



**Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute
Dipartimento Oncologia**

Rimini, 21-23 Novembre 2014

Dipartimento Oncologia (1 di 2)

A seguito di un lungo percorso di confronto, condivisione di idee e discussione, protratto nell'arco dell'intero anno grazie ai periodici meeting scientifici promossi da **FederAnziani** e da **Coorte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute**, il Dipartimento Oncologia è arrivato a definire le principali **CRITICITÀ** che il nostro SSN presenta in tale ambito, e le possibili e più concrete **SOLUZIONI** implementabili per superarle.

Dipartimento Oncologia (2 di 2)

Si ringrazia per il prezioso contributo e per l'impegno assicurato durante tutto l'anno:

•**Roberto Bartoletti**

Coordinatore UO Riabilitazione Oncologica e Flebolenfologica - Istituto Dermatologico dell'Immacolata – Roma

•**Gianni Biolo**

Presidente SIMPE – Società Italiana Nutrizione Artificiale e Metabolismo – Trieste

•**Luciana Cacciotti**

FIMMG – Roma

•**Paolo Carlini**

Responsabile Terapie Oncologiche Ambulatoriali per i Tumori Endocrini – Istituto Nazionale Tumori Regina Elena – Roma

•**Vincenzo Ciciarella**

FIMMG - Torino

•**Anna Costantini**

Presidente SIPO – Società Italiana di Psiconcologia Azienda Ospedaliera Sant'Andrea – Roma

•**Mauro Dauri**

AISD – Associazione Italiana per lo Studio del Dolore – Roma

•**Luca Giannotti**

Vice Presidente SIMPE – Società Italiana Nutrizione Artificiale e Metabolismo – Milano

•**Ester Giaquinto**

Servizio di Dietetica e Nutrizione Aziendale Azienda AUSL Cesena – Cesena

•**Franco Grifoni**

FIMMG – Arezzo

•**Maria Sole Lancia**

Psicologa Clinica, Psicoterapeuta – Roma

•**Andrea Losa**

Oncologia Urologica – Istituto San Raffaele – Milano

•**Paolo Marchetti**

Presidente SIMEP – Società Italiana Medicina Personalizzata – Roma

•**Maria Alessandra Mirri**

Direttore UOC Radioterapia – Capo Dipartimento Scienza Radiologiche e Medicina di Laboratorio – San Filippo Neri – Roma

•**Maurizio Muscaritoli**

Past President SIMPE – Società Italiana Nutrizione Artificiale e Metabolismo – Roma

•**Giuseppe Novelli**

Genetista, Rettore Università Tor Vergata – Roma

•**Salvatore Ricci**

U.O.D. Nutrizione Clinica – Dipartimento Medicina Clinica Policlinico Umberto I – Roma

•**Mario Rosselli**

Direttore Dipartimento Oncologia Medica Università Tor Vergata – Roma

•**Maurizio Simmaco**

Direttore del Dipartimento Diagnostica Molecolare Avanzata – Università di Roma La Sapienza – AO Sant'Andrea – Roma

•**Alberto Sobrero**

U.O. Oncologia Medica IRCCS A.O.U. San Martino – IST – Genova

•**Donatella Tirindelli Danesi**

Presidente FIRR – Federazione Italiana Ricerche sulle Radiazioni – Roma

•**Patrizia Vici**

Direttore Unità di Oncologia della Mammella – IFO – Istituti Fisioterapici Ospedalieri - Roma

Risultati:

**Produzione di un Percorso Diagnostico
Terapeutico Assistenziale condiviso tra
ospedale e territorio per i Pazienti oncologici
anziani:**

CRITICITA' E SOLUZIONI (1 di 9)

Riduzione dei tempi diagnostici attraverso l'inserimento dei MMG nei percorsi assistenziali della Rete Oncologica Regionale:

L'obiettivo della Rete Oncologica Regionale deve essere l'integrazione funzionale delle opportunità diagnostiche e terapeutiche per i pazienti, quindi un'offerta assistenziale globale. Il Dipartimento ha espresso la assoluta necessità che venga istituzionalizzato un canale comunicativo bidirezionale tra specialisti e MMG per lo scambio di informazioni sul Paziente e l'implementazione capillare delle TeleMedicina. Per questo tramite permettere ai primi di conoscere la storia clinica pregressa e i farmaci che il Paziente assume, ai secondi avere contezza delle terapie effettuate e prescritte dagli specialisti assicurando così un riduzione dei tempi diagnostici, una reale continuità di cura, vigilando sull'aderenza alle terapie.

CRITICITA' E SOLUZIONI (2 di 9)

Facilitazione del complesso percorso assistenziale mediante l'istituzione nei centri oncologici dell'*Oncology Case Manager*:

A tutti gli effetti il “compagno di viaggio” del Paziente, la sua interfaccia con il mondo della Sanità e del supporto sociale. È il **Case Manager** ad accogliere il Paziente, è lui che lo consiglia sui suoi diritti e sulle diverse forme di tutela sociale cui può accedere, è lui che provvede ad attivare percorsi specifici per i diversi appuntamenti, evitando al Paziente (o ai suoi familiari) estenuanti file o infinite telefonate ai vari call center, è lui che fornisce materiale informativo e che lo ascolta, proponendogli le soluzioni possibili. In questo modo il percorso diagnostico-terapeutico diventa semplice, trasparente, non defatigante per il Paziente, che non solo non si sente solo, ma percepisce come buona la qualità delle cure.

CRITICITA' E SOLUZIONI

(3 di 9)

Miglioramento della valutazione complessiva del paziente anziano mediante strumenti specifici (scale di valutazione funzionale), da inserire obbligatoriamente nella cartella clinica:

È stato discusso, nel Dipartimento, dell'aumento di sopravvivenza relativa registrato per gli anziani che sono stati sottoposti alle stesse tipologie terapeutiche cui vengono sottoposti i Pazienti oncologici più giovani. Si sottolinea l'importanza della *Valutazione Geriatrica Multidimensionale (VGM)* per individuare quei Pazienti che, seppur anziani, possono essere sottoposti a schemi terapeutici più aggressivi. A questo scopo si è proposto di rendere meno complessa la VGM, riducendo il numero degli items (ora più di 270) in modo che possa essere più facilmente e diffusamente utilizzata sulla totalità dei Pazienti oncologici anziani. Si propone di identificare uno “**Standard Terapeutico Minimo**” per i Pazienti oncologici anziani da applicare anche nei piccoli centri.

CRITICITA' E SOLUZIONI (4 di 9)

Personalizzazione delle scelte terapeutiche e prevenzione delle reazioni avverse attraverso analisi genomiche e funzionali:

Anche grazie alle possibilità offerte dalla **farmacogenomica** (interazioni tra farmaci, polimorfismi, Massima Dose tollerata), al fine di migliorare l'adeguatezza prescrittiva e la sicurezza delle terapie, soprattutto per i Pazienti più fragili con conseguente riduzione delle tossicità e dei costi per il SSN legati al trattamento degli effetti collaterali o a trattamenti inappropriati.

CRITICITA' E SOLUZIONI (5 di 9)

Prevenzione e trattamento della malnutrizione attraverso la valutazione e il monitoraggio dello stato nutrizionale:

Quasi i due terzi dei Pazienti anziani non possono essere sottoposti a terapia oncologica a causa della malnutrizione legata all'età, alla malattia oncologica e alla presenza di altre co-morbidità che determinano progressiva perdita di peso e di massa muscolare con conseguente aumento del rischio di tossicità da chemioterapia. Appare pertanto indispensabile inserire nei protocolli di diagnosi, cura e follow-up del Paziente oncologico anziano anche la valutazione nutrizionale e muscolare per selezionare in maniera adeguata e costo-efficace i pazienti idonei all'inizio del trattamento antineoplastico e quelli che invece necessitano di un supporto metabolico-nutrizionale. Tale via consentirebbe di attuare strategie costo-efficaci riducendo il rischio di complicanze e migliorando l'efficacia del trattamento.

CRITICITA' E SOLUZIONI

(6 di 9)

Miglioramento dell'utilizzo delle apparecchiature di radioterapia attraverso un ampliamento della disponibilità oraria giornaliera:

L'esistenza di grandi disomogeneità regionali, in particolare tra le Regioni del Centro-Nord e quelle del Sud, riguardanti tanto il numero di apparecchiature disponibili quanto la tipologia delle prestazioni radioterapiche incluse nei diversi tariffari regionali, nonché l'entità dei rimborsi, obbligano i Pazienti delle Regioni più penalizzate o a lunghe attese o a faticosi spostamenti per avere delle prestazioni che non possono ricevere nella loro regione o peggio ancora a rinunciare a un trattamento utile. Per superare queste criticità, pensare ad un piano organico per meglio sfruttare il numero di apparecchiature già in essere, utilizzando le stesse per il maggior numero di ore possibile nell'arco della giornata porterebbe ad una ottimizzazione degli investimenti effettuati e ad un seguente efficientamento delle risorse quotidianamente impiegate.

CRITICITA' E SOLUZIONI (7 di 9)

Valutazione del disagio emozionale (da inserire nella cartella clinica) e adeguata assistenza psico-oncologica:

La presenza di problemi emozionali (ansia protratta, depressione persistente, stress cronico) comporta un drammatico peggioramento prognostico della malattia oncologica e un incremento della mortalità. Il Dipartimento pertanto propone che ogni reparto Oncologico sia affiancato da una Unità Operativa di Psicologia Oncologica, come indicato dal recente regolamento 2014 recante la "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", al fine di poter offrire ai Pazienti una presa in carico "globale" che garantisca sia un sostegno psico-emotivo durante il percorso di cura sia la possibilità di ricevere interventi specifici e precoci in merito alla insorgenza di sintomi psicopatologici.

CRITICITA' E SOLUZIONI (8 di 9)

Inserimento nei LEA del linfedema secondario, causa di gravi menomazioni funzionali e invalidità specie nei Pazienti oncologici anziani:

L'esperienza clinica individua nell'approccio riabilitativo mirato e precoce l'elemento prioritario per garantire una corretta gestione nel tempo del Linfedema. Il *Gold Standard* è la **Terapia Fisica Combinata** che prevede una prima fase di trattamento, detta intensiva, seguita da una fase di mantenimento con l'applicazione giornaliera di tutori elastici. Il Dipartimento evidenzia come il mancato inserimento dei supporti di compressione elastica nel Nomenclatore Tariffario delle protesi e ausili costituisca una grossa criticità per il reale superamento del problema in esame. Viene infine proposta la creazione di un tavolo di lavoro per la definizione di un "Programma di Educazione Terapeutica" specifico per la prevenzione e l'autocura da parte del paziente e dei suoi familiari come *best practice* per combattere la patologia e ridurre i costi per il SSN.

CRITICITA' E SOLUZIONI (9 di 9)

Abbattimento di ricoveri ed accertamenti incongrui attraverso progetti di presa in carico precoce per il trattamento dei sintomi, con percorsi condivisi tra MMG, specialisti ospedalieri, territoriali e associazioni di volontariato (*Simultaneous Care*, anche a domicilio):

Il Dipartimento ritiene che, riunendo tutti i principali attori coinvolti nella cura del Paziente oncologico anziano in una rete integrata per la **“*Simultaneous Care*”** focalizzata alla terapia dei sintomi legati al tumore e agli effetti collaterali delle terapie stesse, sia l'unica via per fornire un servizio qualitativamente superiore e per assicurare una reale presa in carico globale del Paziente oncologico anziano. Il tutto non trascurando l'evidente costo efficacia ed efficienza di tale programma.

Conclusione:

Elaborazione di una PROPOSTA concreta

PROPOSTA

Identificazione delle caratteristiche necessarie a definire i Centri con percorsi Diagnostico-Terapeutici di riferimento per i Pazienti anziani.

Istituzione del “**Bollino d’Oro FederAnziani**” da conferire a quei Centri che adottino nel percorso dedicato al Paziente anziano:

1. personalizzazione delle terapie oncologiche;
2. valutazione geriatrica multidimensionale nelle sue diverse modalità;
3. assistenza psico-oncologica durante il percorso della malattia;
4. valutazione nutrizionale e prevenzione della malnutrizione;
5. prevenzione e trattamento precoce dei sintomi;
6. percorsi riabilitativi e fisioterapici dedicati;
7. accessibilità ai trattamenti radioterapici;
8. presenza di un *Oncology Case Manager* dedicato alle problematiche del paziente anziano;
9. collaborazione con le associazioni di volontariato.