



Salute prima di tutto,
Sanità per tutti.

13ª Conferenza Nazionale GIMBE
Bologna, 2 marzo 2018

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

"La Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta 20 anni dopo"

Oscar Bertetto
Direttore Dipartimento
Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta



Dichiarazione di trasparenza delle fonti di finanziamento e dei rapporti con soggetti portatori di interesse commerciali relativi agli ultimi due anni

Il sottoscritto **Oscar Bertetto**
in qualità di moderatore/relatore/discussant alla
13ª Conferenza Nazionale GIMBE – Bologna, 2 marzo 2018 -

ai sensi dell' art. 3.3 sul Conflitto di Interessi, pag 17 del Reg. Applicativo
dell' Accordo Stato-Regione del 5 novembre 2009

Dichiara che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti con
Società Organizzatrici di Convegni: Over Srl – Clinical Forum Srl –
Università' degli Studi di Torino – Rutimes Srl – Summeet Srl M.A.F.
Servizi Srl – Teseo Srl – Healthdata Consulting Srl.

Oscar Bertetto

BACKGROUN D

Rete



- Forma organizzativa che mette insieme soggetti diversi, di per sé autonomi, quando si aprono spazi per rendere conveniente la collaborazione invece della competizione.
- Promuove lo scambio o la messa in comune di prodotti e/o servizi, in equilibrio tra gerarchia e mercato.
- Serve a migliorare l'out put (crescita di efficacia) risparmiando risorse per economie di scala (crescita dell'efficienza).

BACKGROUND

Esempi provenienti dal mondo imprenditoriale italiano

Modello in rete di piccole e medie imprese come modello vincente →

- Distretto tessile di Biella.
- Distretto calzaturiero delle Marche.
- Distretto orafa di Vicenza.

- Migliora la competitività.
- Aggrega soggetti accomunati da affinità del prodotto e, definendo strategia comuni, li aiuta a distinguersi sul mercato.
- Aumenta la capacità innovativa.
- Facilita la circolazione del know how.

OBIETTIVI

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 nelle scale operative di molti processi tecnici (anche per via della iperspecializzazione).
- 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.

OBIETTIVI

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

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

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



METODI

REGIONE PIEMONTE

- La Rete Oncologica nasce come progetto sperimentale** con una delibera della Regione Piemonte.
(D.G.R. N. 446 – 28.1 del 27.11.1998)
- Estensione del progetto alla Valle d'Aosta** con la firma di una convenzione tra le due regioni.
(D.G.R. n.48-9824 del 30.06.2003)
- Approvazione delle linee guida metodologico-organizzative** per due nuove modalità assistenziali:
CENTRO ACCOGLIENZA E SERVIZI - GRUPPI INTERDISCIPLINARI CURE
(D.G.R. n. 26-10193 del 01.08.2003)

METODI

REGIONE PIEMONTE D.G.R. N. 31-4960 del 28.11.2012

La svolta

**MESSA A REGIME DEL
DIPARTIMENTO FUNZIONALE
INTERAZIENDALE E
INTERREGIONALE
RETE ONCOLOGICA
PIEMONTE E VALLE D'AOSTA**

METODI

CAS: Centro Accoglienza e Servizi

In grado di garantire in modo coordinato, appropriato e tempestivo gli esami di diagnosi e stadiazione

INFERMIERE
 MEDICO
 AMMINISTRATIVO

↓

AGGIORNAMENTO 2015:

PSICONCOLOGO
 ASSISTENTE SOCIALE

EVENTUALE ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO
(trasporto, tisaneria...)

D.G.R. n. 51 – 2485-23.11.2015

METODI

CAS in funzione : 39 + 1

Piemonte Sud-Est:	7
Piemonte Sud-Ovest:	5
Piemonte Nord-Est:	6
Torino Nord:	7
Torino Ovest:	7
Torino Sud-Est:	7
+ Valle d'Aosta:	1



METODI

Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta

Il medico del CAS,
validato il sospetto diagnostico che ha richiesto la prestazione,
utilizza l'esenzione 048 provvisoria per i soli esami di diagnosi e stadiazione previsti per ciascun tumore dai piani diagnostico-terapeutico-assistenziali elaborati dai gruppi interdisciplinari cure (GIC) e confermati dal Dipartimento.

METODI

INDICATORI CAS

- Disponibilità di almeno 4 ore giornaliere di servizio al pubblico da parte del medico, infermiere e amministrativo e disponibilità telefonica di almeno 2 ore.
- Presenza di linea telefonica riservata per il collegamento tra CAS.
- Tempo di prenotazione tra visita CAS ed erogazione visita CAS.
- Tempo tra visita CAS e visita GIC (tempo di diagnosi e stadiazione della neoplasia).
- Numero di esenzioni ticket annullate o revocate/numero esenzioni ticket erogate o consegnate.

METODI

D.G.R. n. 51 – 2485-23.11.2015

G.I.C: Gruppo Interdisciplinare e Cure

- Stesura PDTA
- Discussione casi clinici
- Discussione indicatori
- Audit tra pari

- 1 responsabile unico del Gruppo,
- 1 referente unico per singola disciplina

interlocutori del Dipartimento della Rete Oncologica e garanti della qualità delle prestazioni, che sarà monitorata con gli opportuni indicatori.

RISULTATI

REGIONE PIEMONTE
GIUNTA REGIONALE

Verbale n. 94
2015
Adunanza 23 novembre

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.

RISULTATI

CENTRI DI RIFERIMENTO

L'identificazione per le diverse neoplasie si è basata su:

- incidenza epidemiologica della neoplasia
- volume di attività appropriata
- esperienza richiesta agli operatori
- tecnologie necessarie
- corretta modalità organizzativa

RISULTATI

CDR/Patologia/Area

TUMORI DELLA MAMMELLA

Centri Hub previsti: 16 + 1

♦ Piemonte Sud-Est:	3
♦ Piemonte Sud-Ovest:	3
♦ Piemonte Nord-Est:	3
♦ Torino Nord:	2
♦ Torino Ovest:	3
♦ Torino Sud-Est:	2
♦ + Valle d'Aosta:	1



RISULTATI

CDR/Patologia/Area

TUMORI TORACO-POLMONARI

Centri Hub previsti: 6 + 1

Trattandosi di neoplasie epidemiologicamente molto diffuse e operabili soltanto in numero limitato di casi

è prevista la stesura di un PDTA unico di area

che preveda l'invio ai Centri di Riferimento dei pazienti operabili, il trattamento radioterapico e chemioterapico presso sedi predefinite e le cure palliative diffuse in tutte le Aziende

RISULTATI

CDR/Patologia/Area

TUMORI TORACO-POLMONARI

Centri Hub previsti: 6 + 1

♦ Piemonte Sud-Est:	1	→ A.O.Alessandria
♦ Piemonte Sud-Ovest:	1	→ A.O.Cuneo
♦ Piemonte Nord-Est:	1	→ A.O.U. Novara
♦ Torino Nord:	1	→ Ospedale San G. Bosco
♦ Torino Ovest:	1	→ A.O.U San Luigi di Orbassano
♦ Torino Sud-Est:	1	→ A.O.U. Città della Salute e della Scienza
+ Valle d'Aosta:	1	→ Ospedale Aosta

INDICATORI DI PROCESSO

ESOFAGO → % di pazienti con intervallo tra visita GIC e inizio dei trattamenti non superiore a 22 gg,
 → tempo mediano tra visita GIC e inizio dei trattamenti,
 → % dei pazienti che interrompono la CT- RT associate per tossicità e complicanze.

INDICATORI DI ESITO – 1. → Un esempio**UROLOGICI**

RENE → % pazienti operati con metodo “NEPHRON SPARING” rispetto al totale degli interventi chirurgici effettuati nei casi T1.

PROSTATA → % pazienti che necessitano di pannoloni alla visita di follow up ad 1 anno dalla prostatectomia,
 → % pazienti con proctite G3 – G4 dopo RT, documentata alla visita di follow up ad 1 anno.

IND. DI ESITO - 2. → Raccolta Centralizzata

La valutazione comparativa degli esiti è stata realizzata dal Centro di Prevenzione Oncologica - CPO Piemonte - per le competenze statistiche ed epidemiologiche, in collaborazione con la Rete Oncologica.
 L'impianto analitico adottato è in linea con il Programma Nazionale Esiti.
 Rispetto alla metodologia adottata a livello nazionale, l'analisi utilizza come valore di riferimento la media regionale e applica metodologie statistiche che consentono di stimare gli effetti anche per strutture con un basso numero di casi operati.

IND. DI ESITO - 3. → Raccolta Centralizzata**I dati monitorati riguardano il primo trattamento chirurgico:**

- mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico (solo per le strutture eroganti);
- mortalità a 90 giorni dall'intervento chirurgico (solo per le strutture eroganti);
- mortalità a 1 anno dall'intervento chirurgico (sia per le ASL di residenza che per le strutture eroganti).

IND. DI ESITO - 4. → Raccolta Centralizzata**I dati monitorati riguardano le seguenti patologie:**

- tumore del colon
- tumore del retto
- tumore dell'esofago
- tumore dello stomaco
- tumore del pancreas
- tumore del polmone
- tumore del SNC
- tumore della vescica

Usi corretti e possibili iniziative da promuovere:

- ...
- **CONDURRE AUDIT LOCALI** per confermare l'eventuale problema segnalato, approfondire l'analisi includendo altri indicatori di processo e di esito, identificare gli aspetti suscettibili di miglioramento, attivare strategie di correzione e, successivamente, valutare i risultati ottenuti.

AUDIT CLINICI

- ♦ Individuazione e formazione di un gruppo multiprofessionale di operatori per ciascuna patologia neoplastica per eseguire le visite locali di **AUDIT TRA PARI**.
- ♦ Relazione scritta dell'esito degli audit e invio della stessa al settore assistenza specialistica e ospedaliera della Direzione Regionale Sanità.

FORMAZIONE:

- ♦ TUMORI DELLA MAMMELLA E GINECOLOGICI
- ♦ TUMORI TESTA-COLLO E TORACO-POLMONARI
- ♦ TUMORI GASTRICI E DEL COLON-RETTO

RISULTATI




**CONDUZIONE DI
AUDIT CLINICI
della qualità dell'assistenza
nella Rete Oncologica
del Piemonte e della
Valle d'Aosta:
IL TRATTAMENTO DEL
TUMORE OVARICO
05/2017**

Obiettivo generale

Migliorare la qualità dell'assistenza dei pazienti oncologici residenti in Piemonte e Valle d'Aosta.

In particolare il presente protocollo è rivolto alla valutazione del trattamento erogato alle pazienti con carcinoma dell'ovaio alla diagnosi e alla progressione/recidiva di malattia.

LIMITI

L'informatizzazione dovrebbe:

- consentire a tutti i punti della rete di accedere alle informazioni caratterizzanti la storia clinica del paziente,
- prevedere un sistema dedicato di prenotazione degli esami,
- definire "pacchetti di esami" per diagnosi, stadiazione, monitoraggio dei trattamenti e follow up in modo da indurre appropriatezza prescrittiva, tempestività esecutiva, economicità gestionale.

LIMITI

Le infrastrutture di sistema:

- laboratorio per le indagini di oncologia molecolare e genomica con relativa piattaforma per la gestione delle informazioni, biobanca dei tessuti,
- rivalutazione centralizzata di preparati anatomico patologici relativi a istotipi rari e di difficile caratterizzazione,
- logistica per il trasferimento dei campioni biologici,
- struttura centralizzata per la raccolta e valutazione degli indicatori, promozione delle azioni correttive anche con l'organizzazione di audit locali.

LIMITI

Promozione della ricerca clinica con:

- semplificazione delle procedure,
- rapporto unificato con il comitato etico,
- standardizzazione delle procedure per i contratti,
- piattaforme informatiche di raccolta dati,
- servizi centralizzati di coordinatori della ricerca e data manager.



LIMITI

Bisognerebbe spostare l'attenzione da:

↓ Studi su un singolo farmaco	→	strategia terapeutica	→	strategia assistenziale
↓ Attività	→	efficacia	→	costo-efficacia
↓ Gruppi di paz. selezionati	→	gruppi di popolazione		
↓ Tecnologie	→	individuo		
↓ Ricerca medica	→	ricerca infermieristica		
	→	ricerca multidisciplinare		
↓ Trials esplicativi	→	trials pragmatici		
↓ Cure attive	→	cure palliative		
↓ Quantità di vita	→	qualità di vita		

CONCLUSIONI

**FORMAZIONE
DI RETE**



AMBITO ORGANIZZATIVO

AMBITO CLINICO

AMBITO ASSISTENZIALE

AMBITO RELAZIONALE

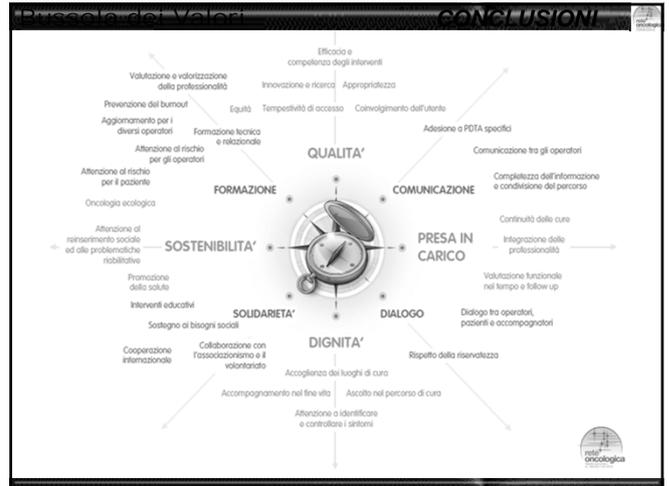
**AMBITO MOTIVAZIONALE
EDUCATIVO**

**AMBITO PREVENZIONE
BURNOUT**

CONCLUSIONI

INVESTIRE SULLA FORMAZIONE

- ◆ **riduce gli errori**
- ◆ **migliora la qualità dell'assistenza**
- ◆ **riduce le esperienze negative dei pazienti**
- ◆ **riduce gli sprechi**
- ◆ **riduce la variabilità nella pratica clinica**
- ◆ **riduce l'adozione acritica di interventi a basso valore innovativo**
- ◆ **riduce il ritardo nella introduzione di interventi ad elevato valore innovativo**
- ◆ **riduce l'incapacità di riconoscere la propria ignoranza e i giusti dubbi**



CONCLUSIONI

LA RIDUZIONE DEGLI SPRECHI

Semplificare	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> complicazione è spreco
Lavorare insieme	<input type="checkbox"/> non cooperazione è spreco
Coinvolgere i pazienti	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> tenerli in silenzio è spreco
Gestire i rapporti con la politica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ingenuità è spreco
Essere pragmatici	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> volare troppo in alto è spreco
Diventare autonomi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dipendenza è spreco
Agire velocemente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ritardo è spreco
Diffondere informazioni e conoscenze	<input type="checkbox"/> isolamento è spreco
Fare scelte chiare	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> confusione è spreco
Essere determinati	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> indecisione è spreco
Essere ottimisti e propositivi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pessimismo e lagnanza sono spreco

(Berwick T.- modificato)