	31	+5
Polmone	10	15	+5
Pancreas	4	7	+3

Andamento della sopravvivenza (%) a 5 anni per periodo di diagnosi nelle donne

Sedi	Anno di diagnosi 1990-94	Anno di diagnosi 2005-2009	Δ (%)
Retto	49	63	+14
Colon	53	66	+13
Rene	61	72	+11
Polmone	11	19	+8
Tutti i tumori	55	63	+8
Melanoma	82	89	+7
SNC	19	26	+7
Vescica	72	78	+6
Mammella	81	87	+5
Stomaco	30	34	+4
Pancreas	5	9	+4
Ovaio	37	40	+3

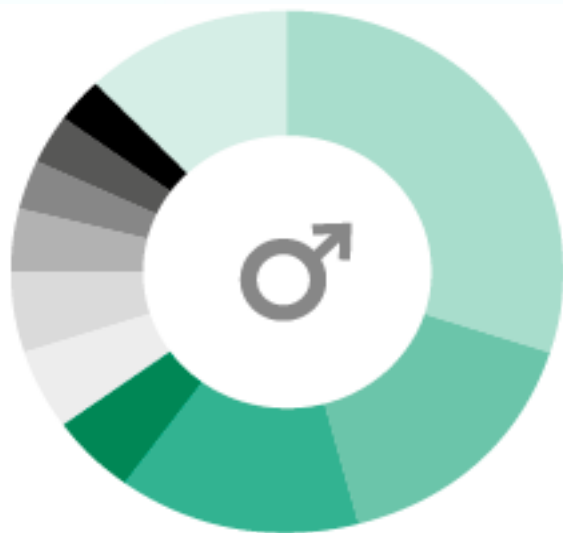
Total number of cancer deaths averted from 1991 to 2015 in United States



Italiani che vivono nel 2018 dopo una diagnosi di tumore

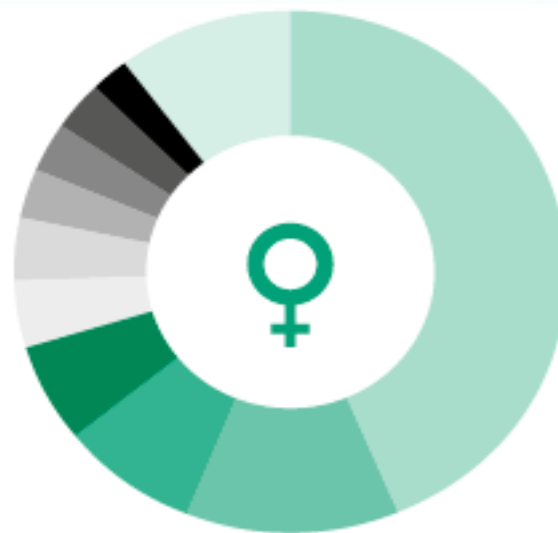
- Nel 2018: **3.368.569** pari al **6.0%** della **popolazione italiana (1 su 19)**
 - Maschi 1.531.157 (45%)
 - Femmine 1.837.412 (55%)
 - Incremento del 28% in 8 anni
- Nel 2017: 3.304.648 pari al 5.4% della popolazione italiana
- Nel 2016: 3.037.127 pari al 4,9% della popolazione italiana
- Nel 2010: 2.587.347 pari al 4.4% della popolazione italiana

Distribuzione per sede tumorale delle di persone che vivono nel 2018 dopo una diagnosi di tumore



Tumore	N.	%
Prostata	457902	30
Colon-retto-ano	244046	16
Vescica	212326	14
Rene, vie urinarie	81603	5
Linfoma n. H.	73570	5
Cute (melanomi)	73076	5
Polmone	67405	4
Testicolo	51062	3
Leucemie	45198	3
Tiroide	44582	3
Altri	180388	12

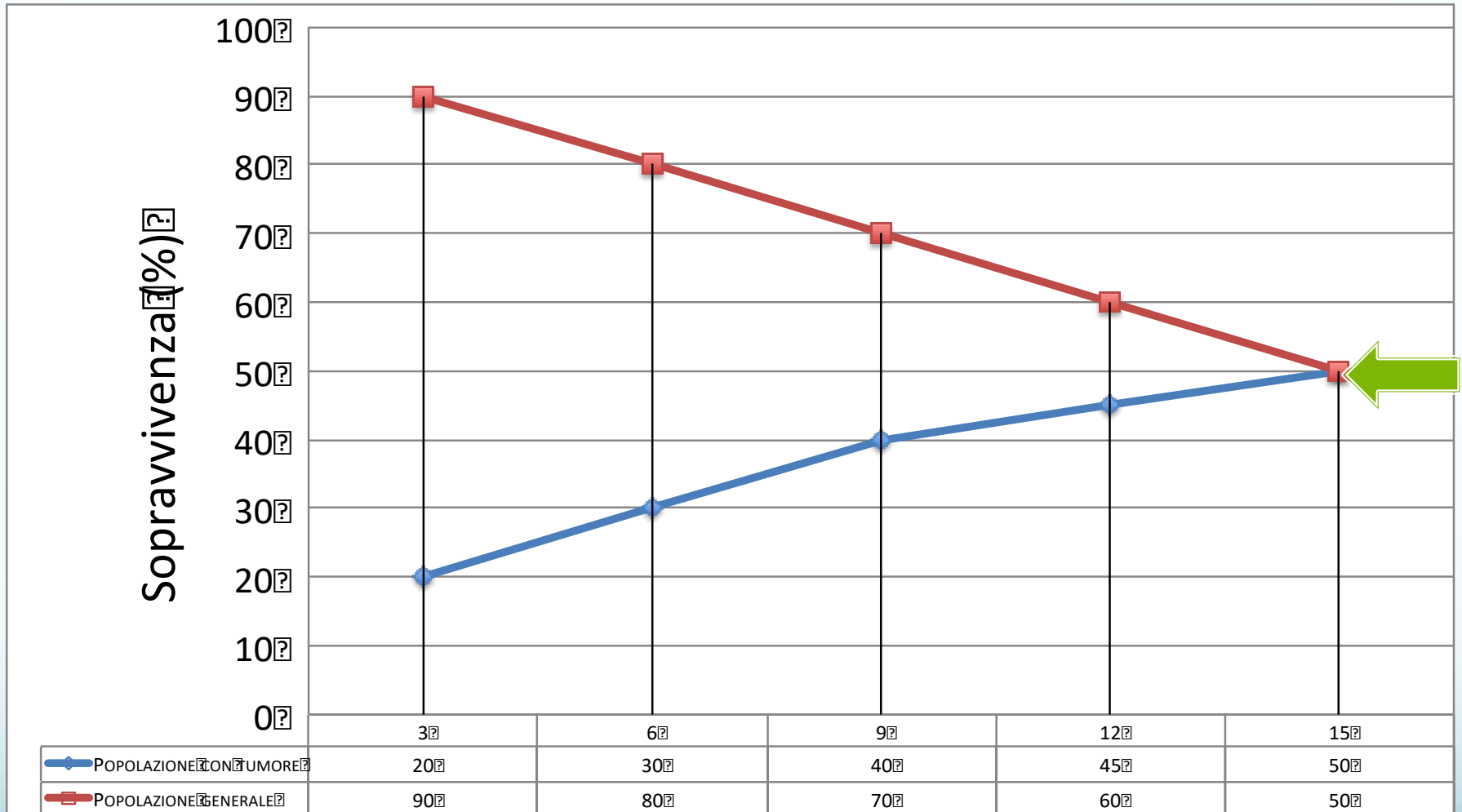
60%



Tumore	N.	%
Mammella	799196	43
Colon-retto-ano	226652	12
Tiroide	155995	6
Utero corpo	114485	5
Cute (melanomi)	82066	4
Linfoma n. H.	67681	4
Vescica	57196	3
Utero cervice	56063	3
Ovaio	50032	3
Rene, vie urinarie	43858	2
Altri	184185	10

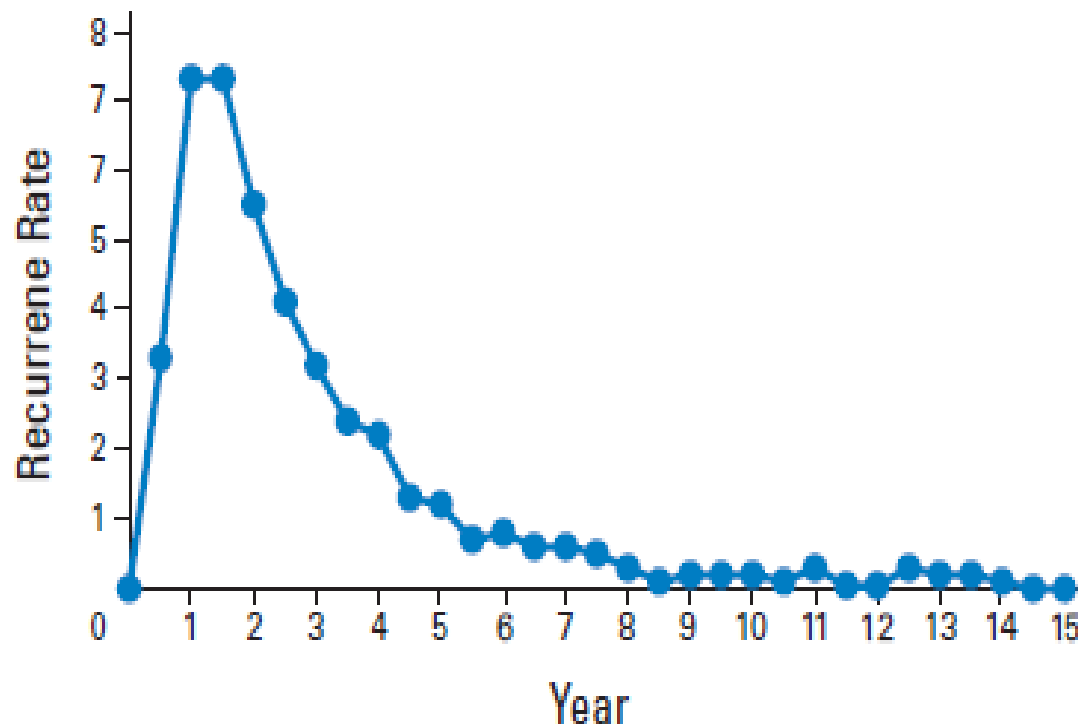
55%

Le persone “guarite” da tumore



Vengono definite guarite le persone con una pregressa diagnosi di tumore che hanno un'attesa di vita paragonabile a quella della popolazione generale

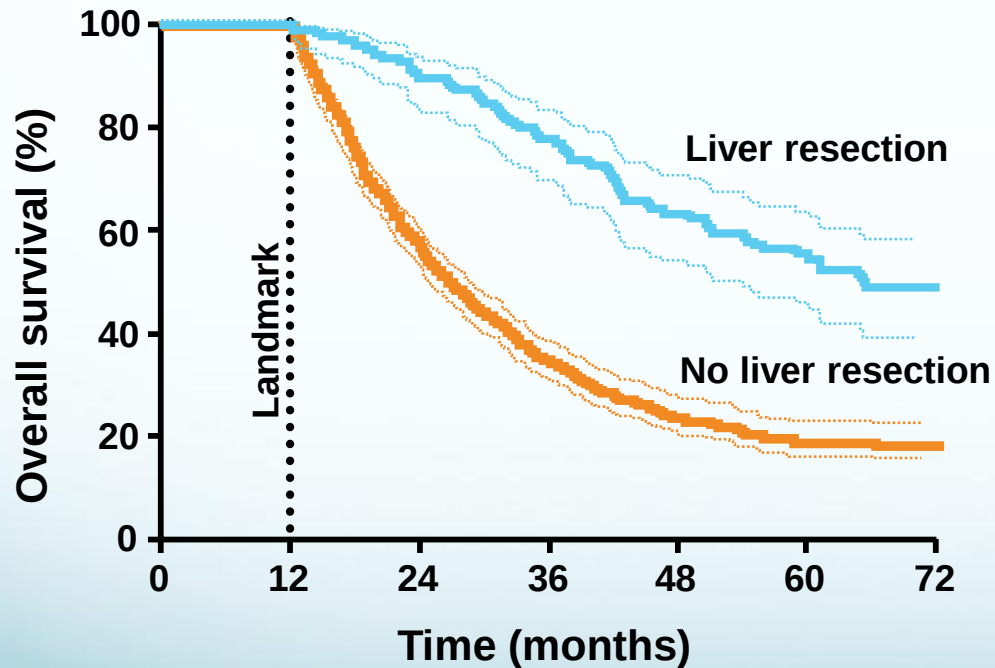
Rischio di ripresa di malattia nei pazienti con carcinoma del colon-retto operato (ACCENT Group)



- Dopo 2 anni dalla chirurgia picco di ripresa di malattia
- Dopo 5 anni tassi di ripresa di malattia 1,5% per anno
- Dopo 8 anni tassi di ripresa di malattia dello 0,5% per anno

Sopravvivenza dei pazienti con carcinoma del colon-retto metastatico

- Periodo 1990-2006, 2470 pazienti con CCRM sottoposti a CHT presso la Mayo Clinic e l'M.D. Anderson
- Resezione di metastasi epatiche in 231 pazienti



Stato dei pazienti	OS mediana (mesi)	5-anni OS rate (%)
Resecati	65,3	55
Non-resecati	26,7	19,5
HR	0,35	

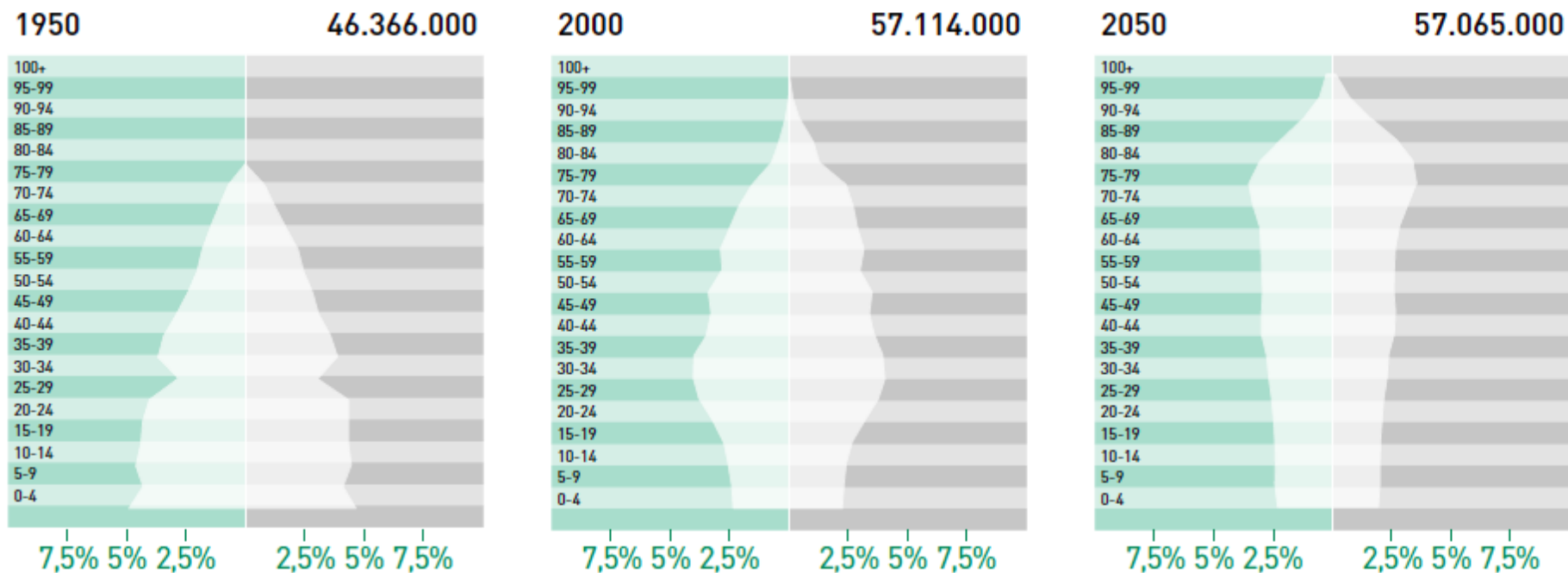
Numero di persone “guarite” nel 2018 dopo una diagnosi di tumore

Tipo di tumore*	Tempo dalla diagnosi (anni)		Già guariti** (tutte le età)		Frazione di guarigione		Tempo per la guarigione (anni)	
					60-74 anni***		60-74 anni***	
	>5	>10	N.	%	M	F	M	F
Tutti i tipi	2.219.866	1.331.242	909.514	27%	25%	37%	-	-
Mammella	557.019	374.100	127.872	16%	-	52%	-	20
Colon-retto	284.938	166.361	174.158	37%	43%	47%	9	8
Prostata	311.013	102.101	-	0%	42%	-	>20	-
Vescica	178.161	71.682	5.390	2%	28%	28%	>20	>20
Tiroide	132.146	63.397	152.438	76%	0,84	95%	4	1
Melanoma cutaneo	98.554	63.397	68.262	44%	0,54	66%	10	10
Linfomi non-Hodgkin	91.840	60.537	2.825	2%	0,18	14%	>20	>20
Corpo dell'utero	82.175	55.091	60.677	53%	-	62%	-	9
Testa e collo	66.006	43.432	23.829	23%	0,3	32%	18	17

Numero di prevalenti e numero di “guariti” da tumore

Anno	Prevalenti		“Guariti”	
	N.	Popolazione italiana (%)	N.	Popolazione italiana (%)
2010	2.587.347	4,4	704.648	1,2
2018	3.368.569	6,0	909.514	1,5

Struttura per età della popolazione italiana (1950-2050)



Famiglie di anziani soli 65+ (%)



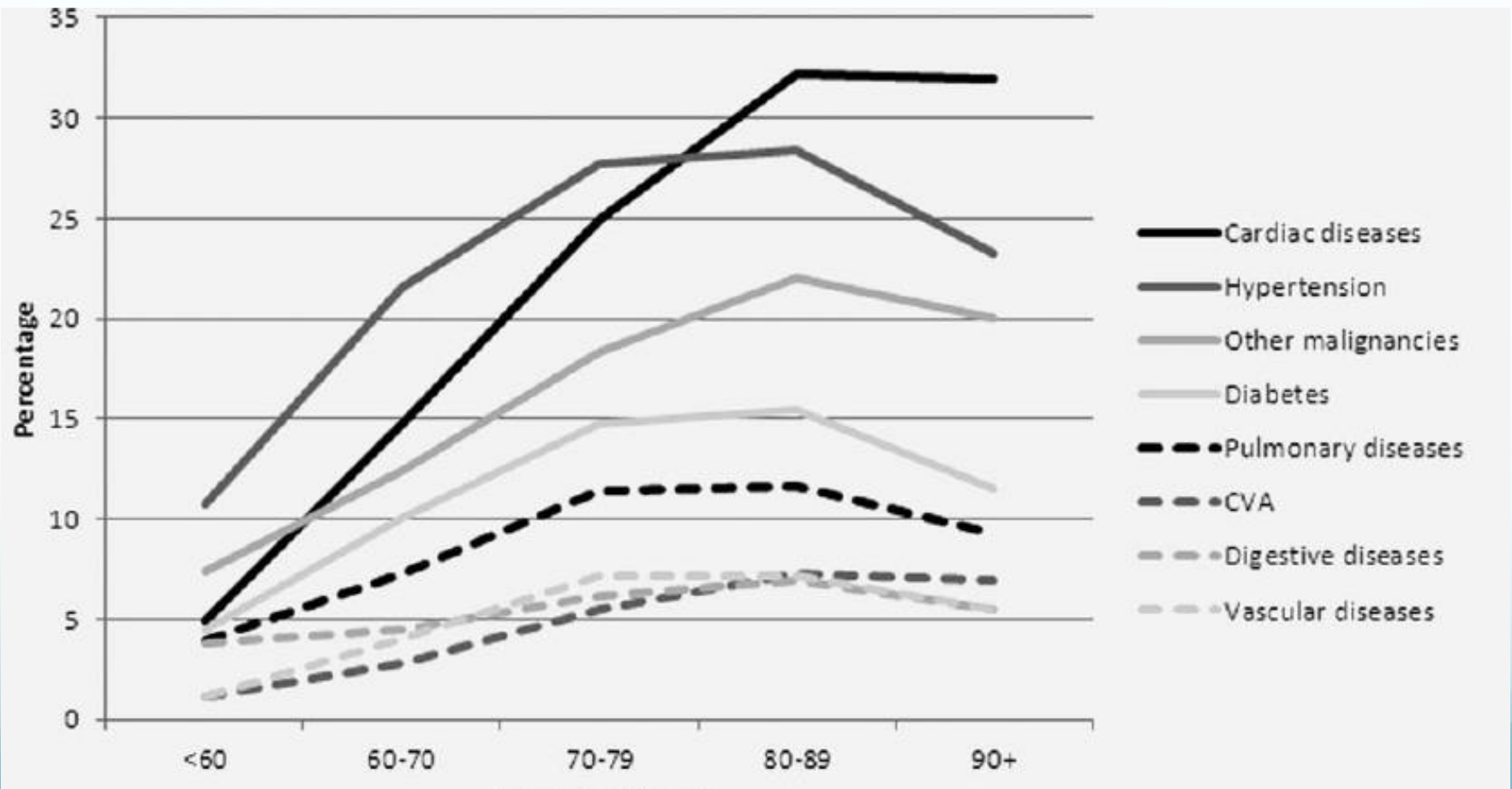
(*) il dato del 2014 è stato stimato per estrapolazione con interpolazione lineare sulla serie storica 1994-2013

Fonte: elaborazione su dati Eurostat, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

- Nel 2014 circa 3,8 milioni di italiani, dei quali il 48% al Nord, il 21% al Centro ed il 31% al Sud

Multimorbidità in pazienti con carcinoma del colon-retto

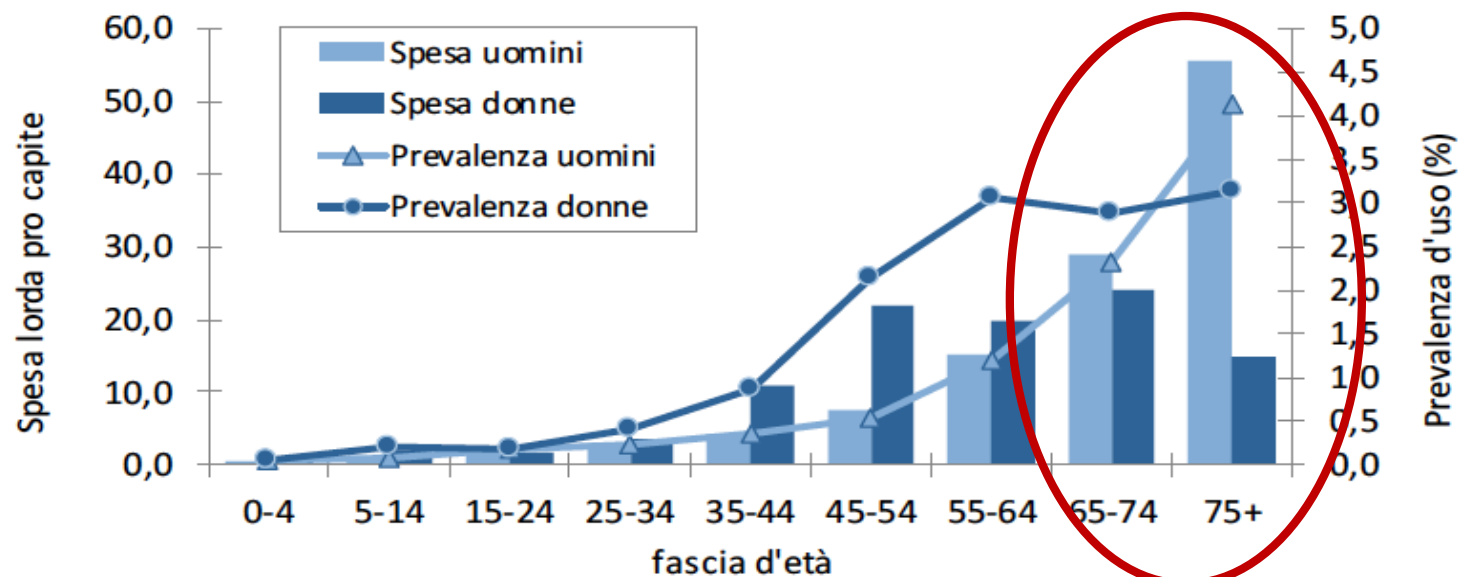
27.339 pazienti con CCR, Registro Tumori di Eindhoven (NL), periodo 1995-2010



La multimorbilità in Oncologia

- Valutazione dell'impatto dell'evoluzione della malattia neoplastica e delle altre condizioni/malattie su cronicità, sopravvivenza, sintomatologia e qualità di vita
- Valutazione dei benefici e complicanze/tossicità potenziali di molteplici trattamenti simultanei
- Impatto del peggioramento di una singola malattia

Distribuzione per età della spesa per farmaci

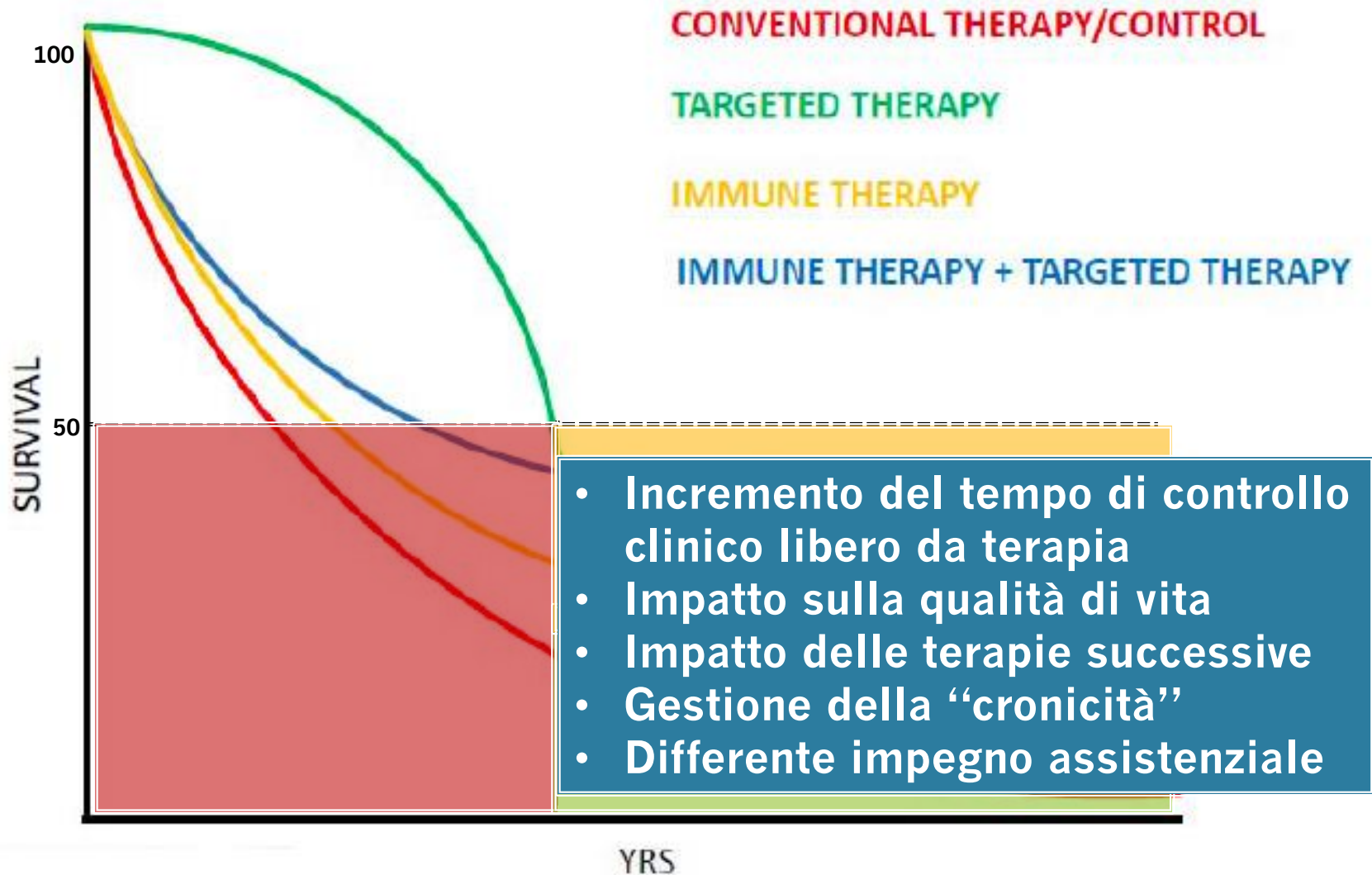


Fascia d'età	Spesa lorda pro capite			DDD/1000 ab die		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
0-4	0,5	0,4	0,4	0,1	0,2	0,1
5-14	0,9	2,1	1,5	0,4	1,0	0,7
15-24	1,7	1,6	1,6	0,6	0,7	0,6
25-34	2,9	3,6	3,2	0,9	1,5	1,2
35-44	4,1	11,0	7,5	1,4	5,9	3,7
45-54	7,5	21,8	14,7	2,6	15,6	9,2
55-64	15,2	19,9	17,6	5,5	17,3	11,6
65-74	28,9	24,0	26,3	11,6	22,7	17,5
75+	55,5	14,9	30,8	29,5	17,7	22,4

Fattori che impattano su incidenza, mortalità e sopravvivenza

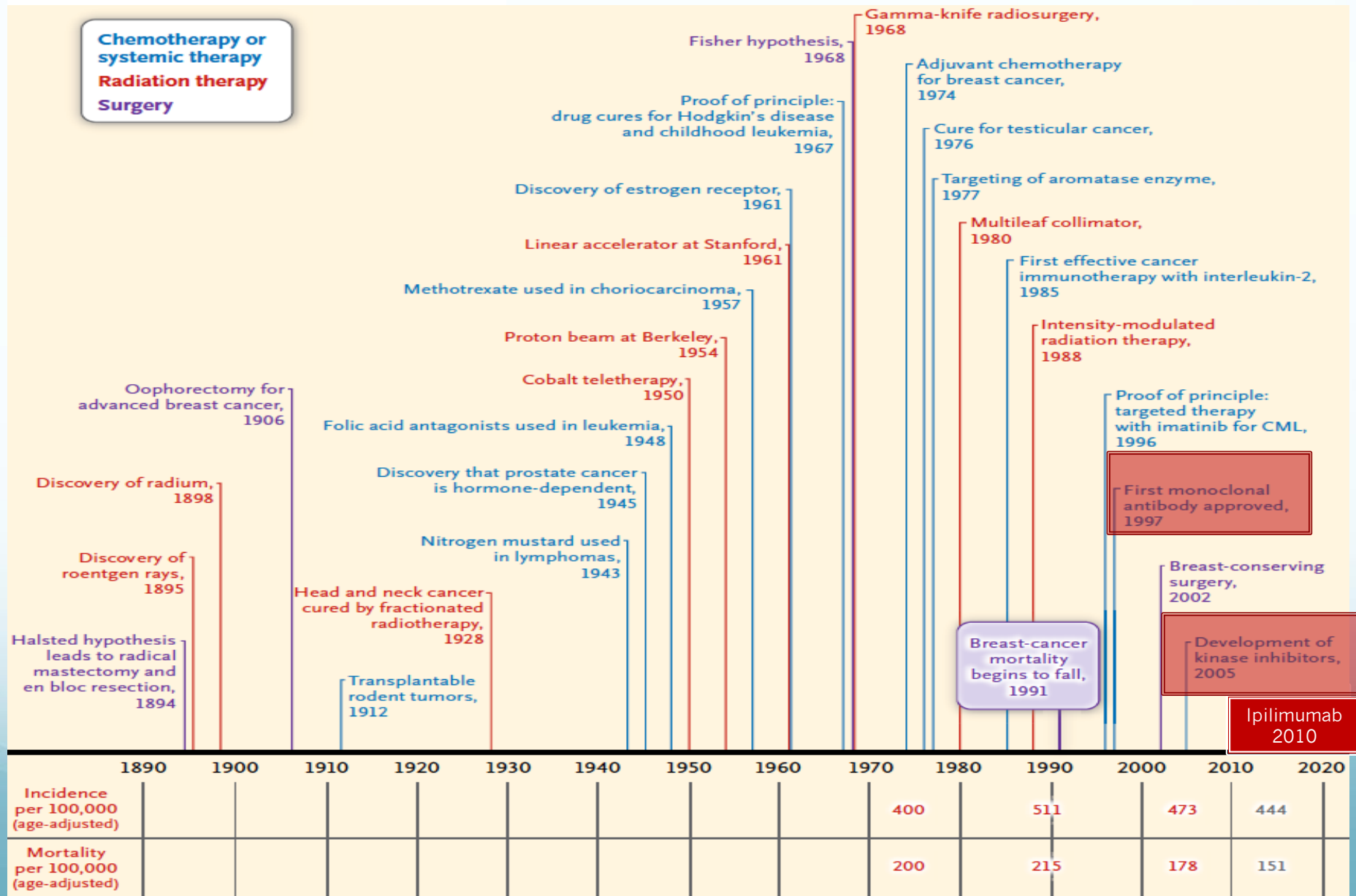
- Prevenzione primaria in particolare per i tumori fumo-correlati e per gli stili di vita
- Programmi di screening (mammella, cervice uterina, colon-retto)
- Miglioramenti diagnostici
- Miglioramento dei programmi terapeutici
 - Nuovi farmaci (chemioterapia, ormonoterapia, terapie biologiche, terapie target, immunoterapia)
 - Terapia chirurgica
 - Radioterapia

Changes of cancer drug efficacy



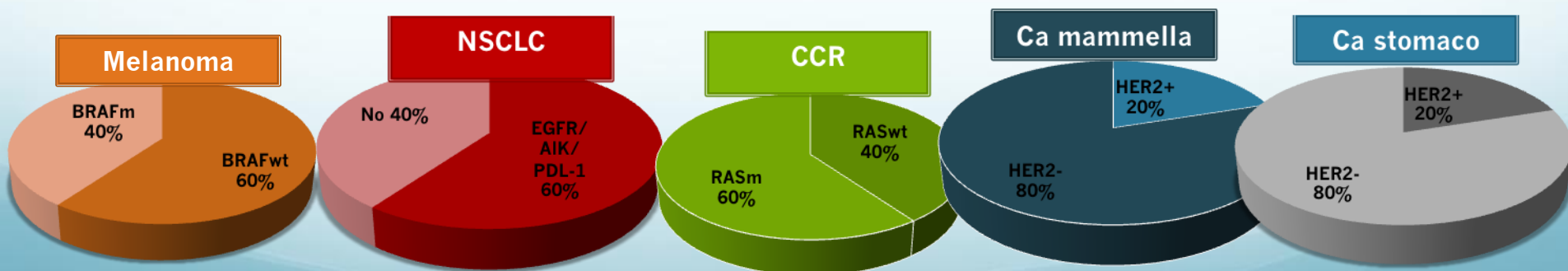
Two Hundred Years of Cancer Research

Vincent T. DeVita, Jr., M.D., and Steven A. Rosenberg, M.D., Ph.D.



Terapie mirate su target molecolari identificati da test nei primi cinque tumori per incidenza

Rango	Maschi			Femmine		
	Età			Età		
	0-49	50-69	70+	0-49	50-69	70+
1°	Polmone (15%)	Polmone (29%)	Polmone (25%)	Mammella (29%)	Mammella (21%)	Mammella (14%)
2°	Sistema nervoso centrale (11%)	Colon-retto (10%)	Colon-retto (11%)	Polmone (9%)	Polmone (15%)	Colon-retto (13%)
3°	Colon-retto (9%)	Fegato (8%)	Prostata (10%)	Colon-retto (7%)	Colon-retto (10%)	Polmone (10%)
4°	Leucemie (7%)	Pancreas (7%)	Fegato (7%)	Utero totale (6%)	Pancreas (7%)	Pancreas (8%)
5°	Fegato (7%)	Stomaco (6%)	Stomaco (7%)	Sistema nervoso centrale (6%)	Ovaio (7%)	Stomaco (6%)

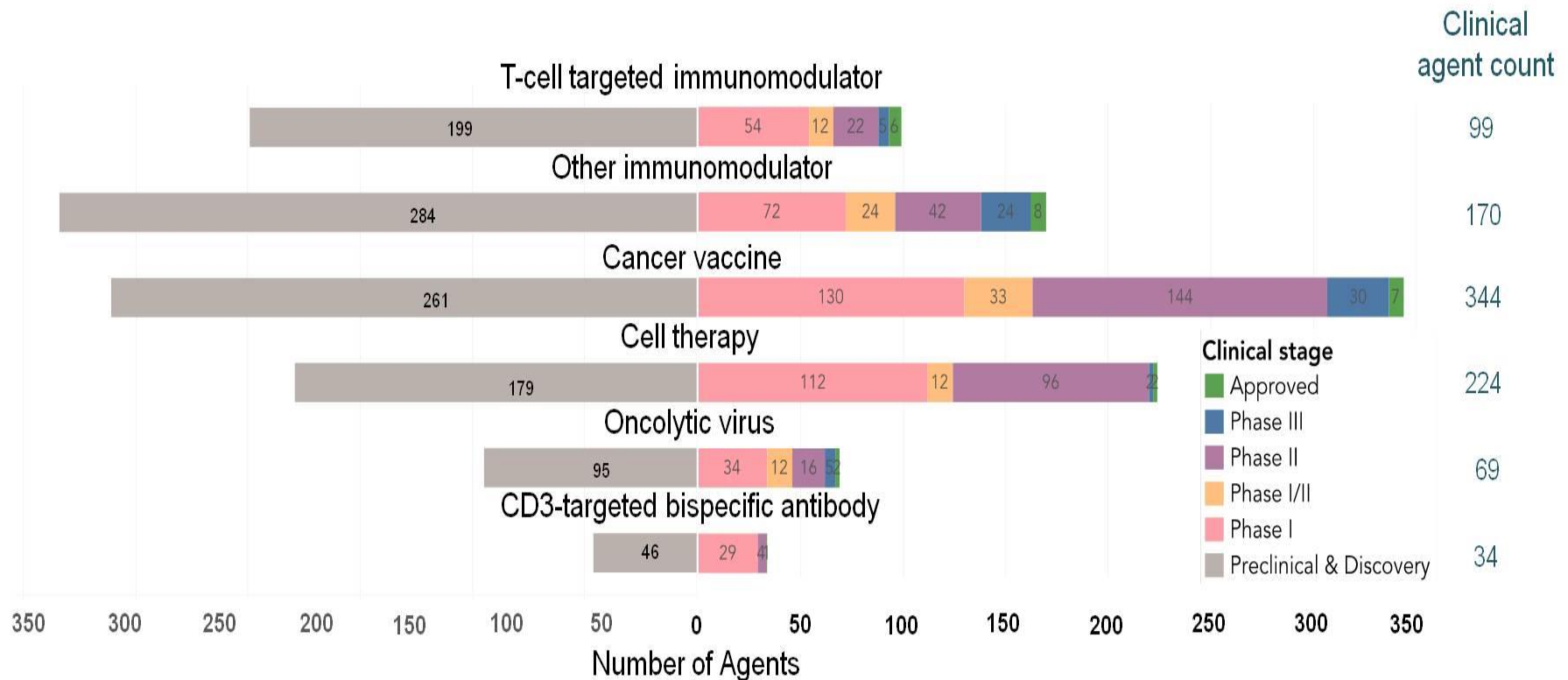


Sottogruppi a volume limitato in ambito di patologie neoplastiche a più ampio volume

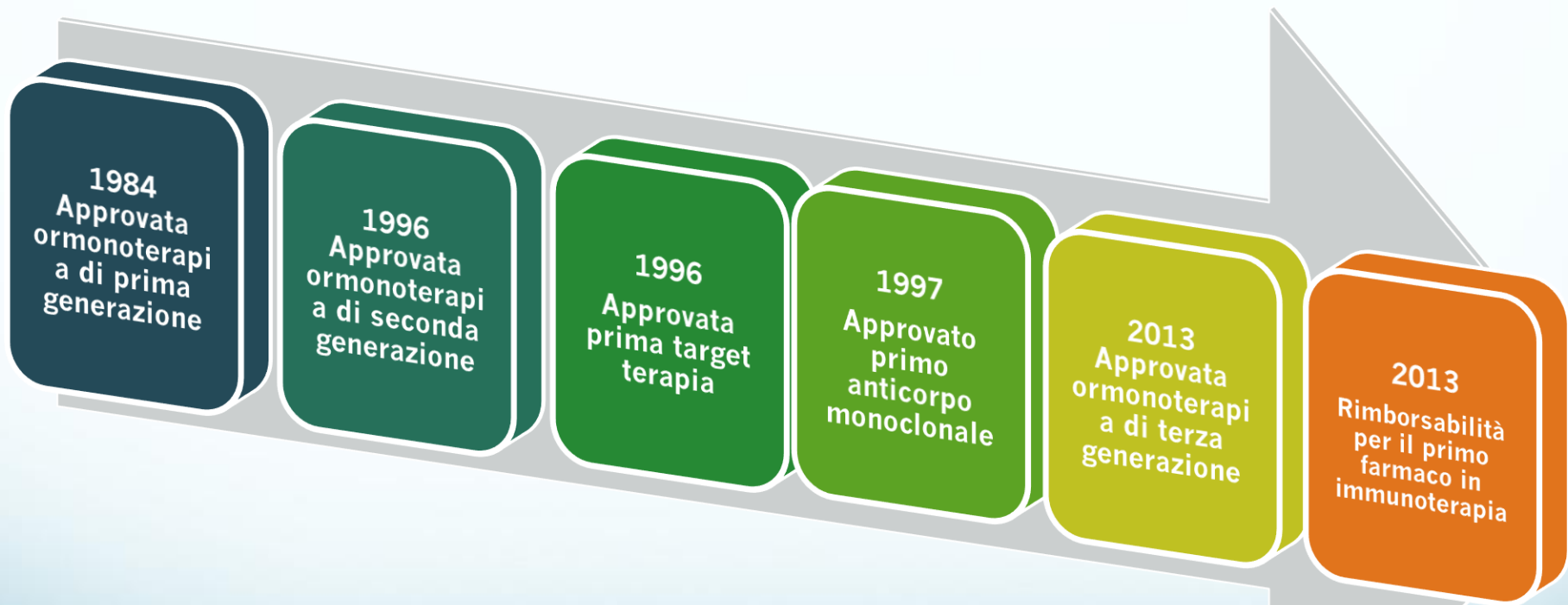
Neoplasia	N. di nuovi casi stimati nel 2017	Sottogruppi a volume limitato nella malattia avanzata	
Carcinoma del polmone	41.800	EGFRm	1.600-1.800
		T790M	600-800
		ALK riarr.	500-600
		ROS1riarr.	100-150
Carcinoma del colon-retto	53.000	MSI-H	600-800
Melanoma	14.000	BRAFm	800-1.000
Carcinoma dell'ovaio	5.200	BRACm	600-800

A revolution in cancer care

>2000 immunotherapy agents in development



Sviluppo delle “nuove” terapie in Oncologia



**Prima approvazione di un farmaco immunoterapico “checkpoint oriented”
16 anni dopo la rimborsabilità del primo anticorpo monoclonale**

Sviluppo delle indicazioni e della rimborsabilità dei farmaci in Immuno-Oncologia



Approvazione di 7 indicazioni per farmaci immunoterapici “checkpoint oriented” nei 5 anni dopo la prima rimborsabilità

Effetti dei cambiamenti nei meccanismi d'azione e nell'efficacia dei farmaci oncologici

- Impatto della durata di risposta al trattamento e di controllo di malattia
- **Impatto sui periodi liberi da terapia e da impegno assistenziale**
- Impatto di linee successive sequenziali di terapia
- Necessità di estrapolazione del dato di sopravvivenza nel medio-lungo periodo
- Significato più attendibile del valore medio rispetto alla mediana della sopravvivenza
- Significato clinico e impatto sull'evoluzione della malattia di PFS e ORR
- **Periodo di esposizione alla terapia più lungo nel tempo (somma di responsivi + lungo-sopravvivenenti)**

Miglioramento della sopravvivenza, “guariti” e nuovi bisogni

- Uguale accesso per tutti i pazienti alle migliori cure
- Passaggio dal follow up al “survivorship care”
- Gestione delle nuove tossicità
- Gestione degli effetti collaterali a lungo termine
- Valutazione dei costi sociali
- Riabilitazione oncologica
- Riabilitazione psico-sociale
- Reinserimento lavorativo
- Riabilitazione nei diritti

La Vita dopo il Cancro

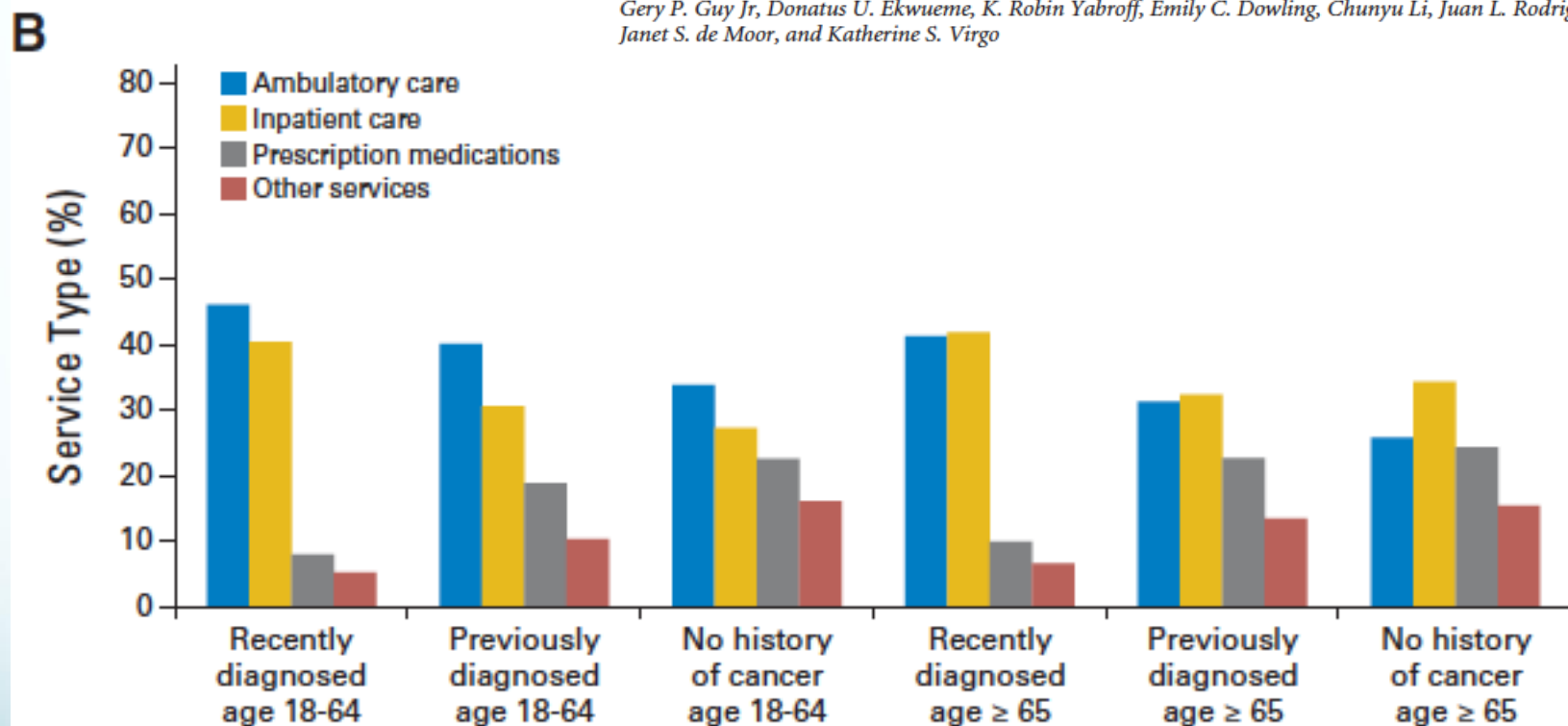
Consigli utili
per il ritorno alla normalità

- Gestire la guarigine
- Gestire la cronicità
- Riabilitazione
- Problematiche psico-sociali
- Diritti civili e lavorativi
- Nuove problematiche cliniche
- Il contributo del volontariato

AIOM • AIRO • AIRTUM • CIPOMO
F.A.V.O. • FIMMG • SICO • SIMG • SIPO

Economic Burden of Cancer Survivorship Among Adults in the United States

Gery P. Guy Jr, Donatus U. Ekwueme, K. Robin Yabroff, Emily C. Dowling, Chunyu Li, Juan L. Rodriguez, Janet S. de Moor, and Katherine S. Virgo

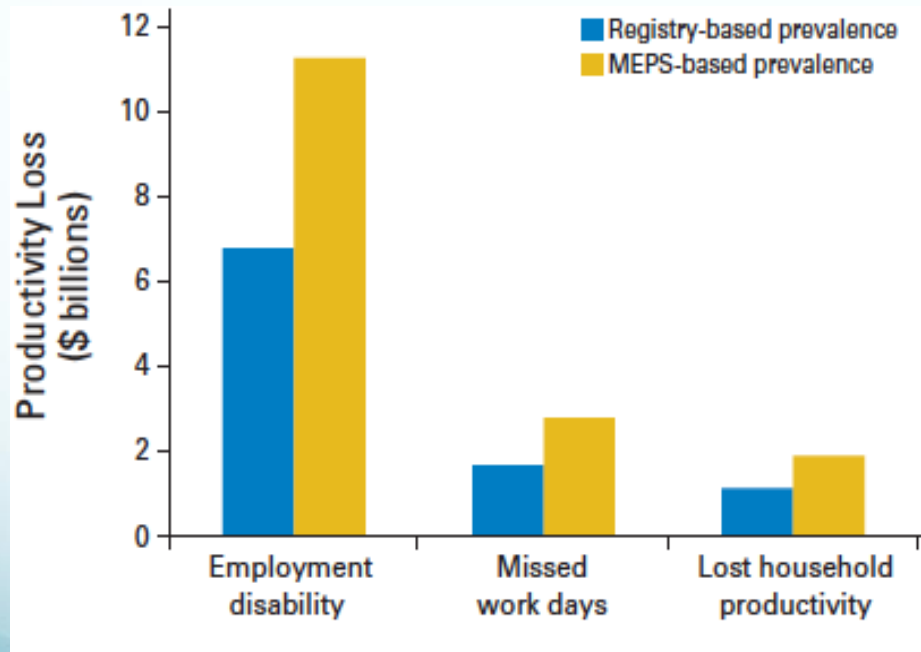


Conclusion

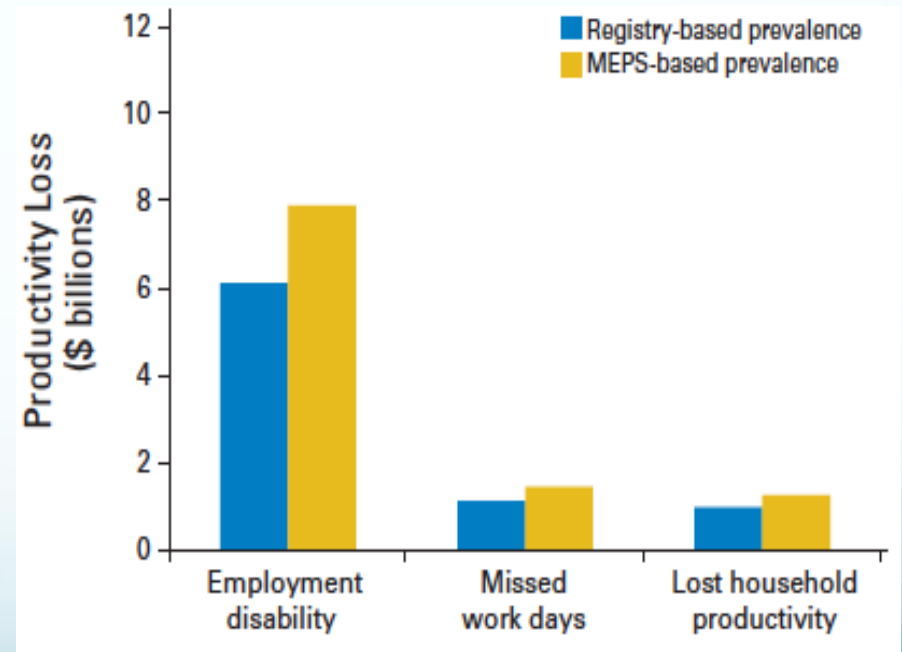
The economic impact of cancer survivorship is considerable and is also high years after a cancer diagnosis. Efforts to reduce the economic burden caused by cancer will be increasingly important given the growing population of cancer survivors.

Productivity

18-64 years



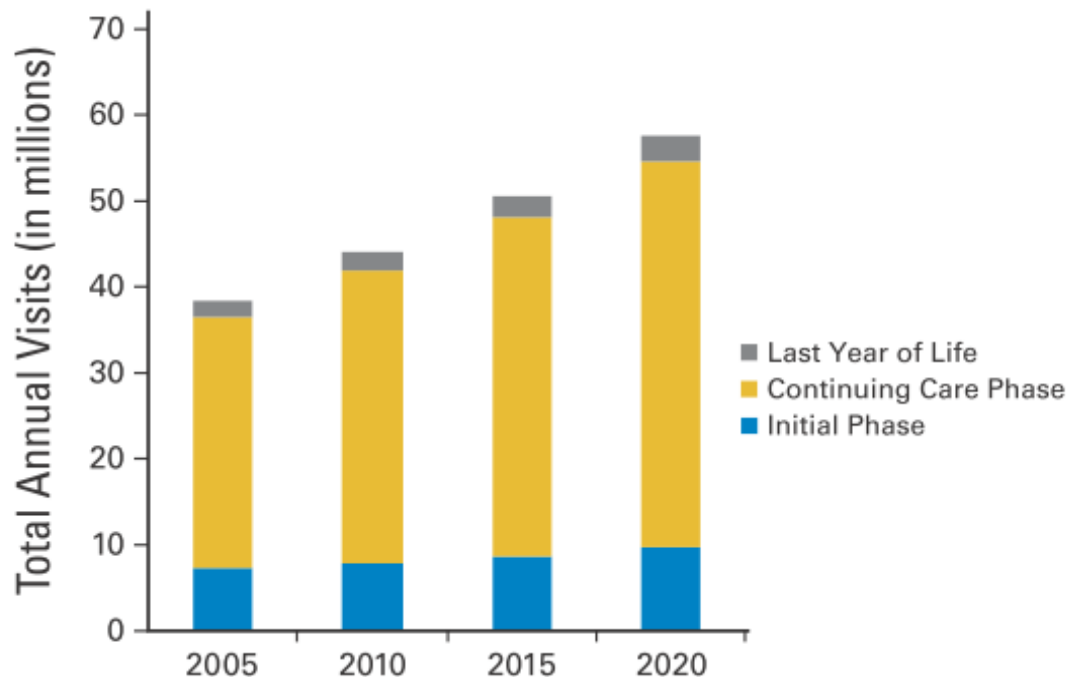
≥65 years



Nuovi bisogni e nuove richieste

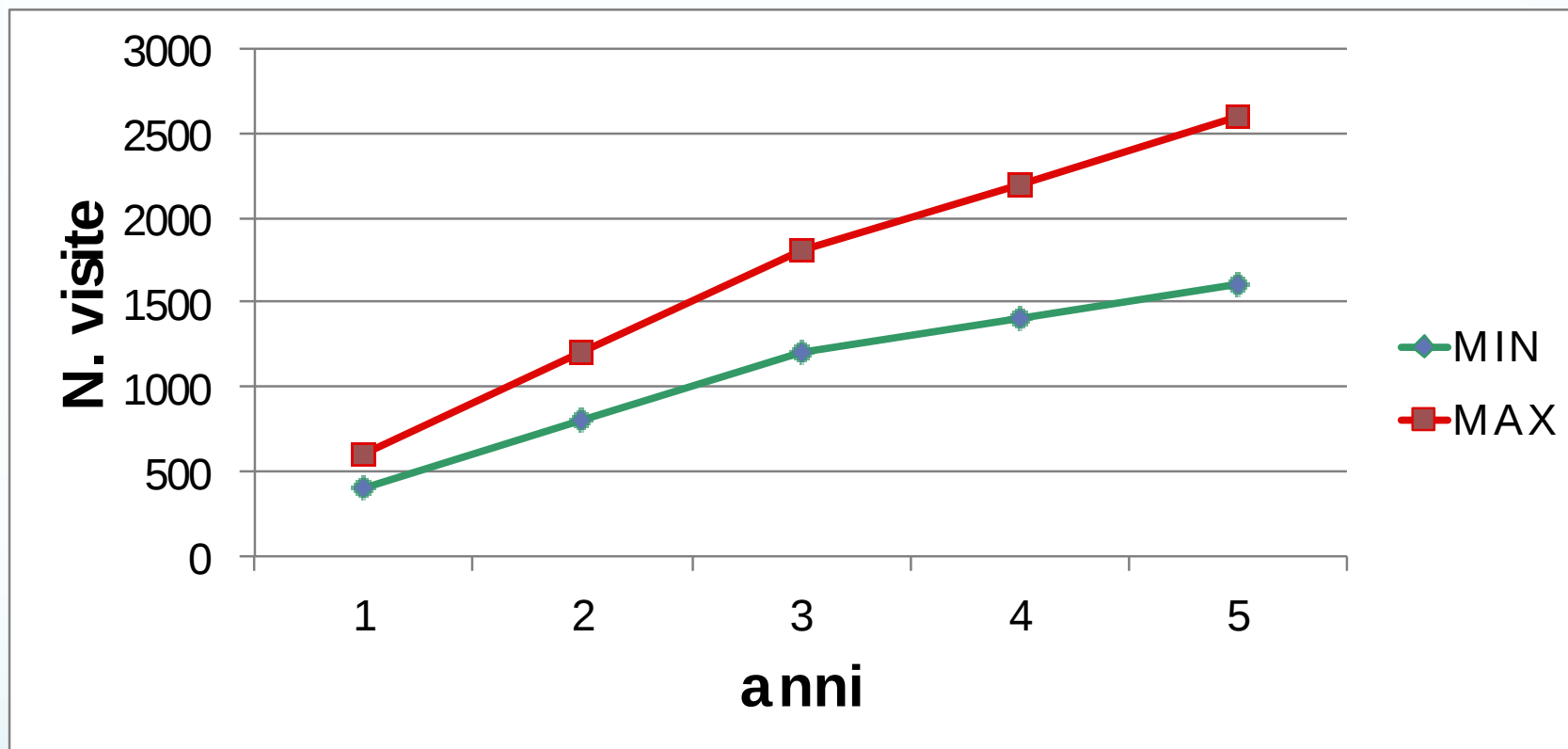
- Una storia di cancro induce un bisogno di salute che non si interrompe
- L'esigenza di controllo non riguarda solo la possibilità di recidiva: **dal follow up alla survivorship care**
 - Le tossicità nuove
 - Le tossicità tardive dei trattamenti
 - Il rischio di seconde neoplasie
 - Le comorbidità e gli stili di vita
 - La riabilitazione
 - L'impatto psico-sociale

Le risorse richieste nelle diverse fasi della malattia oncologica



“Not only are there significant health care costs associated with all these visits; they consume finite clinical resources and thus threaten to delay the evaluation of new patients”

Follow up e razionalizzazione delle risorse



200 prime visite/anno, visite di 20 min

Q3m (0-3) q6m (4-5)

8.400 visite/5
anni

2.800 ore/medico

Q6m (0-3) q12m (4-5)

5.400 visite/5
anni

1.800 ore/medico

Le caratteristiche delle visite di follow up

- Scarso impatto sulla sopravvivenza dei pazienti
- Alto numero di ‘prestazioni’ e basso numero di eventi
- Basso livello di complessità clinica
- Rilevanza del ruolo educativo e di supporto
- Necessità di competenze integrate (specialistiche e generaliste)

Consensus Conference
Dalla pratica del “follow up” alla cultura del “survivorship care”.
Roma, 10-11 settembre 2015

DOCUMENTO DI CONSENSO

In oncologia, la sorveglianza clinica delle persone con una precedente diagnosi di tumore non è supportata da conoscenze adeguate e da evidenze di efficacia, se non in rari casi.

Attraverso questo documento di sintesi, l'Oncologia Italiana, in collaborazione con le associazioni dei pazienti e con tutti gli operatori sanitari coinvolti, vuole proporre una riflessione in grado di orientare i comportamenti dei clinici, migliorare la qualità degli interventi e ridurre gli sprechi, condividendo i principi che devono guidare la stesura di linee guida, la progettazione della ricerca e la stessa pratica clinica.

Nonostante la Consensus Conference sia stata focalizzata sulle tre patologie a più ampia prevalenza (mammella, colon-retto e prostata), questi principi condivisi sono da intendersi generali per tutte le patologie oncologiche.

Il documento è indirizzato a tutti gli operatori coinvolti nelle attività di sorveglianza oncologica e alle istituzioni a cui è affidata la responsabilità dell'organizzazione dei servizi di assistenza, con l'auspicio che possa rappresentare uno stimolo all'evoluzione delle modalità di gestione di questa importante pratica medica.



CONFERENZA DI CONSENSO
**DALLA PRATICA
DEL FOLLOW UP ALLA
CULTURA DI
SURVIVORSHIP CARE**

Presidenti della conferenza: Carmine Pinto, Gianmauro Numico



ROMA • 10 -11 SETTEMBRE 2015

- | | |
|----------|--|
| 1 | La diagnosi di neoplasia genera nel paziente un bisogno di salute superiore rispetto a quello della popolazione generale, che persiste nel tempo e che coinvolge la maggioranza dei pazienti. |
| 1A | Il rischio di ricaduta rimane superiore rispetto a quello della popolazione generale per molti anni dopo la diagnosi |
| 1B | La qualità di vita è peggiore rispetto a quella della popolazione generale ed è condizionata dai trattamenti ricevuti, dalla presenza di comorbidità e da una condizione di distress. |
| 1C | Chirurgia, radioterapia e trattamenti farmacologici possono essere responsabili di tossicità a lungo termine. |
| 1D | La diagnosi di neoplasia, unitamente all'effetto dei trattamenti, agli stili di vita e a condizioni di predisposizione genetica, possono avere un ruolo nel determinare un aumentato rischio di insorgenza di seconde neoplasie. |
| 1E | I trattamenti farmacologici e radioterapici possono determinare perdita o riduzione della fertilità a breve, medio e lungo termine. |
| 1F | Una quota di pazienti si trova in una condizione di fragilità a causa dell'età avanzata e per la presenza di comorbidità rilevanti e di bisogni complessi. |
| 2 | Sebbene i costi attesi del follow up siano relativamente contenuti, i costi reali stimati sono di circa 10 volte superiori, in ragione della diffusa inappropriately nella richiesta di esami e visite. |

Diabetes After Hormone Therapy in Breast Cancer Survivors: A Case-Cohort Study

Table 3. HRs and 95% CIs for Incident Diabetes by Hormone Therapy Exposure and Duration

Hormone Therapy	No. of Cases	PY*	IDR	Weighted HR (95% CI)				ARF, %	CF	PAF, %
				Crude Model	<i>P</i>	Adjusted Model†	<i>P</i>			
Used hormone therapy										
Yes	216	9,029	23.92	1.53 (0.99 to 2.35)	.055	2.40 (1.26 to 4.55)	.008	58.33	0.83	48.42
No	43	2,307	18.64	1.00 (Reference)		1.00 (Reference)				
Type										
Tamoxifen	200	8,534	23.43	1.52 (0.98 to 2.35)	.059	2.25 (1.19 to 4.26)	.013	55.56	0.77	42.78
Aromatase inhibitors	16	495	32.35	1.60 (0.69 to 3.75)	.275	4.27 (1.42 to 12.84)	.010	76.58	0.06	4.59
No use	43	2,307	18.64	1.00 (Reference)		1.00 (Reference)				
Duration										
> 1 year	209	8,658	24.14	1.52 (0.99 to 2.35)	.057	2.36 (1.24 to 4.51)	.009	57.63	0.81	46.68
≤ 1 year	7	371	18.89	1.66 (0.58 to 4.76)	.347	6.48 (1.84 to 22.84)	.004	84.57	0.03	2.54
No use	43	2,307	18.64	1.00 (Reference)		1.00 (Reference)				

I “Survivorship care plans”

MODULI DI PROGRAMMAZIONE DEL FOLLOW UP



2. Neoplasie della mammella

Denominazione del Centro	Denominazione dell'Unità Operativa	Cognome e Nome
Gentile Signora, sebbene nella maggior parte dei casi i trattamenti determinino la completa guarigione, rimane nel tempo un rischio che il tumore della mammella si ripresenti o ne insorga uno nuovo. Inoltre, in alcuni casi, possono manifestarsi conseguenze a lungo termine della malattia o dei trattamenti ricevuti. Per queste ragioni è consigliabile eseguire dei controlli periodici secondo lo schema riportato più sotto, fino a quando sia considerato appropriato dal medico curante. E' inoltre utile riferire al proprio medico la presenza di sintomi o segni (in particolare noduli sulla cicatrice, al seno operato o in quello opposto) che destano sospetto. Questo consentirà al medico di valutare la necessità di richiedere esami di approfondimento.		
Per il medico di Assistenza Primaria La visita generale è utile per la valutazione dei sintomi e dei segni che possono suggerire una ricaduta di malattia. Tra i segni obiettivi di sospetto vanno considerati i seguenti: noduli mammari o a livello della cicatrice chirurgica; linfonodi palpabili, specie se a livello ascellare o sopracavolare; dolore alla pressione dello scheletro; epatomegalia di recente insorgenza; segni di versamento pleurico; segni neurologici centrali o periferici. In tali casi è necessario suggerire un approfondimento con esami strumentali specifici. Nel caso di sospetto confermato di recidiva è opportuno contattare il centro oncologico di riferimento ed avviare la paziente ad un percorso specialistico. E' utile che sia rilevato periodicamente il livello di disagio emozionale della paziente e, in caso di sofferenza significativa sia inviato ad un servizio di psico-oncologia. Ogni altro bisogno di riabilitazione e di recupero dell'integrità fisica va raccolto e indirizzato agli specialisti competenti. Si raccomanda inoltre di suggerire l'adozione di corretti stili di vita (controllo del peso corporeo, attività fisica, dieta equilibrata, astinenza dal fumo, limitazione del consumo di alcool) e l'adesione agli screening oncologici consigliati per altre patologie (tumore della cervice uterina e del colon-retto).		

L'esecuzione delle procedure sotto riportate è indicata periodicamente, anche in assenza di segni clinici.

PROCEDURA	RACCOMANDAZIONE
Esame clinico	Assunzioni ad esame obiettivo ogni 3-6 mesi nei primi tre anni dal trattamento primario, ogni 6-12 mesi nei successivi 2 anni e ogni anno nel periodo successivo.
Mammografia	Una mammografia ad un anno dopo la mammografia diagnostica della neoplasia (tra dopo almeno 6 mesi dalla fine della radioterapia), poi una volta all'anno.
Auto-esame della mammella	Ogni mese (questa procedura non sostituisce la mammografia).
Controllo ginecologico	E' consigliabile eseguire visita, ecografia ginecologica e Pap-test regolarmente. Nel caso di assunzione di tamoxifene è necessario riferire al medico ogni episodio di "sanguinamento" vaginale.
Consulto genetico	Riferire al medico la presenza in famiglia di altri casi di neoplasia. In particolare, le seguenti caratteristiche possono indicare una "possibile" predisposizione ereditaria: - Storia personale o familiare di tumore ovarico e/o mammario. - Storia personale o familiare di tumore mammario bilaterale. - Insorgenza del tumore mammario in età inferiore a 36 anni. - Insorgenza del tumore mammario in età inferiore a 50 anni in una donna con un parente di primo grado con tumore mammario o ovarico. - Insorgenza del tumore mammario ad una età superiore a 50 anni e presenza di tumore mammario o ovarico in due o più parenti di primo grado. - Storia di neoplasia della mammella in un parente maschio. In ognuno di questi casi è infatti consigliata una valutazione di oncologia genetica.
In caso di assunzione di inibitori dell'enzima aromatasi	- Controllo annuale dei livelli ematici di colesterolo e trigliceridi. - Densitometria ossea basale; in caso di osteopenia/osteoporosi trattamento specifico e monitoraggio periodico della densità minerale ossea.
Procedure non raccomandate	In assenza di indicazioni cliniche i seguenti esami sono "consigliati": RMN della mammella; TC torace-femore-addome; TC-PET con FDG; esami del sangue; radiografia del torace; ecografia addominale; scintigrafia ossea; determinazione dei marcatori tumorali (CEA, CA 15.3, CA 125 ecc.).

- ✓ **Informazione univoca al paziente**
- ✓ **Strumento di comunicazione tra specialisti e MMG**
- ✓ **Standardizzazione delle procedure e definizione rigorosa del percorso**
- ✓ **Orientamento all'appropriatezza**

VOLUME 24 • NUMBER 32 • NOVEMBER 10 2006

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

REVIEW ARTICLE

Providing High Quality Survivorship Care in Practice: An ASCO Guide



ASCO

American Society of Clinical Oncology
Making a world of difference in cancer care

VOLUME 36 • NUMBER 20 • JULY 10, 2018

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

REVIEW ARTICLE

Failing to Plan Is Planning to Fail: Improving the Quality of Care With Survivorship Care Plans

Craig C. Earle

Systematic Review of the Impact of Cancer Survivorship Care Plans on Health Outcomes and Health Care Delivery

Paul B. Jacobsen, Antonio P. DeRosa, Tara O. Henderson, Deborah K. Mayer, Chaya S. Moskowitz, Electra D. Paskett, and Julia H. Rowland

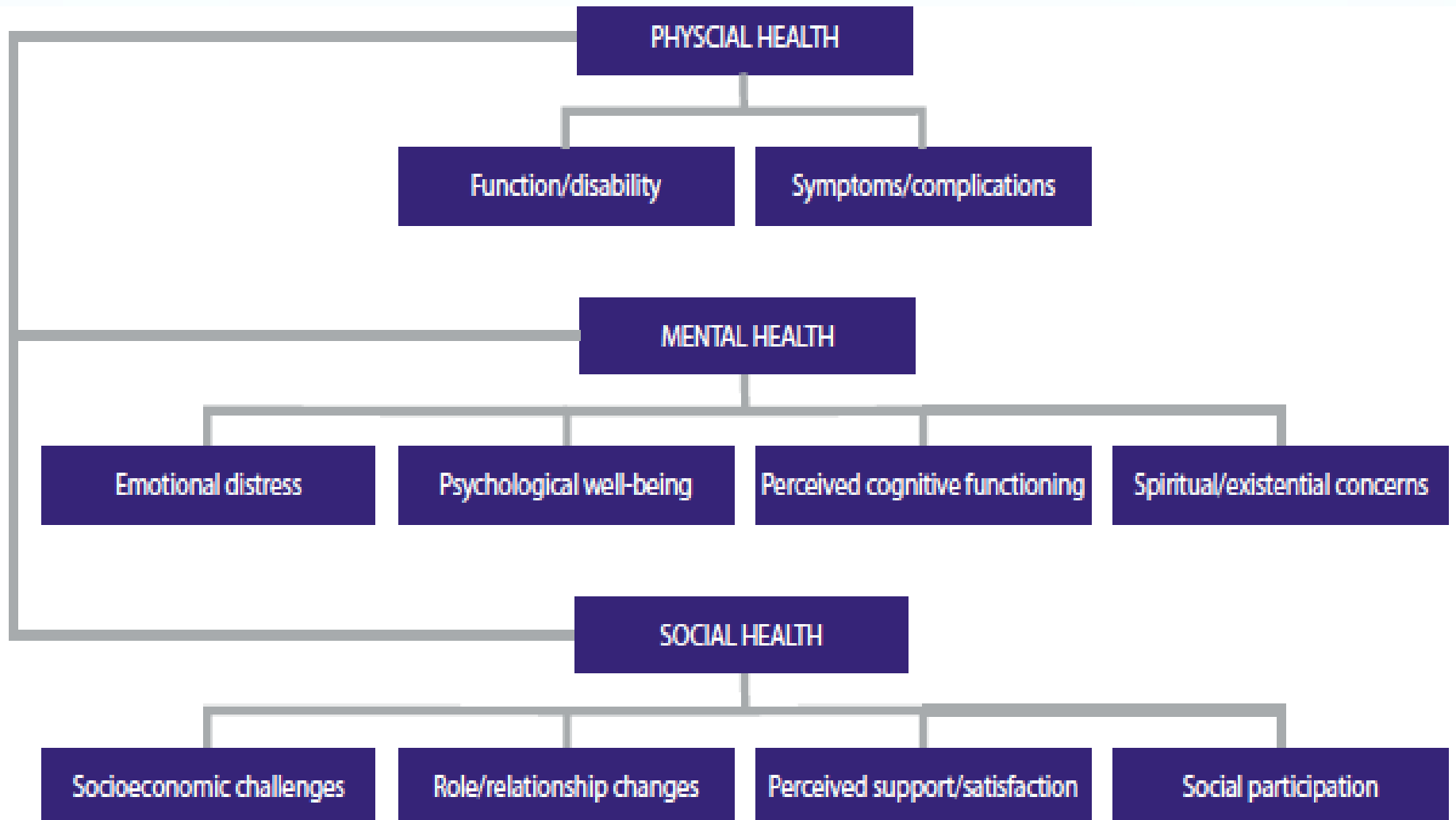


European Guide on Quality Improvement in Comprehensive Cancer Control

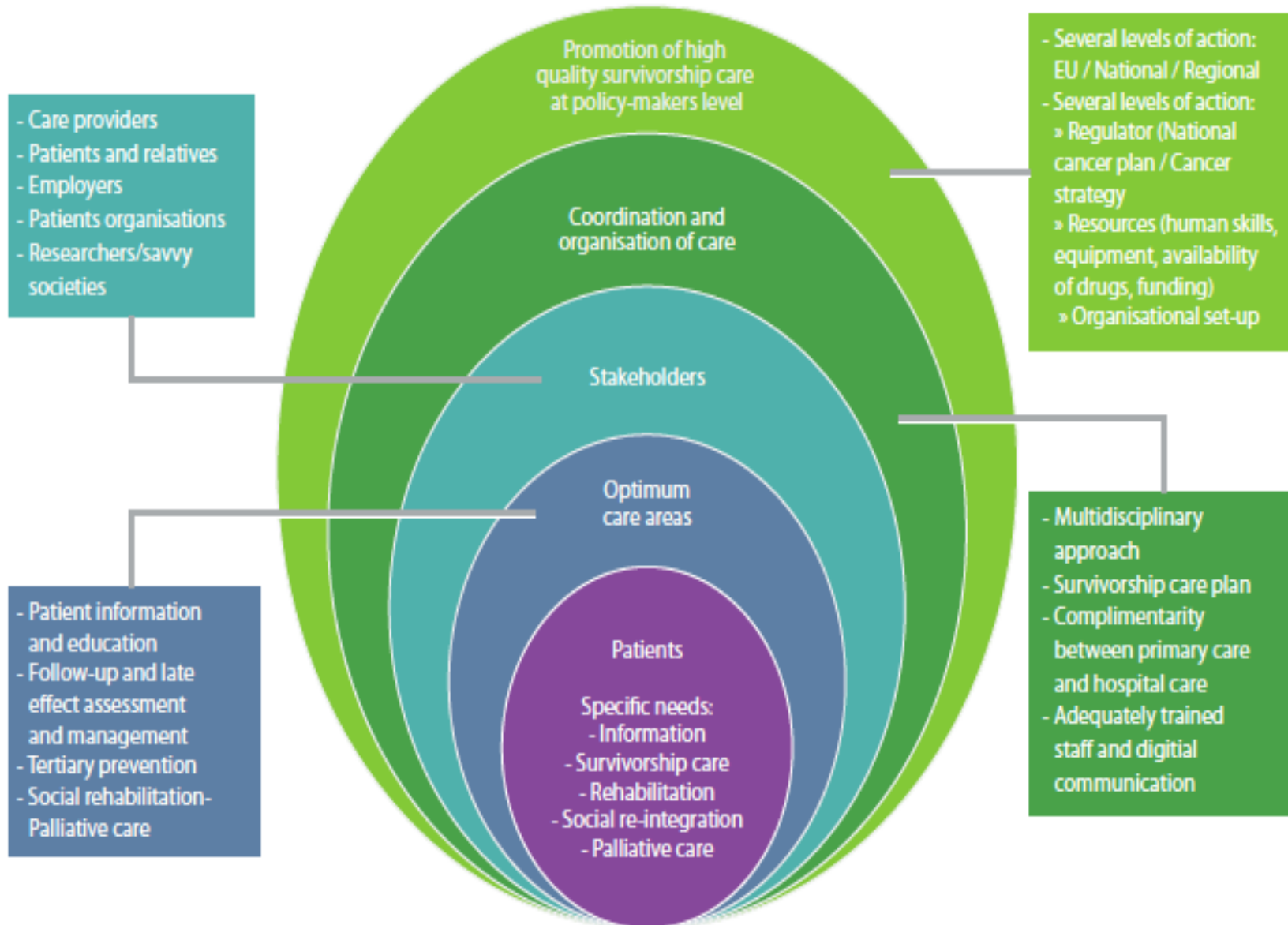
Survivorship and rehabilitation: policy recommendations for quality improvement in cancer survivorship and rehabilitation in EU Member States

Tit Albreht, Josep Maria Borrás Andrés, Miriam Dalmas, Francesco De Lorenzo, Claudia Ferrari, Cora Honing, Riikka Huovinen, Stein Kaasa, Régine Kiasuwa, Anne Kari Knudsen, Winne Ko, Hilde Krogstad, Vittorio Mattioli, Ana Molina Barceló, Rosana Peiró Pérez, Graziella Pourcel, Joan Prades, Liisa Pylkkanen, Julien Tognetti, Luzia Travado, Ingrid van den Neucker and Wendy Yared

Health-related quality of life in cancer survivors



Integrated survivorship and rehabilitation care model



Perspectives in survivorship and rehabilitation cancer research

The literature shows that more data are needed concerning the different components of survivorship care. The main unanswered issues are:

- the impact of clinical follow-up on medical outcomes in a wide-range of cancers;
- the clinical, biological and cellular mechanisms of late-effects;
- the impact of supportive care and psychological support on quality of life (short and long term), survival, return-to-work;
- the long-term impact of education programmes;
- the long-term follow-up of adults surviving a childhood cancer,⁴ even 10, 20 and 30 years after end of treatment.
- the determinants of cancer inequalities linked to survivorship; and
- the impact and management of comorbidities and other health care disparities.

Furthermore, there is need for research networks and collaboration to initiate innovative clinical trials, such as intervention trials or RCTs.

Obiettivi delle Reti Oncologiche



- Garanzia di equità di accesso a standard assistenziali di qualità e appropriati
- Integrazione strutturata tra ospedale e territorio
- Programmazione unitaria della strategia di controllo dei tumori (registri, informazione, prevenzione, diagnosi, terapia, riabilitazione, cure palliative)
- Razionalizzazione dei servizi
- Definizione dei PDTA e dei GMD
- Razionalizzazione delle risorse professionali e tecnologiche
- Ottimizzazione della spesa
- Implementazione della multidisciplinarietà
- Implementazione della ricerca

DM 70/2015, Regolamento per la definizione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera – All. 1 – p. 8, *Reti ospedaliere*

“.. all'interno del disegno globale della rete ospedaliera è necessaria l'articolazione delle **reti per patologia che integrino l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale** con particolare riferimento alle reti infarto, ictus, traumatologica, neonatologica e punti nascita, medicine specialistiche, oncologica, pediatria, trapiantologica, terapia del dolore e malattie rare.. ”

I modelli di Rete Oncologica

Comprehensive Cancer Center

- Principali competenze e risorse concentrate in un unico centro con autonoma forza attrattiva territoriale

Hub and Spoke

- Strutture di I livello (Spoke) collegate a centri sovraordinati a maggiore specializzazione (Hub)

Cancer Care Network

- Integrazione organizzativa e centralizzazione di disponibilità di servizi senza definita gerarchia fra le strutture

Comprehensive Cancer Care Network

- Rete gestita e coordinata da un'autorità centrale che include tutte le strutture presenti sul territorio

Perché la scelta come modello del Comprehensive Cancer Care Network (CCCN)

- Permette di includere e coordinare in rete le strutture presenti nel territorio
- Favorisce l'implementazione delle competenze dalla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione, alla ricerca
- Garantisce di coniugare accesso, appropriatezza e qualità di cura e la migliore logistica
- Incrementa efficacia e efficienza anche mediante l'riorganizzazione e la finalizzazione operativa delle strutture territoriali
- **Ottimizza e dà “valore” all'attività di tutte le strutture presenti in un territorio**

Reti Oncologiche Regionali

Gruppo di lavoro AIOM - CIPOMO - AGENAS

Caratteristiche indispensabili

Coinvolgimento dei servizi territoriali in merito a

- azioni di promozione della salute/prevenzione
- adesione agli screening, tempestività diagnostica
- equità di accesso
- integrazione dei percorsi di cura
- programmazione del follow up
- interventi riabilitativi e facilitanti il reinserimento sociale
- cure palliative



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

**Revisione delle Linee guida organizzative e delle raccomandazioni per
la Rete Oncologica**

**che integra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività
territoriale**

D.M. n. 70/2015

13.10.2017

GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno Lunedì 08 del mese di Febbraio
dell' anno 2010 si è riunita nella residenza di via Aldo Moro, 52 BOLOGNA
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Errani Vasco	Presidente
2) Muzzarelli Maria Giuseppina	Vicepresidente
3) Bissoni Giovanni	Assessore
4) Bruschini Marioluigi	Assessore
5) Campagnoli Armando	Assessore
6) Dapporto Anna Maria	Assessore
7) Muzzarelli Gian Carlo	Assessore
8) Pasi Guido	Assessore
9) Rabboni Tiberio	
10) Ronchi Alberto	
11) Zanichelli Lino	

Progr.Num. 2128/2016

GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno lunedì 05 del mese di dicembre
dell' anno 2016 si è riunita nella residenza di via Aldo Moro, 52 BOLOGNA
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

Funge da Segretario l'Assessore Zanichelli Lino

Oggetto: CASA DELLA SALUTE: INDICAZIONI
FUNZIONALE.

1) Bonaccini Stefano	Presidente
2) Gualmini Elisabetta	Vicepresidente
3) Bianchi Patrizio	Assessore
4) Corsini Andrea	Assessore
5) Costi Palma	Assessore
6) Gazzolo Paola	Assessore
7) Mezzetti Massimo	Assessore
8) Petitti Emma	Assessore

Funge da Segretario l'Assessore Costi Palma

Oggetto: CASE DELLA SALUTE: INDICAZIONI REGIONALI PER IL COORDINAMENTO E LO SVILUPPO DELLE
COMUNITA' DI PROFESSIONISTI E DELLA MEDICINA D'INIZIATIVA

Cod.documento GPG/2016/2253



Finalità delle Casa della Salute - 1

In Emilia-Romagna le Case della Salute e gli Ospedali di Comunità intendono qualificarsi come le principali strutture innovative per garantire la continuità dell'assistenza tra territorio (T) e ospedale (H).

In accordo con i contenuti del DM 70/2015 l'integrazione/interazione funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere, riveste infatti un ruolo centrale nel regolamentare i flussi dei pazienti sia in entrata che in uscita dall'ospedale.

Finalità delle Casa della Salute - 2

Le Case della Salute della Regione Emilia Romagna intendono garantire in modo coordinato:

1. l'accesso all'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale in un luogo visibile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
2. la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta maggiormente appropriata, programmabile e non programmabile;
3. la prevenzione e promozione della salute;
4. la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento di tutti i servizi sanitari territoriali (H 12 e H 24 di norma a livello distrettuale);
5. la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il paradigma della medicina d'iniziativa;
6. l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono la integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
7. la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei *caregiver*, dei Comitati Consultivi Misti;
8. la promozione dell'integrazione con la Rete Ospedaliera e gli Ospedali di Comunità per garantire la continuità dell'assistenza.

L'Oncologia al tempo del WEB: cosa è cambiato ?



<http://ffolliet.com/2016/02/24/on-speaking-to-a-wider-audience-do/>

Salute e media

Secondo una ricerca CENSIS del 2014

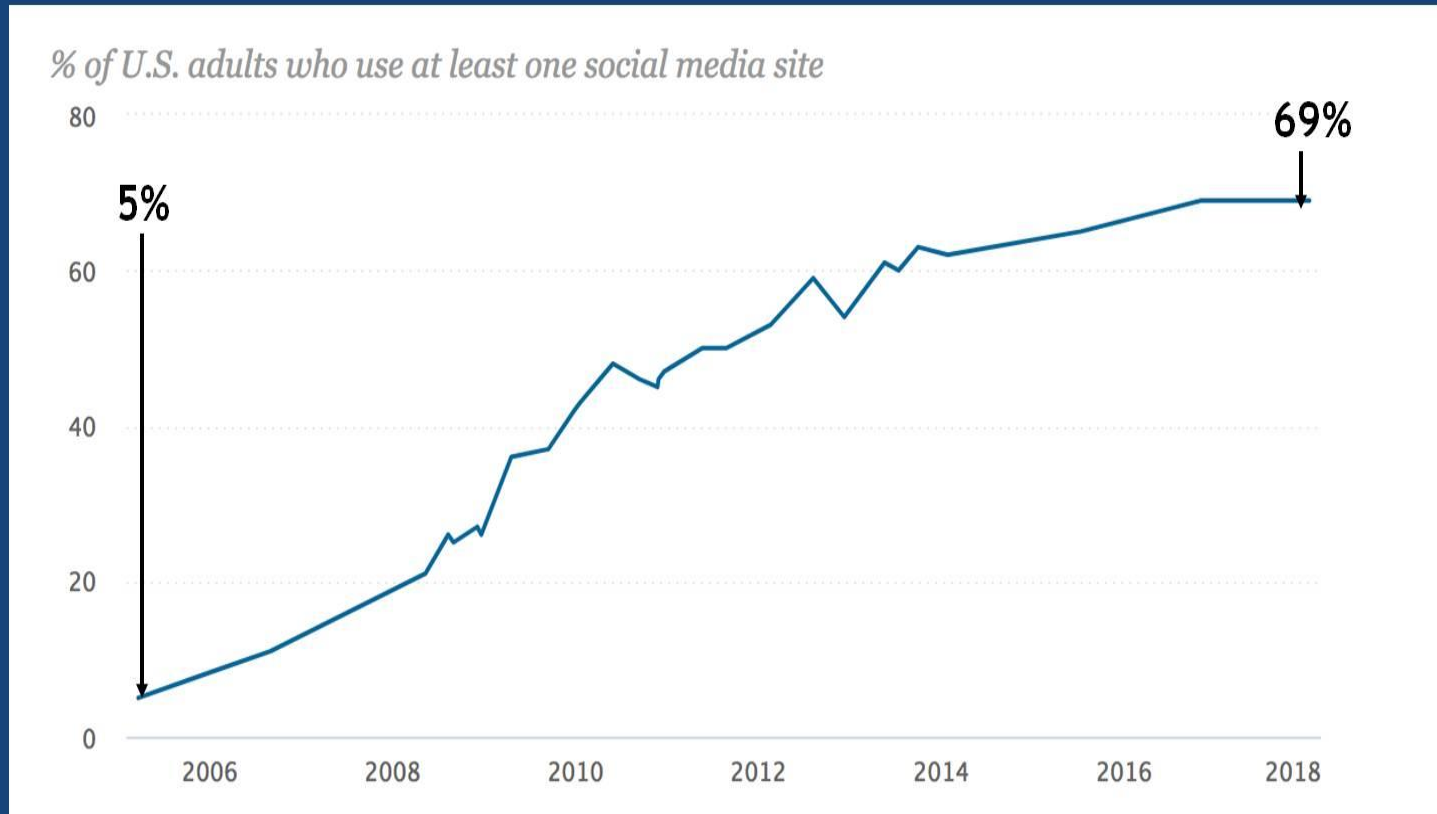
- La salute si colloca al primo posto tra gli argomenti più interessanti scelti dai lettori dei settimanali (**27%**)
- Cresce la quota di cittadini che temono la confusione causata dalle troppe notizie su salute e benessere (il **54%** nel 2014 contro il 41% del 2012)



Potenzialità e Criticità del WEB



Social media adoption has increased over time



Pew Research Center 2018

Cronicità e Oncologia

- L'Oncologia rappresenta un peculiare modello per il governo di una “cronicità” impattante sia in termini di volumi che assistenziali che di risorse per il SSN
- L'introduzione dell'innovazione nelle strategie di cura ed i cambiamenti nella popolazione dei pazienti richiedono un nuovo e integrato modello assistenziale socio-sanitario
- Necessità di intercettare globalmente all'interno di questo di modello “i vecchi ed i nuovi bisogni” dei pazienti
- **Necessità di definire un modello organizzativo in rete con differenziazione di diversi e specifici segmenti assistenziali**
- Necessità di sviluppare informazione, formazione e ricerca