

Torino, 2 Luglio 2015

# **"La continuità di cure nella Rete Oncologica"**



# Cosa è una rete

- le reti nascono quando i sistemi si riempiono di interazioni e si aprono gli spazi per rendere conveniente la collaborazione invece che la competizione;
- sono forme **ibride** di organizzazione tra la gerarchia ed il mercato;
- uno dei padri del dibattito sulle reti è O. E. Williamson che con la teoria dei **costi di transazione** spiega come le imprese si organizzano al loro interno tentando di minimizzare, oltre ai costi di produzione quelli detti di transazione.



# Rete

- Forma organizzativa che mette insieme soggetti diversi, di per sé autonomi, caratterizzata dal coordinamento e dalla cooperazione degli attori
- Promuove lo scambio o la messa in comune di prodotti e/o servizi
- Serve a creare maggior valore risparmiando risorse (economie di scala) o migliorando l'output (crescita dell'efficacia)

# La necessità di “reti in sanità”

- **La crescente complessità dei bisogni sanitari** che difficilmente possono trovare risposta in una unica azienda.
- **Aumento del potere e delle possibilità di scelta del destinatario** dei servizi.
- **Modificazione e divaricazione nelle scale operative** di molti processi tecnici (anche per via della specializzazione) che devono essere inseriti in disegni istituzionali e organizzativi differenziati.

# La necessità di “reti in sanità”

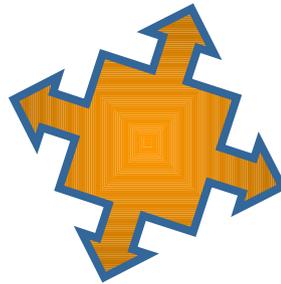
**Pressioni per il conseguimento di economia di scala** e controllo aggregato dei livelli di spesa.

**“Appannamento” della retorica della competizione** e ricerca dei vantaggi della collaborazione.

# I Problemi delle Reti Sanitarie

**Diversi approcci** con cui si devono affrontare la costruzione e l'attivazione della rete

**Alto numero** dei soggetti chiamati a cooperare e coordinarsi



Attenzione, non solo agli aspetti organizzativi, ma a quelli economici, sociali e culturali

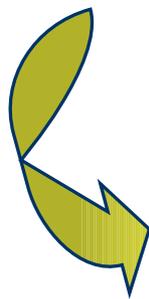
Attivazione di **tutte** le componenti che concorrono al percorso assistenziale

# Approccio Integrato

- Le reti uniscono le dimensioni sanitaria e organizzativa
- Devono prestare attenzione a entrambi gli aspetti.
- La rete oncologica, ad esempio, è composta da servizi clinici (gruppi interdisciplinari di cure) da aspetti organizzativi (sistemi informativi, UCR), da **servizi assistenziali** (centri accoglienza e servizi).

**Per il successo dell'insieme occorre presidiare tutti questi aspetti.**

# ***Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta***



**28 Novembre 2012**



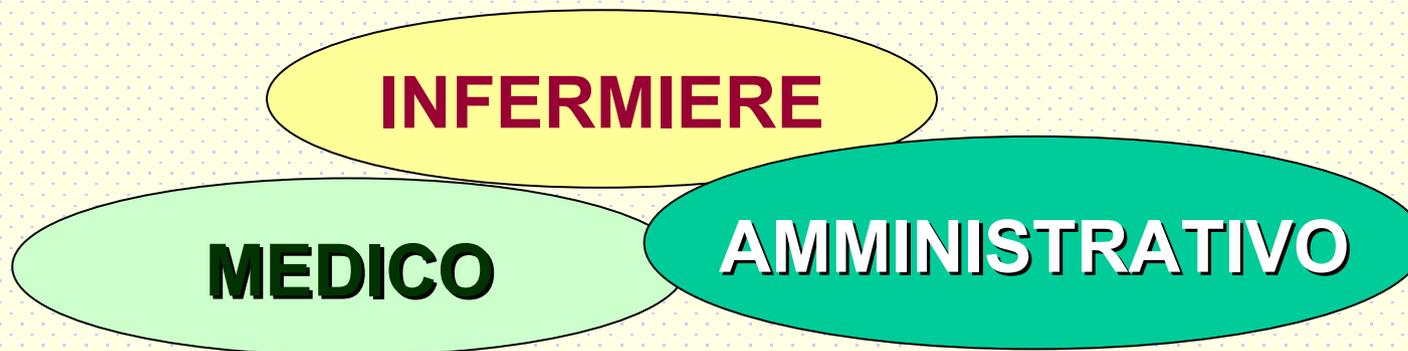
**Dipartimento Funzionale  
interaziendale e interregionale**



***Le Aziende Sanitarie delle due Regioni sono tenute a svolgere quanto previsto nel Piano di attività annuale presentato dal Dipartimento e approvato con deliberazione delle Giunte Regionali***

# Centro Accoglienza e Servizi - CAS

Il **CAS** è **responsabile** del percorso di presa in carico del paziente oncologico attraverso figure professionali diverse:



**collabora** con i **professionisti**, il **paziente** e la **sua famiglia** nella definizione del percorso diagnostico terapeutico **(PDTA- PIC)** migliore

## ***Centro Accoglienza e Servizi***

- **Regia dell'ingresso nel percorso di cura**
- **Collegamento con i medici di medicina generale**
- **Presca in carico dei pazienti con le Schede di Valutazione Infermieristica**
- **Appropriata, rapida e coordinata diagnosi e stadiazione per ciascun tipo di tumore**

# Il ruolo degli *infermieri*

- ◆ **Definire percorsi e procedure assistenziali uniformi**
- ◆ **Schede di presa in carico infermieristica comuni:**
  - ◆ **Dolore**
  - ◆ **Accessi venosi centrali,**
  - ◆ **Psico-sociale,**
  - ◆ **G8,**
  - ◆ **Progetto Protezione Famiglia**
- ◆ **Partecipazione a progetti di ricerca (follow up e stili di vita)**

# ***Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali - PDTA***

## ***Percorsi Integrati di Cura - PIC***

Strumenti di gestione clinica usati per definire,  
sulla base di raccomandazioni riconosciute,  
adattate al contesto locale, il migliore processo  
assistenziale per rispondere

***a specifici bisogni di salute***

## I Percorsi di Cura previsti

- ◆ Tumori della mammella
- ◆ Tumori del colon retto
- ◆ Tumori toraco-polmonari
- ◆ Tumori dell'esofago
- ◆ Tumori dello stomaco
- ◆ Tumori del pancreas
- ◆ Tumori delle vie biliari
- ◆ Tumori del testa - collo
- ◆ Tumori urologici

- Tumori ginecologici
- **Tumori cutanei**
- Tumori del sistema nervoso
- Tumori della tiroide e delle ghiandole endocrine
- Tumori del fegato
- Tumori rari
- **Sarcomi**

***Adeguamento della rete ospedaliera  
agli standard della legge 135/2012,  
del Patto per la Salute 2014-2016 e  
linee di indirizzo per lo sviluppo  
della rete territoriale***

**Regione Piemonte**  
***Delibera Giunta Regionale 19.11.2014, n. 1-600 e  
sua integrazione del 23.1.2015, n.1-924***

Tra gli elementi di criticità presenti all'interno del Servizio Sanitario, il Piano Sanitario Nazionale  
fa rilevare innanzitutto:

*“...l'inappropriatezza di alcune prestazioni, come l'utilizzo improprio dei ricoveri ospedalieri e dei Pronto Soccorso, dovuta all'organizzazione ancora insufficiente della medicina generale e al livello medio dei servizi territoriali e di assistenza domiciliare integrata...”*

**La continuità delle cure tra ospedale e territorio  
richiede una presa in carico da parte del Distretto  
e la disponibilità di:**

- **Assistenza domiciliare**
- **RSA**
- **Strutture intermedie sanitarie a valenza  
territoriale**

## Strutture intermedie sanitarie a valenza territoriale:

- **Pazienti in dimissione da reparti per acuti degli ospedali per i quali è necessario:**
  - consolidare le condizioni fisiche
  - continuare il processo di recupero funzionale
  - accompagnare il paziente con fragilità individuale o sociale nella prima fase del post-ricovero

## Strutture intermedie sanitarie a valenza territoriale:

- Pazienti provenienti dal territorio per i quali i MMG  
richieda un ambiente protetto per  
attuare/proseguire le proprie terapie al fine di evitare o  
preparare il ricovero in struttura  
ospedaliera.

## L' Addendum al Piano di Rientro economico finanziario della Regione Piemonte

(dgr n. 44 del 28.02.11, §1.4.2,

**“Sperimentazione dei Centri di Assistenza Primaria)**

identifica la costituzione dei **CAP** nell'ambito delle Azioni regionali preordinate alla razionalizzazione ed ottimizzazione della rete territoriale come

***“... strumento gestionale del DISTRETTO per mettere a sistema le risorse presenti nei territori ...”***

## I CAP si pongono l'obiettivo di:

- Fornire ai cittadini un'offerta più ampia ed un punto di riferimento nella fascia oraria giornaliera, estendendo la presa in carico anche nella fascia notturna e festiva, attraverso il servizio della continuità assistenziale.
- Supportare e coordinare le forme organizzative complesse della medicina territoriale nel Distretto, rappresentano un modello di erogazione, con implicazioni di tipo

# Funzioni dei CAP:



....

- Gestione coordinata delle grandi aree di cronicità che hanno un riflesso socio economico rilevante (es. diabete, BPCO, scompenso, rischio cardiovascolare, **cronicità oncologica**) secondo percorsi/protocolli concordati con le strutture operative del secondo livello
- Pianificazione e gestione integrata delle Cure Domiciliari finalizzata al mantenimento nell'alveo territoriale di quelle patologie non necessitanti di

Linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale.

*Delibera Giunta Regionale 19.11.2014, n. 1-600 e*

*sua integrazione del 23.1.2015, n.1-924*

Il progressivo aumento della prevalenza delle malattie croniche, l'aumento dell'età media di popolazione e la variazione dei modelli di organizzazione impongono di associare al modello di appropriatezza organizzativa una più completa e precisa definizione dei PDTA per le patologie croniche ed acute che dovranno essere «prese in carico» sia dalla rete territoriale che dalla rete ospedaliera.

# Stime dei tumori in Piemonte nel 2015

## Incidenza

UOMINI



TUMORI	Numero Medio Annuo	TASSO GREZZO	TASSO STD (WORLD)	RISCHIO CUMULATIVO 0-84	△ RISCHIO CUMULATIVO da 64 a 84 anni	PREVALENZA (Casi per 100000 ab.)
TUTTE LE SEDI (esclusi i carcinomi della cute)	16100	735,29	306,86	47,84	33,35	4553
STOMACO	515	23,54	8,29	2,10	1,75	114
COLON-RETTO	2122	96,93	38,20	8,24	6,38	633
PANCREAS	565	25,80	9,30	2,23	1,83	26
* V.A.D.S.	761	34,76	15,31	2,87	1,97	262
POLMONE	2155	98,36	38,38	8,84	7,17	188
PROSTATA	4241	193,68	79,24	16,37	12,11	1403
ENCEFALO	200	9,16	4,84	0,82	0,52	37
LINFOMI	611	27,93	15,94	2,26	1,19	230
LEUCEMIE	502	22,93	11,20	2,03	1,30	192

**DONNE** 

## Stime di incidenza 2015 - Registro Tumori Piemonte

TUMORI	Numero Medio Annuo	TASSO GREZZO	TASSO STD (WORLD)	RISCHIO CUMULATIVO 0-84	△ RISCHIO CUMULATIVO da 64 a 84 anni	PREVALENZA (Casi per 100000 ab.)
<b>TUTTE LE SEDI (esclusi i carcinomi della cute)</b>	12028	515,78	192,35	31,08	20,48	4729
STOMACO	354	15,16	4,77	1,07	0,82	77
COLON-RETTO	1786	76,58	24,57	5,48	4,20	601
PANCREAS	596	25,57	7,00	1,69	1,40	0
* V.A.D.S.	194	8,30	3,34	0,58	0,36	74
POLMONE	919	39,28	12,97	2,97	2,31	73
MAMMELLA	3302	141,61	58,21	10,34	6,62	1912
UTERO CERVICIALE	194	8,31	4,08	0,61	0,28	176
UTERO CORPO	579	24,81	13,22	1,81	0,83	294
OVAIO	453	19,42	8,51	1,35	0,77	251
ENCEFALO	168	7,20	3,40	0,52	0,30	26
LINFOMI	604	25,89	13,46	1,97	1,01	245
LEUCEMIE	276	11,84	4,53	0,82	0,57	90

\* V.A.D.S. = Vie Aereo-Digestive Superiori (Bocca, Faringe, Cavità Nasali, Esofago, Laringe)

Nell'ambito della RETE ONCOLOGICA per la continuità delle cure tra ospedale e territorio è necessario tener conto:

- dell'epidemiologia della malattia oncologica
- delle caratteristiche peculiari di ciascun percorso terapeutico oncologico in base a:
  - necessità di recupero funzionale post chirurgico in amputazioni (sarcomi), lobectomia e pneumonectomia (T. polmone), exeresi lesioni del S.N.C...
  - caratteristiche del paziente (età, sesso, ambiente psico-sociale...) e comorbidità presenti

## ***La BUSSOLA dei VALORI della RETE***

**integra tutti questi aspetti allo scopo  
di raggiungere un  
più adeguato utilizzo delle risorse  
e ottemperare alle  
vigenti disposizioni di legge**

# Bussola dei Valori

