# Il CAS garantisce un corretto rapporto con i GIC?

Paola Varese
CAS Ovada

# *Partendo dalle slides di chi più sa, con esperienza di oncologia rurale…*

# Sopravvivenza più alta grazie alle Reti oncologiche, ma sono solo in 6 Regioni

Network per guidare i pazienti; Sud indietro

quotidianosanità.it

Regioni e Asl

# Rete oncologica. Piemonte modello nazionale, migliora del 30% l'appropriatezza delle cure

# CAS come presa in carico globale

- di tutti i pazienti al sospetto clinico
- di tutte le problematiche del paziente
- in collegamento e collaborazione con il MMG

Secondo il modello bio-psico-sociale

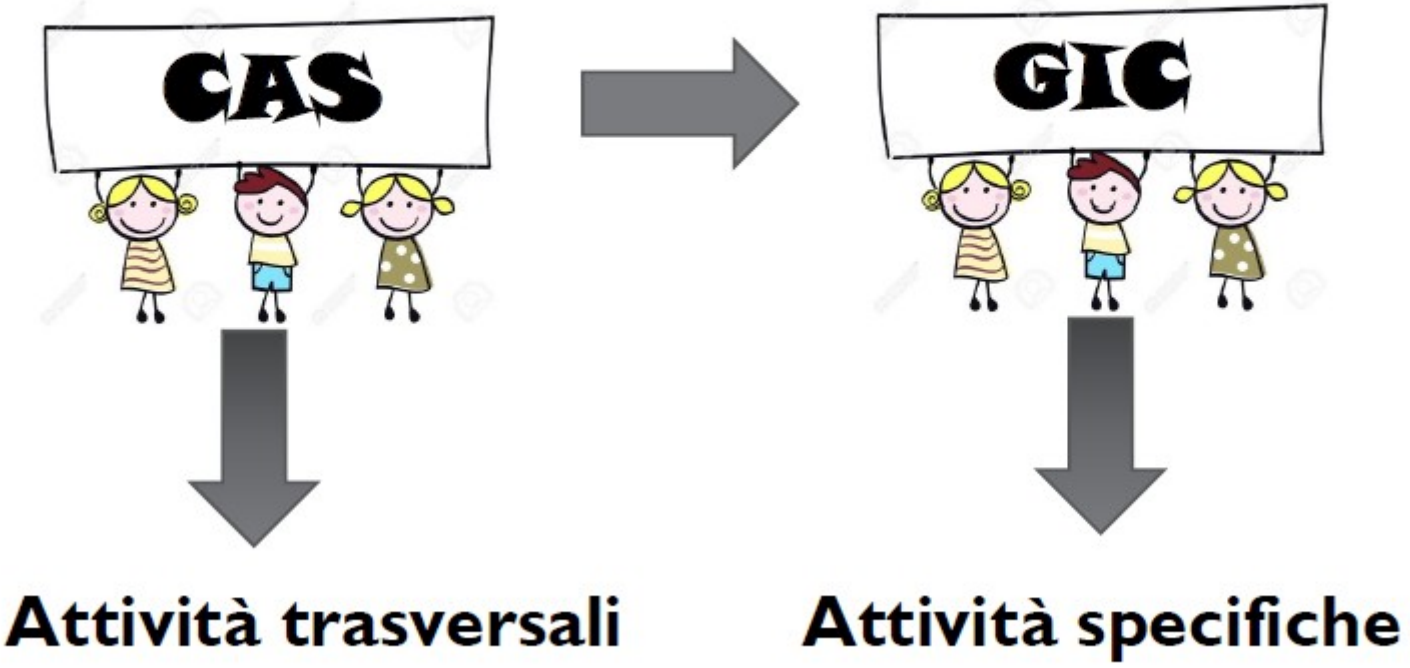
# Presa in carico: quale malato?

# Presa in carico: in quale contesto?

# Presa in carico: con quali risorse?

rete oncologica

# Il PDTA nel modello della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta




*Da Bertetto/ Numico*

# Percorso

## CAS

- La diagnostica per immagini
- La diagnostica di laboratorio
- L'anatomia patologica
- I servizi di endoscopia
- Alcuni servizi clinici (oncologia, radioterapia)
- Il servizio sociale
- Il servizio psicologico
- Riabilitazione
- Nutrizione clinica
- Cure Palliative
- Medicina territoriale

*Modalità di accesso (orari, numeri di telefono, sedi)*
*Modalità di prenotazione*
*Criteri di invio*

*Da Bertetto/ Numico*

## GIC

- GIC
- Diagnostica di II livello
- Radiologia interventistica
- Chirurgie specialistiche
- Trattamenti medici
- Radioterapia

*Modalità di funzionamento del GIC*
*Modalità di accesso ai servizi (riferimenti, orari, numeri di telefono, sedi)*
*Modalità di prenotazione*
*Criteri di invio*

# Dal sito di Rete…

- Il principale vantaggio che deriva da una presa in carico multidisciplinare è rappresentato da una maggiore tempestività e dal coordinamento degli interventi: i diversi professionisti coinvolti nelle fasi di diagnosi e cura, che naturalmente cambiano in base alla patologia e alle specifiche condizioni di salute della persona malata, non incontrano il paziente in successione, frammentando i percorsi diagnostico-terapeutici e allungando i tempi di attesa, ma si presentano come una vera e propria équipe medica che basa la propria operatività sulla comunicazione e la condivisione interdisciplinare.

# Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta

## Indicatore di processo 1:

**LA VISITA CAS DEVE ESSERE GARANTITA**

**ENTRO 5 GIORNI LAVORATIVI**

**DALLA DATA DELLA RICHIESTA IN ALMENO IL**

**90% DEI PAZIENTI**

*Da Bertetto/ Numico*

# Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta

**Indicatore di processo 2:**

**Il tempo intercorrente tra la visita CAS (presa in carico del paziente all'inizio del percorso di cura) e visita GIC (comunicazione al paziente del programma terapeutico, resa possibile dal termine degli esami di diagnosi e stadiazione) da garantirsi per almeno l'80% dei pazienti**

*Da Bertetto/ Numico*

# INDICATORE DI PROCESSO 2: GIORNI ATTESI

- MAMMELLA: 24
  (dalla visita CAS o dalla data della biopsia se questa ha preceduto la visita)
- COLON: 20
- RETTO: 25
- STOMACO: 22
- PANCREAS E VIE BILIARI: 28
- ESOFAGO: 21
- EPATOCARCINOMA: 25
- PROSTATA: 28
- VESCICA: 25
- RENE: 15
- UTERO (COLLO E CORPO): 30
- OVAIO: 25
- POLMONE: 30
- TESTA E COLLO: 28

- TIROIDE:
  (con GIC post chirurgico) 60
  15
- MELANOMA:
  (con GIC post chirurgico) 30
  15
- SARCOMA: 30
- MESOTELIOMA: 25
- SISTEMA NERVOSO:
  (con GIC post chirurgico) 60
  21
- LINFOMA, LLC: 30
- LMC: 30
- MIELODISPLASIA: 25
- MIELOMA: 25
- LEUCEMIE ACUTE: 10

*Da Bertetto/ Numico*

| SEDE TUMORALE | INDICATORI DI STRUTTURA |
|---|---|
| **MAMMELLA** | 1. 150 casi/anno per struttura e 50 interventi/anno per chirurgo.<br>2. presenza di un documento aziendale di costituzione di Breast Unit. |
| **COLON**<br><br>**RETTO** | → presenza di almeno un operatore con acquisita esperienza, validata da un apprendimento costituito da almeno 50 casi di interventi chirurgici laparoscopici.<br><br>→ presenza del servizio di stomaterapia. |
| **STOMACO** | 1. presenza nel GIC della dietologa con modello scritto della presa in carico nutrizionale del paziente. |
| **ESOFAGO** | 1. presenza del servizio di endoscopia interventistica esofagea.<br>2. presenza della registrazione di tutti i casi clinici. |
| **PANCREAS E VIE BILIARI** | 1. presenza del servizio di ecoendoscopia (se non presente in sede protocollo scritto per il percorso predefinito di accesso ad un servizio di riferimento con la definizione dei tempi).<br>2. servizio di radiologia interventistica (se non presente in sede protocollo scritto per il percorso predefinito di accesso ad un servizio di riferimento con la definizione dei tempi). |
| **FEGATO** | 1. presenza del servizio di radiologia interventistica di II livello (se non presente in sede protocollo scritto per il percorso predefinito di accesso ad un servizio di riferimento con la definizione dei tempi). |

REGIONE PIEMONTE

rete oncologica

# GIUNTA REGIONALE

**Verbale n. 94** **Adunanza 23 novembre 2015**

## D.G.R. n. 51 – 2485

## OGGETTO:

*Individuazione dei Centri Hub e avvio della ridefinizione delle attribuzioni dei centri autorizzati alla prescrizione dei farmaci oncologici sottoposti a registro AIFA, nell'ambito del Dipartimento della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta.*

Recepimento dell'intesa 144/CSR del 30.11.2014 e attuazione, delle disposizioni di cui al D.M. 70/15 (per le attività di Rete Oncologica) e della DIR.2011/24/EU.

## Identificazione dei criteri per la definizione dei

## ***Centri di riferimento***

per singola patologia in base a:

- incidenza della patologia a livello regionale
- volume di attività appropriata
- esperienza richiesta agli operatori
- tecnologie necessarie
- corretta modalità organizzativa

REGIONE PIEMONTE

rete oncologica

## Si prevede che

**Spetti ai Centri Hub l'erogazione del complesso della prestazioni** per il trattamento dei pazienti affetti dalle singole patologie tumorali, nonché

**la condivisione ed il coordinamento dell'applicazione dei PDTA di area** presso i centri Spoke.

***D.G.R. n. 51 – 2485-23.11.2015***

# Chirurgia: chi va in ospedale ad alto volume rischia di meno

Research

Original Investigation

## Association of High-Volume Hospitals With Greater Likelihoc of Discharge to Home Following Colorectal Surgery

Courtney J. Balentine, MD; Aanand D. Naik, MD; Celia N. Robinson, MD; Nancy J. Petersen, PhD; G. John Chen, PhD; David H. Berger, MD, MHCM; Daniel A. Anaya, MD

*JAMA Surg.* 2014;149(3):244-251. doi:10.1001/jamasurg.2013.3838
Published online January 15, 2014.

Patients having colorectal surgery at high-volume hospitals are significantly more likely to recover and return home after surgery than individuals having operations at low-volume hospitals.

# *Monitoraggio* della rete

- Raccolta sistematica di alcuni indicatori di struttura, attività ed esito.
- Valutazione critica degli indicatori raccolti.
- Restituzione degli indicatori alle aziende con discussione sulle eventuali azioni correttive.

**D.G.R. n. 51 – 2485 del 23.11.2015**

# INDICATORI GIC... un esempio

**STRUTTURA** ⇨ **PROCESSO** ⇨ **ESITO**

## TUMORI DEL COLON-RETTO

**STRUTTURA:**
- servizio di stomaterapia
- chirurgia laparoscopica

**PROCESSO:**
- visita CAS iniziale - intervento ≤ 6 sett.
- intervento - inizio terapia adiuvante ≤ 6 sett.
- v. GIC con indicazione a RT- inizio RT ≤ 4-6 sett.
- presenza di almeno 12 linfonodi analizzati in > 75% dei casi.

**ESITO:**
- mortalità a 30 giorni < 5%
- reinterventi a 30 giorni < 10%

rete oncologica

# Alcuni indicatori di processo → monitoraggio di rete

| | |
|---|---|
| **STOMACO** | 1) Intervallo di tempo tra visita CAS e primo trattamento |
| | 2) % di pazienti con intervallo tra visita CAS e trattamento inferiore a 40 gg |
| | 3) % di pazienti sottoposti ad intervento chirurgico con intento curativo e indicazione D2 con linfonodi asportati non inferiore a 25 |
| **ESOFAGO** | 1) Tempo mediano tra visita GIC e inizio dei trattamenti |
| | 2) % di pazienti con intervallo tra visita GIC e inizio dei trattamenti non superiore a 22 gg |
| | 3) % dei pazienti che interrompono la chemio-radioterapia associata per tossicità e complicanze |
| **EPATOCARCINOMA** | 1) Intervallo di tempo tra visita CAS e primo trattamento |
| | 2) % di pazienti con intervallo tra visita CAS e inizio del trattamento inferiore a 40 gg |

# Appropriatezza della chirurgia

- interventi chirurgici tecnicamente possibili possono essere oncologicamente insensati e causa di rischi operatori sproporzionati, esiti invalidanti, a fronte di uno scarso impatto sulla aspettativa di vita del malato.

F.A.V.O.
Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia

F.A.V.O.
Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia

# I pericoli in agguato

- atteggiamenti opportunistici per aumentare artificiosamente il proprio volume di attività e casistica ( e fatturato!!!!!)
- selezione della casistica con il rifiuto dei casi complessi
- carenza di chirurghi specialisti con specifiche competenze in chirurgia oncologica
- aumento delle liste di attesa

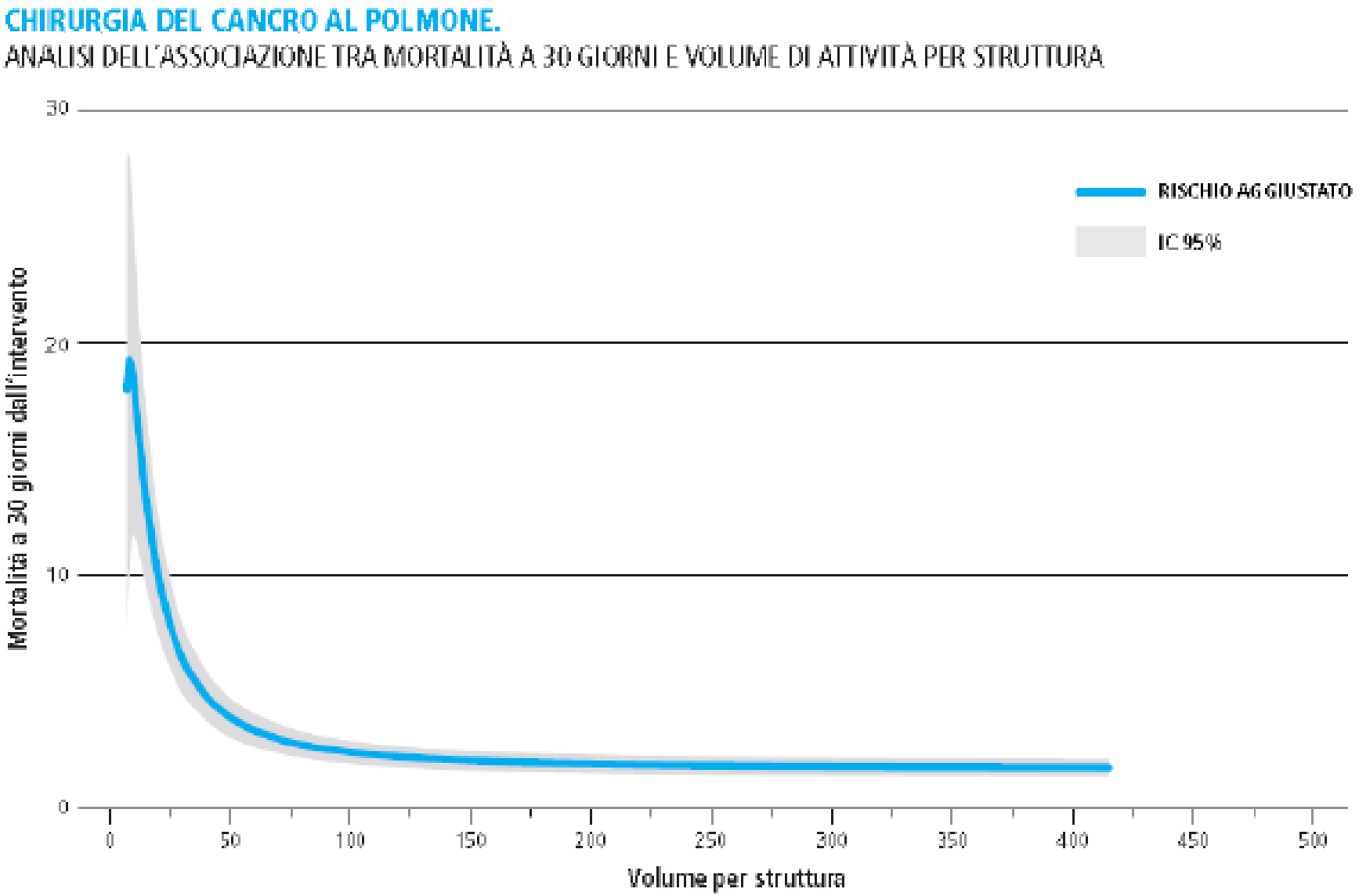
Ministero della Salute  Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

# Programma Nazionale Esiti – PNE Edizione 2018

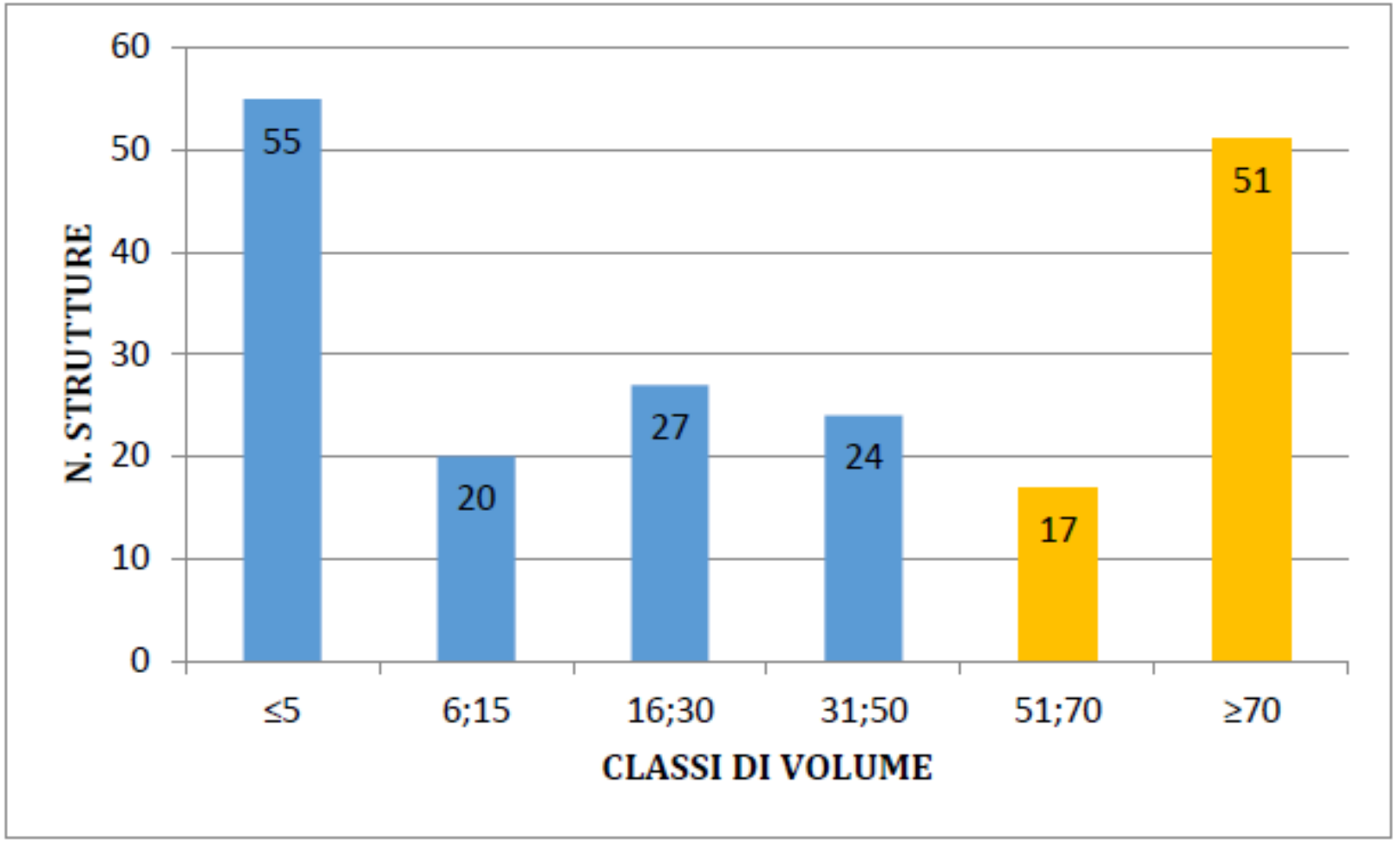
# Dati Agenas 2013

| Tumore | Volume soglia (n.casi) | n. centri sopra soglia in Italia/totale 2013 | | n. centri sopra soglia in Italia/totale 2015 | |
|---|---|---|---|---|---|
| colon | 50-70 | 177/805 | 22% | 177/610 | 29% |
| polmone | 50-70 | 36/231 | 16% | 67/149 | 45% |
| mammella | 150 | 117/784 | 15% | 123/467 | 31% |
| stomaco | 20-30 | 108/662 | 16% | 117/391 | 30% |

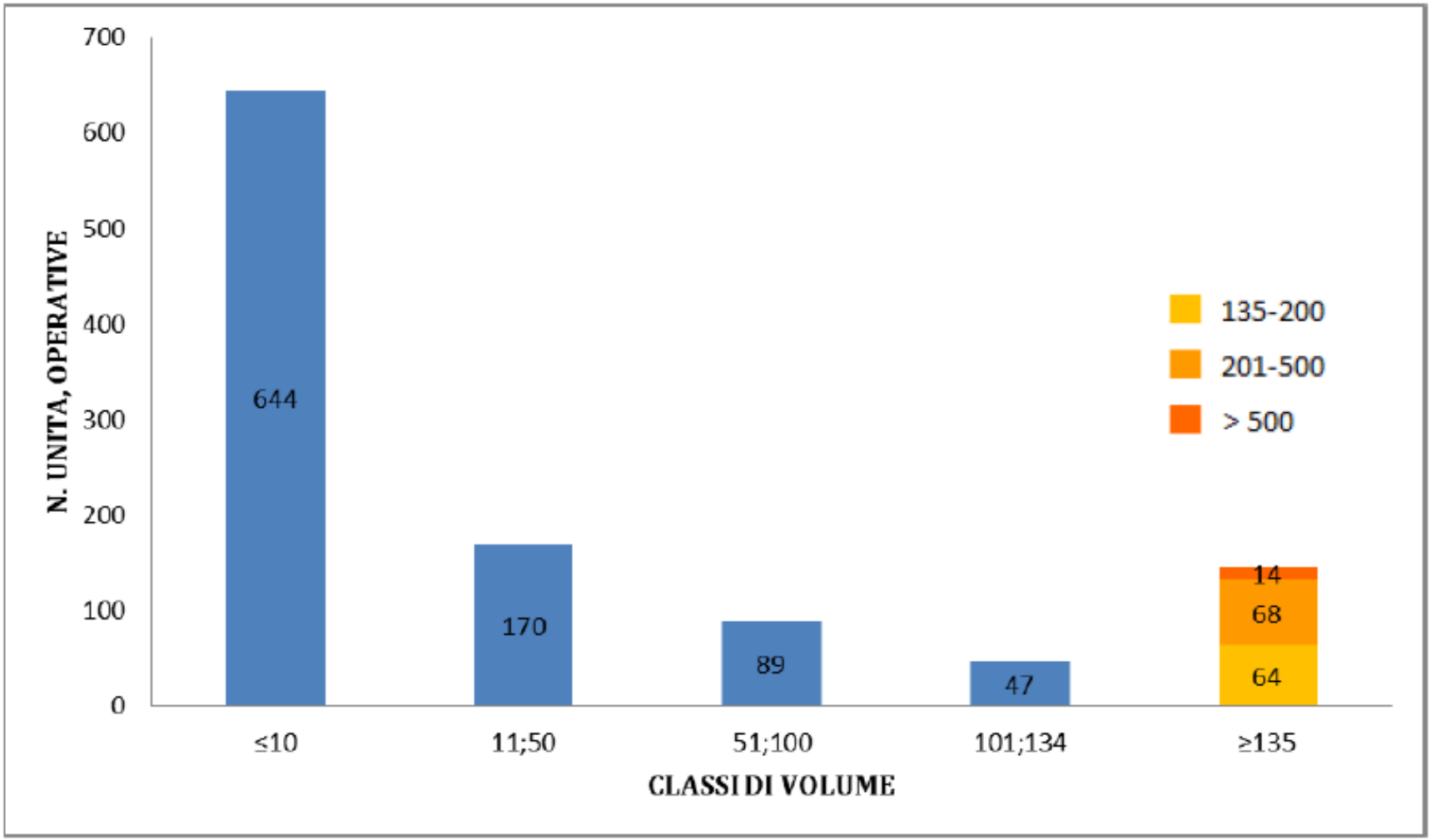
# INTERVENTO CHIRURGICO PER TM POLMONE: VOLUME DI RICOVERI



# INTERVENTO CHIRURGICO PER TM POLMONE: VOLUME DI RICOVERI – ITALIA 2017



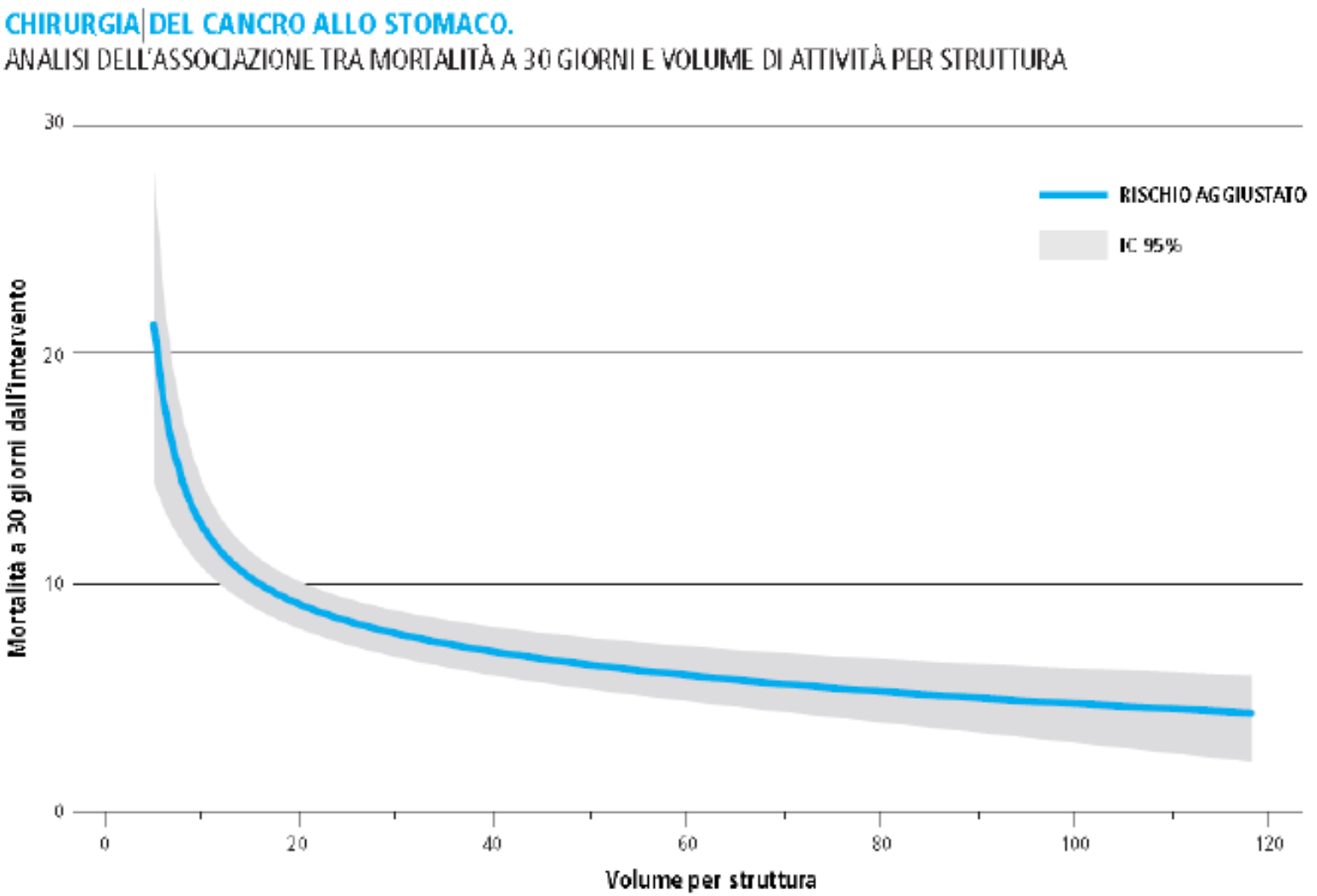
# INTERVENTO CHIRURGICO PER TM MAMMELLA: VOLUME DI RICOVERI – ITALIA 2017



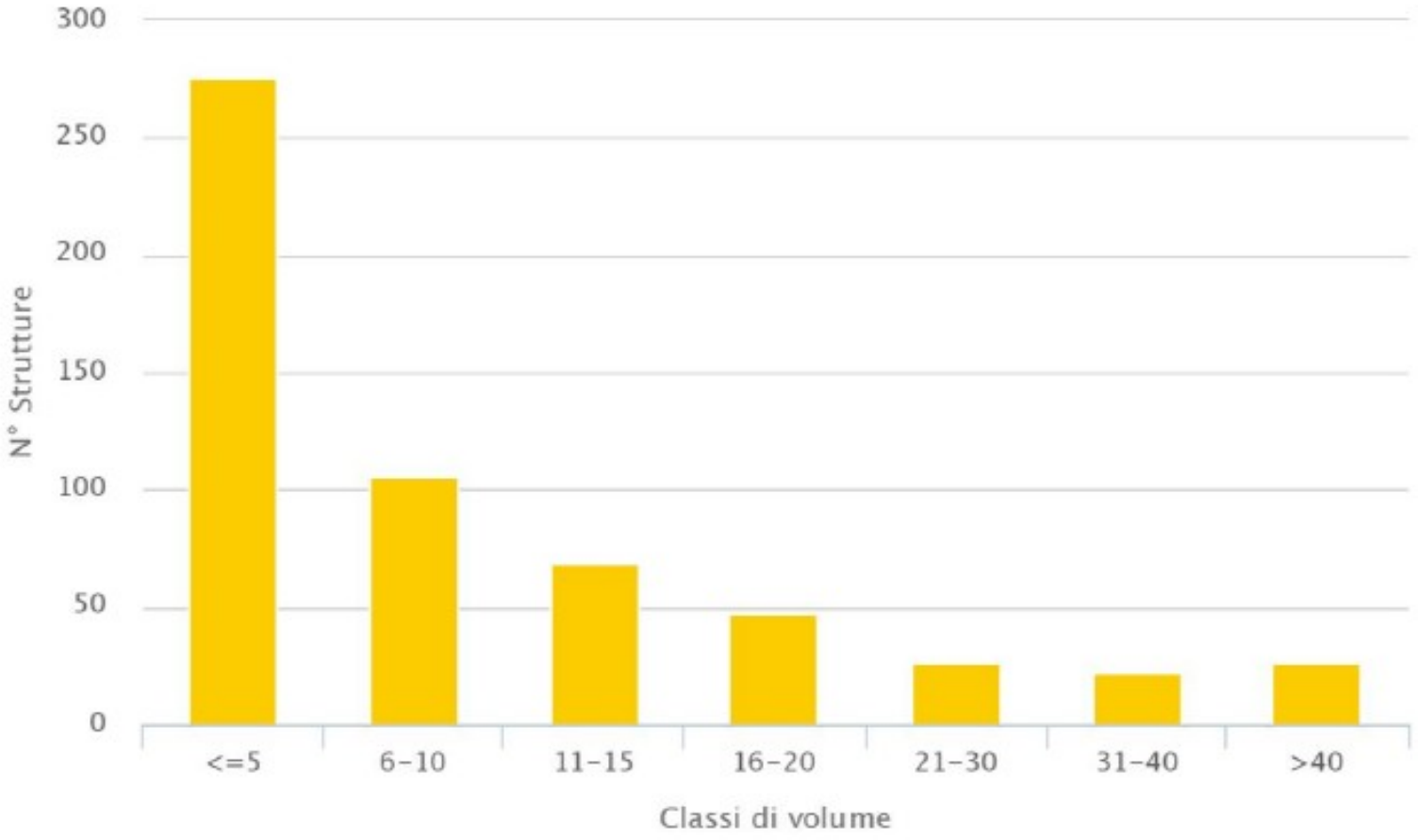
La proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento conservativo per TM della mammella è migliorata nel tempo, passando dal 12.3% del 2010 al 7.4% del 2017e diminuendo anche nell'ultimo anno di misurazione.

La proporzione di interventi di ricostruzione contestuale all'intervento demolitivo per TM della mammella è migliorata nel tempo, passando da 35,5% del 2010 al 50% del 2017 e aumentando anche nel corso del 2017. La media italiana è del 50%.

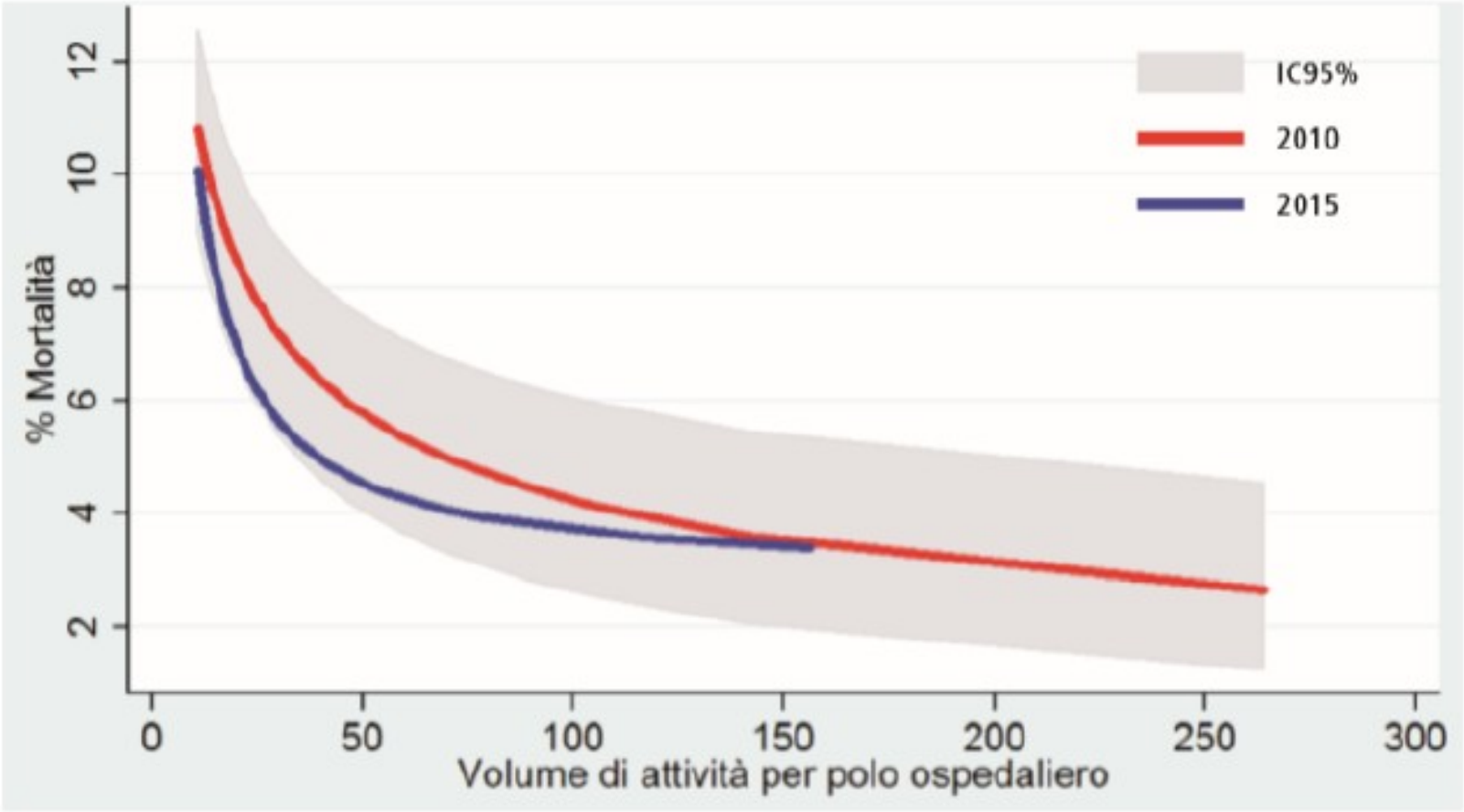
# INTERVENTO CHIRURGICO PER TM STOMACO: VOLUME DI RICOVERI.



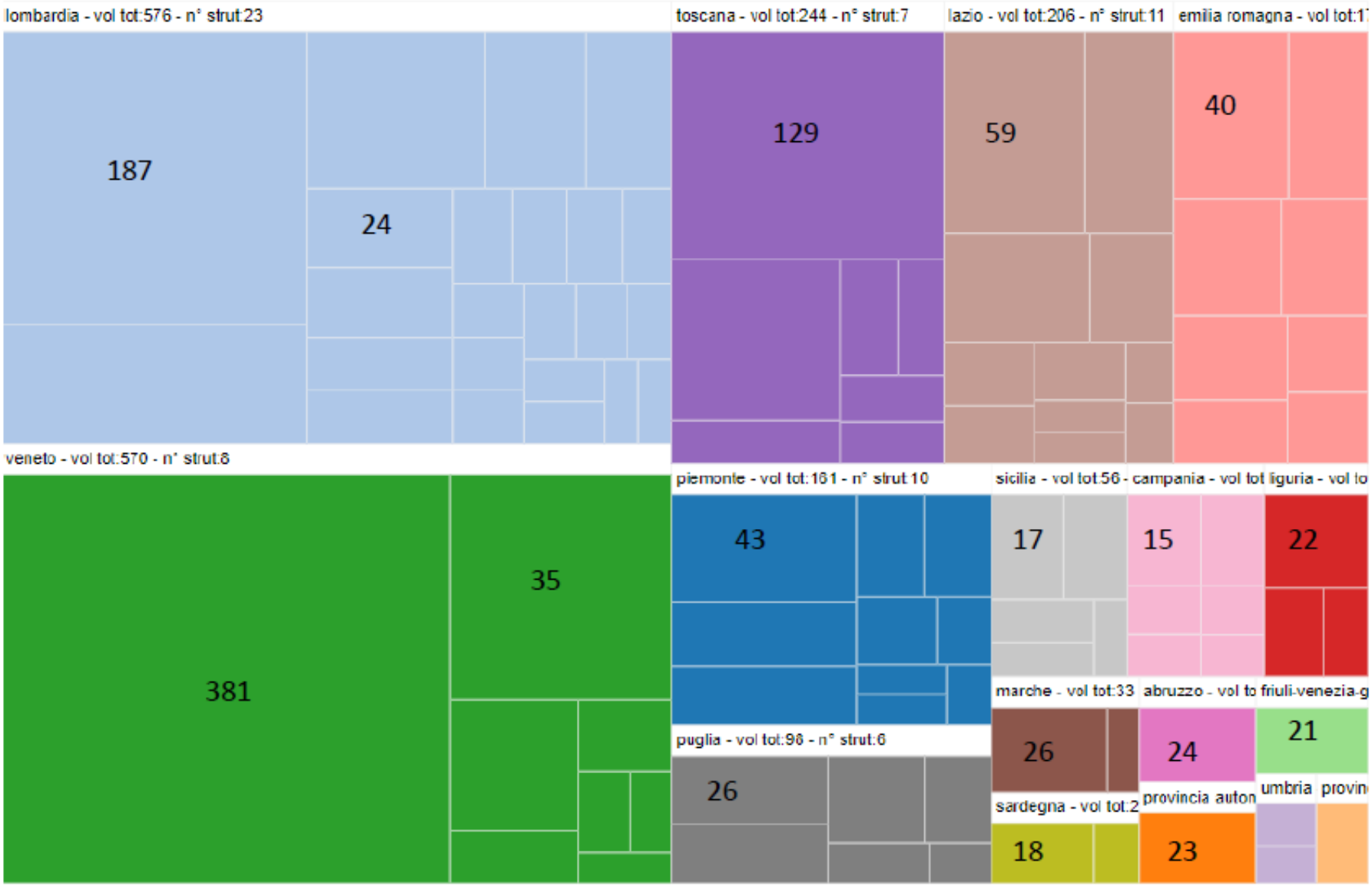
## INTERVENTO CHIRURGICO PER TM STOMACO: VOLUME DI RICOVERI – ITALIA 2017



## CHIRURGIA DEL CANCRO DEL PANCREAS: ASSOCIAZIONE TRA MORTALITÀ A 30 GIORNI E VOLUME DI ATTIVITÀ PER POLO OSPEDALIERO



# INTERVENTO CHIRURGICO PER TM PANCREAS: VOLUME DI RICOVERI-ITALIA 2017



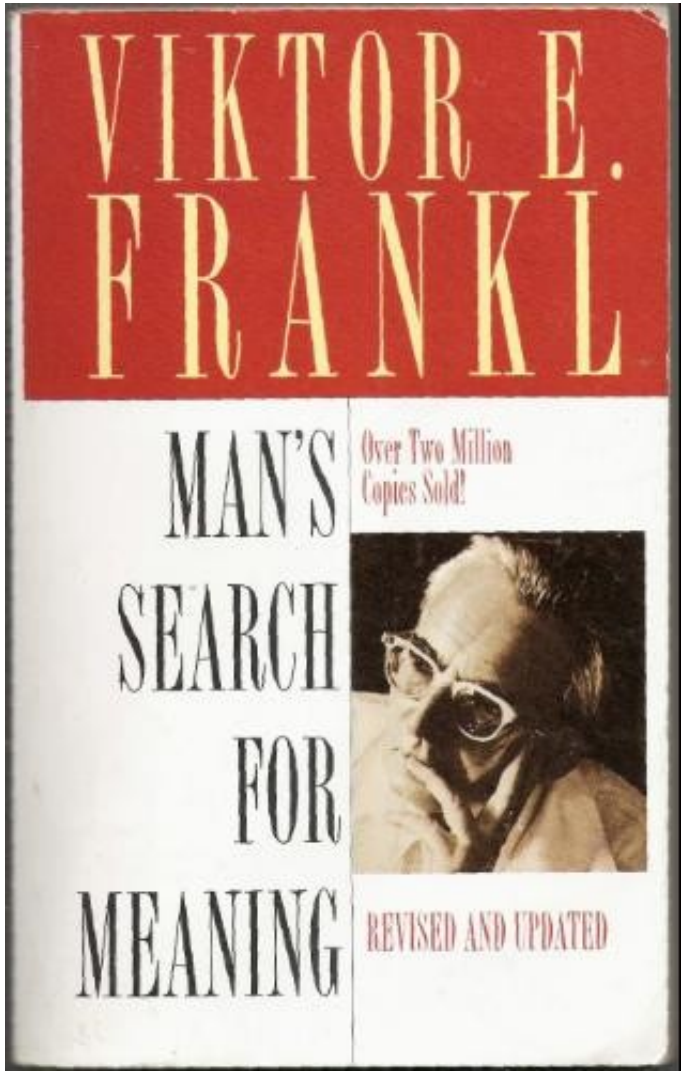
# CAS E GIC:IL REFERENTE deve credere nella Rete!

## CAS

- *Prerequisito: competenza e onestà intellettuale*
- Elasticità
- Rapidità di intervento
- Capacità di comunicazione
- Ruolo di garanzia del PDTA

## GIC

- *Prerequisito: competenza e onestà intellettuale*
- leadership
- Mediazione
- Capacità di interazione
- Ruolo di garanzia del lavoro di Rete




***"Quando non siamo più in grado di cambiare una situazione, pensiamo a una malattia come un cancro incurabile, dobbiamo provare a cambiare noi stessi "***

quotidianosanità.it

Studi e Analisi

Quotidiano on line di informazione sanitaria
08 DICEMBRE 2019



# Per il Censis la sanità italiana è sempre più "privata": il 62% di chi ha avuto una prestazione dal pubblico ne ha pagata una anche nel privato

***Per l'istituto di Giuseppe De Rita, che oggi ha presentato il suo 53° Rapporto sulla situazione sociale del Paese, il rapporto degli italiani con la sanità appare improntato sempre di più a una logica "combinatoria": vale a dire che per avere ciò di cui hanno bisogno si rivolgono in maggioranza sia al pubblico che al privato. Su 100 prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza che i cittadini hanno provato a prenotare nel pubblico, 27,9 sono transitate comunque nella sanità a pagamento.***

# Censis

**Forte poi è la pressione della spesa sanitaria privata:** per l'81,5% degli italiani pesa molto o abbastanza sul bilancio familiare (il 77,8% di chi risiede nel Nord-Ovest, il 76,5% nel Nord-Est, l'82,5% nel Centro, l'86,2% al Sud).

**La solitudine della non autosufficienza.** Oggi in Italia le persone non autosufficienti sono 3.510.000 (+25% dal 2008), in grande maggioranza anziani: l'80,8% ha più di 65 anni. Non è autosufficiente il 20,8% degli anziani.

POLITICA | 3 Dicembre 2019

# In 8 anni 2 miliardi e 42800 lavoratori in meno nella sanità italiana: i dati del rapporto UPB

Tra il 2010 e il 2018, malgrado il parziale recupero nell'ultimo anno, la spesa si è ridotta in valore assoluto di **quasi 2 miliardi**. A questo andamento è corrisposto un ridimensionamento del numero di lavoratori, compresi medici e infermieri, in particolare nelle Regioni in piano di rientro.

Nel 2017 – evidenzia il rapporto – il personale a tempo indeterminato del Ssn risultava inferiore di circa 42.800 unità rispetto al 2008. La contrazione è stata continua a partire dal 2010 e si è concentrata soprattutto nelle Regioni in piano di rientro, dove dal 2008 si riscontrano quasi **36.700 persone in meno**, con un calo del 16,3% in quelle con piano standard e del 4,8 in quelle con piano leggero (nelle Regioni a statuto ordinario senza piano la riduzione è stata del 2,2%; nelle Regioni autonome si è avuto un aumento del 2,4%).

# Da Ufficio Parlamentare di Bilancio

Considerazioni negative anche sulle misure di “welfare aziendale” che «favoriscono un sistema categoriale-corporativo alternativo al servizio pubblico», che si dispiega anche fuori dal campo dei servizi integrativi (essenzialmente rappresentati da odontoiatria e cure a lungo termine). «Assecondare questa tendenza e contemporaneamente continuare nella compressione del finanziamento del servizio pubblico – è il monito dell’Ufficio parlamentare di Bilancio – potrebbe mettere in discussione l’universalità del sistema vigente, laddove il passaggio a un sistema sanitario mutualistico, o addirittura privatistico, potrebbe avere l’effetto di aumentare la spesa complessiva per la sanità, con pressioni anche su quella pubblica».

# Dal CAS di Biella (da N.Benedetto)

## Calendari dedicati al CAS esami strumentali

### Tempi di attesa:

- **TC** entro 15 gg.
- **Rx** entro 1-2 gg.
- **Ecografia** entro 20 gg.
- **Scintigrafia** entro 15 gg.
- **MOC** entro 4 giorni
- **RMN** 2 mesi
- **Ecodoppler** 2 mesi
- **PET** (a Novara 6 gg. A Candiolo 20 gg.)
- **Ecocardiogramma** 1 mese

### Considerazioni:

- I tempi di attesa si riferiscono a pazienti con accesso ambulatoriale
- Per gli esami con tempi di attesa lunghi, si sopperisce con la priorità, ad eccezione della RMN per la quale i tempi non cambiano
- La prenotazione presso altre strutture non sempre è lineare

PIEMONTE I VALLE D'AOSTA

# CAS Biella ( da N.Benedetto)

## Calendari dedicati al PRE-RICOVERO esami strumentali

### Tempi di attesa:

- **TC** entro 5 gg.
- **Rx** non lista attesa
- **Ecografia** non lista attesa
- **Scintigrafia** entro 5 gg.
- **RMN** 1 settimana

### Criticità:

- La RMN mammaria può arrivare a i mese di attesa
- Agobiopsia mammaria può arrivare a due settimane

PIEMONTE | VALLE D'AOSTA

# Altre criticità

- **Anatomia patologica** i tempi di attesa per il referto sono a 1 mese
- Ecoendoscopia + biopsia pancreatica

  Mauriziano

  Candiolo nuova opportunità

  Novara

- Collegamento tra i CAS difficoltoso in quanto procedure e tempi diversi
- Pec non presenti in tutte le Strutture quindi difficoltà di scambio di dati sensibili.

PIEMONTE | VALLE D'AOSTA

# Molinette ( da V.Pace)

## AGENDE INFORMATIZZATE DEDICATE AL CAS

| 2018 | Tempi di attesa |
|---|---|
| TC | 2–6 giorni |
| ECOCARDIOGRAMMA | 15–20 giorni |
| VISITA CARDIOLOGICA | 2–4 giorni |
| RM COLONNA + BACINO | 4 giorni |
| RM FEGATO | 4–6 giorni |
| RM PELVI | 3–5 giorni |
| VISITE DIETOLOGICHE | 10 giorni |
| VISITA CURE PALLIATIVE | 5–8 giorni |
| BIOPSIA OSSEA | 0-7 giorni |
| VISITA PSICONCOLOGICA | 3-5 giorni |
| VISITA PROGETTO FAMIGLIA | 6-8 giorni |

| 2019 | Tempi di attesa |
|---|---|
| TC | 8– 10 giorni |
| ECOCARDIOGRAMMA | 5–8 giorni |
| VISITA CARDIOLOGICA | 2 – 4 giorni |
| RM COLONNA + BACINO | 8- 10 giorni |
| RM FEGATO | 2 – 4 giorni |
| RM PELVI | 2 – 4 giorni |
| VISITE DIETOLOGICHE | 30 giorni |
| VISITA CURE PALLIATIVE | 10 - 12 giorni |
| BIOPSIA OSSEA | 0- 7 giorni |
| VISITA PSICONCOLOGICA | 6- 8 giorni |
| VISITA PROGETTO FAMIGLIA | 10 – 12 giorni |

***salvo urgenze**

# Molinette

## PRENOTAZIONE VIA FAX / TELEFONICHE

| 2018 | Tempi di attesa |
|---|---|
| • ECOENDOSCOPIA | 15 - 20 giorni |
| • RM ENCEFALO | 5 – 8 giorni |
| • ECODOPPLER | 6 – 8 giorni |
| • VISITA CHIRURGICA | 2 – 4 giorni |
| • POSIZIONAMENTO CVC | 6 – 8 giorni |
| • VISITA RADIOTERAPICA | 8 – 10 giorni |
| • VISITA GASTROENTEROLOGICA | 4 giorni |
| • VISITA REUMATOLOGICA | 6 – 8 giorni |
| • VISITA NEFROLOGICA | 6 – 8 giorni |

*Da V.Pace*

| 2019 | Tempi di attesa |
|---|---|
| • ECOENDOSCOPIA | 15 - 20 giorni |
| • RM ENCEFALO | 5 – 8 giorni |
| • ECODOPPLER | 6 – 8 giorni |
| • VISITA CHIRURGICA | 2 – 4 giorni |
| • POSIZIONAMENTO CVC | 6 – 8 giorni |
| • VISITA RADIOTERAPICA | 8 – 10 giorni |
| • VISITA GASTROENTEROLOGICA | 4 giorni |
| • VISITA REUMATOLOGICA | 6 – 8 giorni |
| • VISITA NEFROLOGICA | 6 – 8 giorni |

*salvo urgenze

# Valle d'Aosta ( da V.Poussin)

## DATI ATTIVITA'

| Esami/Visite | 2018 264 pazienti (mag-dic) | 2019 376 pazienti (gen-ott) | Modalità di prenotazione | Tempo medio di attesa |
|---|---|---|---|---|
| TAC | 118 | 200 | Agende informatizzate | 6 gg |
| PET | 59 | 81 | Via fax | 4 gg |
| RMN | 31 | 55 | Via mail | 13 gg |
| ECOGRAFIA | 12 | 23 | Agende informatizzate | 3 gg |
| SCINTIGRAFIA | 12 | 18 | Via fax | 5 gg |
| PRELIEVO | 132 | 197 | Su sistema informatico c/o CAS | 1 gg |
| ECOCARDIO | 13 | 25 | Via telefono | 8 gg |

# *Il problema di starci dentro….tempi e spazi insufficienti…*

Sanità24 | Il Sole 24 ORE



17 apr 2018

SEGNALIBRO ☆
FACEBOOK f
TWITTER

LAVORO E PROFESSIONE

# Il burnout dell'oncologo, quando il medico diventa paziente

di *Gabriella Pravettoni (professore ordinario di Psicologia delle Decisioni presso l'Università degli Studi di Milano e Direttore della Divisione di Psiconcologia dell'Istituto Europeo di Oncologia)*

In Europa il 71% degli oncologi è in burnout, un problema gravissimo e sottovalutato che riguarda soprattutto i giovani medici . Tra le priorità: sviluppare interventi preventivi e terapeutici individuali e di gruppo che si intersechino strettamente con gli interventi di formazione degli operatori

Ann Oncol. 2017 Jul 1;28(7):1590-1596. doi: 10.1093/annonc/mdx196.

# Professional burnout in European young oncologists: results of the European Society for Medical Oncology (ESMO) Young Oncologists Committee Burnout Survey.

Banerjee S[1], Califano R[2], Corral J[3], de Azambuja E[4], De Mattos-Arruda L[5], Guarneri V[6], Hutka M[7], Jordan K[8], Martinelli E[9], Mountzios G[10], Ozturk MA[11], Petrova M[12], Postel-Vinay S[13], Preusser M[14], Qvortrup C[15], Volkov MNM[16], Tabernero J[5], Olmos D[17,18], Strijbos MH[19].

Volume 28, Issue 7
July 2017

737 surveys (all ages) were collected from 41 European countries.

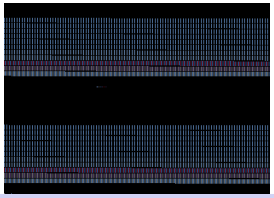
**Seventy-one percent of YOs showed evidence of burnout** (burnout subdomains: depersonalization 50%; emotional exhaustion 45; low accomplishment 35%).

In multivariable linear regression analyses, European region, **work/life balance, access to support services, living alone and inadequate vacation time remained independent burnout factors** ($P < 0.05$).

# Gli scogli quotidiani ( voci dalla miniera…)

- Personale  invecchiato e invariato numericamente  negli anni
- Aumento del lavoro e dei malati
- Aumento della complessità
- Carenza assoluta di supporto informatico
- Difficoltà a trovare tempi e spazi
- Overbooking di riunioni
- Mancato turn over dei professionisti e specialisti di altre specialità
- Crisi sociale e economica
- Ostacoli a vari livelli al rimanere “autentici” e fedeli ai propri valori fondanti

# Eppure il lavoro di rete ….



Non è un modello teorico fine a se stesso!

È un obbligo etico che consente di non lasciare sole le Persone.

È l'unico modello sostenibile che non fa risparmiare risorse ( questa è una chimera!) ma consente di valorizzare le expertises che si sono consolidate negli anni a vantaggio di Tutti e ottimizzare i percorsi.

Centralizza la chirurgia a alto impegno tecnologico ma periferizza la presa in carico e la gestione della cronicità oncologica.

Consente di condividere le conoscenze scientifiche e di innalzare la qualità globale dell'assistenza.

#FAVOPLVdA

FAVO
Piemonte, Liguria, Valle d'Aosta

# Lo sguardo sul futuro

Abbandonare la logica del «fatturato» aziendale ( che può portare a inappropriatezza) a favore della **reale presa in carico globale** di malato e famiglia

Attuare analisi organizzative in termini di **«percorso di cura» uscendo dalla logica a «silos»**

Monitorare l'effettiva **accessibilità dei servizi**

Premiare la **competenza « vera»,** l'unica che può ridurre i costi in sanità

avviare **sinergie tra Reti vicine** superando la stretta regionalizzazione

Prevedere una maggiore **integrazione tra la Rete oncologica e la Rete delle cure palliative**

Favorire le **sinergie con la Rete del volontariato**

F.A.V.O.
Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia

# La vision in un mondo che cambia

Rinforzare la parte “sana” delle persone e non ricorrere i singoli problemi della parte malata…..( e lo dicevano pure i Cinesi… 3000 aa or sono…) che vuole dire:

- Prevenzione
- Qualità della vita e riabilitazione
- Attenzione agli aspetti “ cognitivi” della malattia mirando all’empowerment delle persone
- Sinergia tra reti sanitarie, socio sanitarie e di sostegno compreso il terzo settore

Se tutti i piemontesi seguissero le 12 raccomandazioni del codice europeo contro il cancro.....

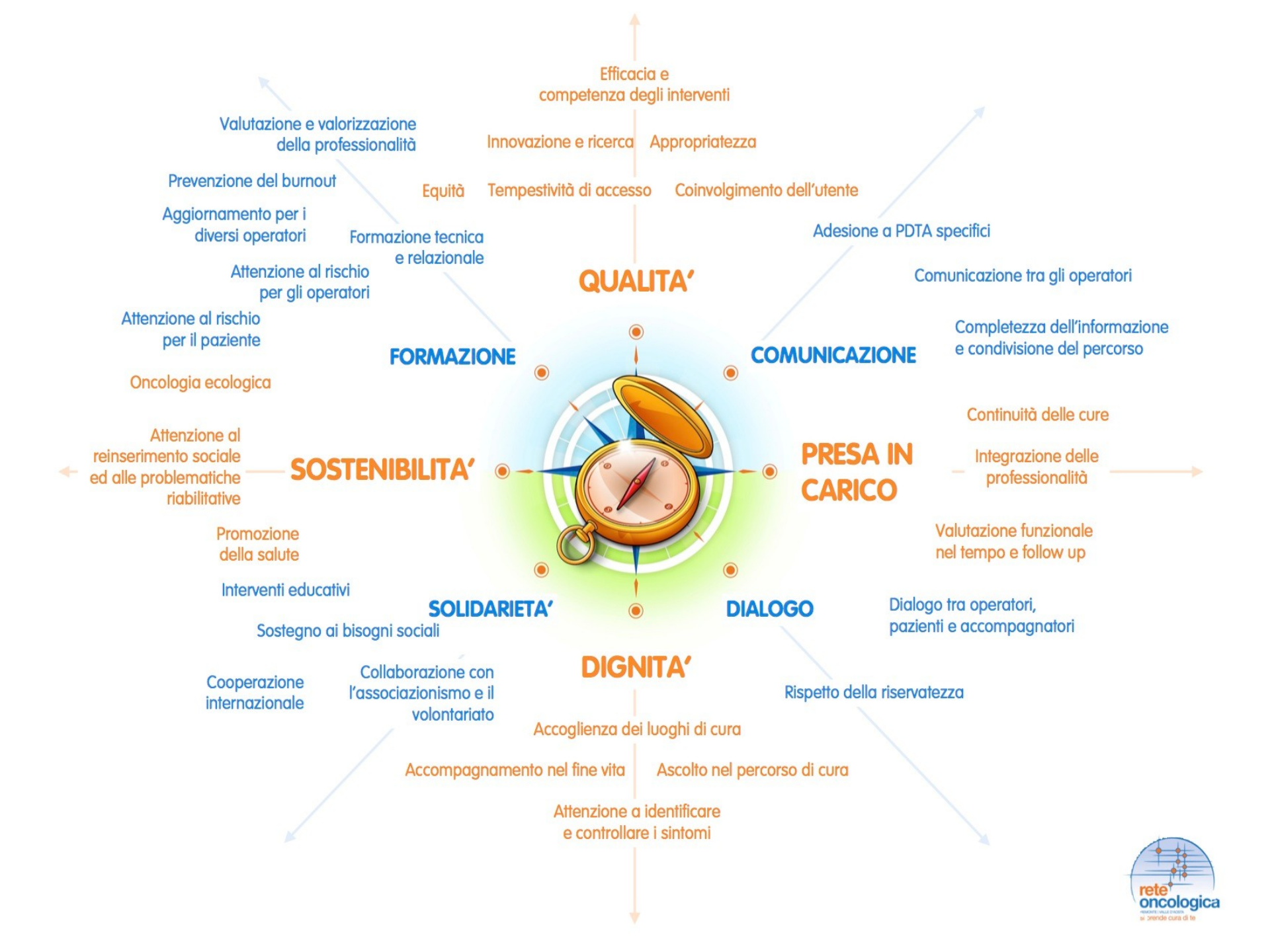
È stato stimato che si potrebbero evitare circa la **metà dei tumori***

* **https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/it/**

CPO
Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte

RETE PER LA PREVENZIONE

***Al mare, lungo la spiaggia, spesso incontravo Olindo, "il pescatore".***
***Lo ricordo seduto sulla sponda della sua barca, nell'atteggiamento di chi conversa con gli amici, mentre riassetta la sua rete da pesca. Raramente lo vedevo nell'atto di buttare la rete in mare o in quello di ritirarla in barca. Eppure, nel suo mercatino che teneva in piazza, non mancava mai il pesce, sempre fresco e abbondante.***
***Un giorno lo vidi come sempre intento a cucire le reti. Mi decisi a porgli una domanda che da tempo volevo rivolgergli: "Come mai ti vedo sempre a riassettare le reti? Quando vai a pescare?"***
***"Ovviamente pesco qualche ora e di notte – mi rispose con la pacatezza propria del pescatore – Anni fa, inesperto com'ero, passavo lunghe ore in barca per la pesca… che non mi rendeva come ora. Avevo troppa fretta di prendere il pesce e non mi curavo della rete, né mi concedevo il tempo di aggiustarla. Il pesce era abbondante, entrava in rete, ma mi scappava quasi tutto attraverso le smagliature. Ora l'esperienza mi ha insegnato che ogni giorno, prima di uscire per la pesca, è importante e prezioso il tempo che dedico a cucire gli strappi. Esco in mare con una rete buona e corredata di una lampara. Bastano poche ore per prendere il pesce che è necessario.***
***Ecco perché dedico la maggior parte del mio tempo a cucire "*** *( presentazione a Biella 2008)*


Efficacia e
competenza degli interventi
Innovazione e ricerca
Appropriatezza
Equità
Tempestività di accesso
Coinvolgimento dell'utente
QUALITA'
Valutazione e valorizzazione
della professionalità
Prevenzione del burnout
Aggiornamento per i
diversi operatori
Formazione tecnica
e relazionale
Attenzione al rischio
per gli operatori
Attenzione al rischio
per il paziente
FORMAZIONE
Oncologia ecologica
Adesione a PDTA specifici
Comunicazione tra gli operatori
COMUNICAZIONE
Completezza dell'informazione
e condivisione del percorso
Continuità delle cure
Attenzione al
reinserimento sociale
ed alle problematiche
riabilitative
SOSTENIBILITA'
PRESA IN
CARICO
Integrazione delle
professionalità
Promozione
della salute
Valutazione funzionale
nel tempo e follow up
Interventi educativi
SOLIDARIETA'
DIALOGO
Dialogo tra operatori,
pazienti e accompagnatori
Sostegno ai bisogni sociali
Cooperazione
internazionale
Collaborazione con
l'associazionismo e il
volontariato
DIGNITA'
Rispetto della riservatezza
Accoglienza dei luoghi di cura
Accompagnamento nel fine vita
Ascolto nel percorso di cura
Attenzione a identificare
e controllare i sintomi