

LA GESTIONE INTEGRATA DEL MALATO ONCOLOGICO TRA LE NUOVE CURE PRIMARIE E LE AZIENDE OSPEDALIERE DI BRESCIA

Follow up dei malati guariti
ed early palliative care:
le sfide per la medicina di base

Pierangelo Lora Aprile
Segretario Scientifico SIMG

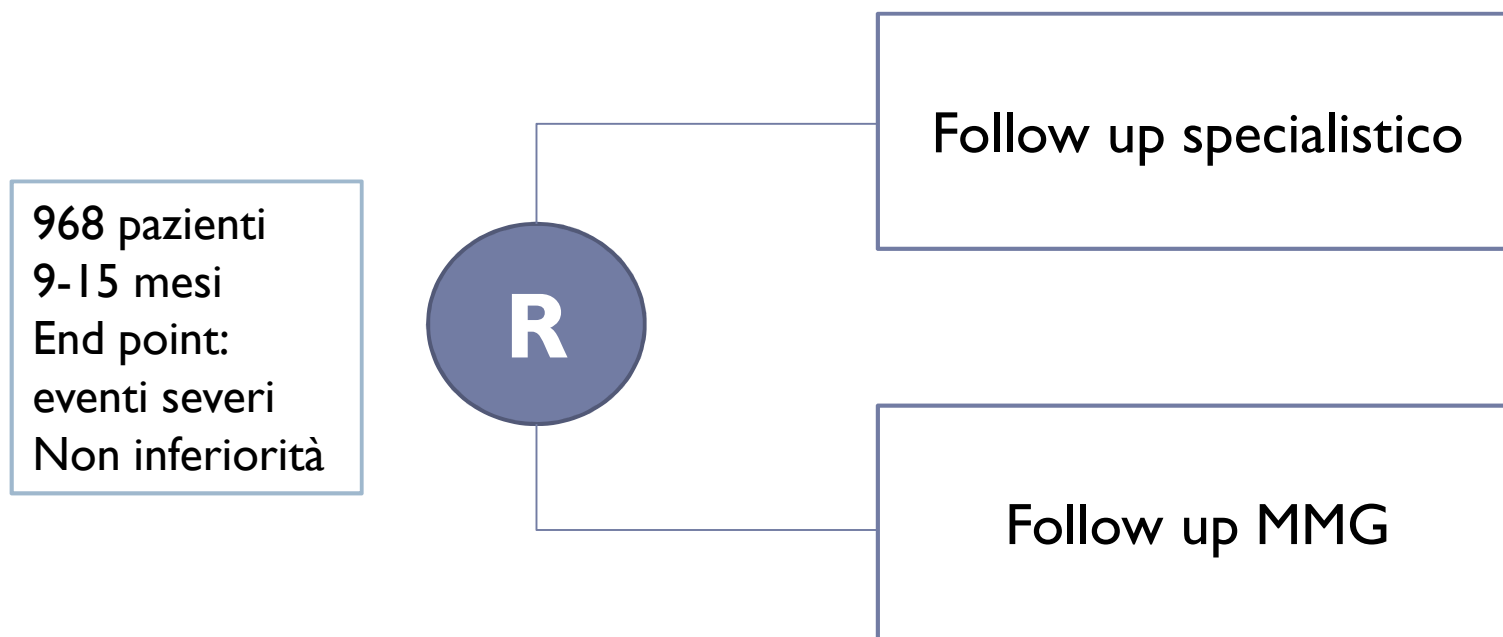


Follow up dei malati di tumore guariti

- ✓ Follow up specialistico o generalista ?
- ✓ Follow up uguale per tutti i guariti o «sartoriale»

Mammella:

confronto sugli esiti della patologia ?



	Recidive	Decessi	Eventi severi
Spec.	13%	6%	3,7%
MMG	11%	6%	3,5%

Tumori Mammari

Studio randomizzato follow up



Dipartimento Provinciale Oncologico

5. Endpoints

5.1 Endpoint primario

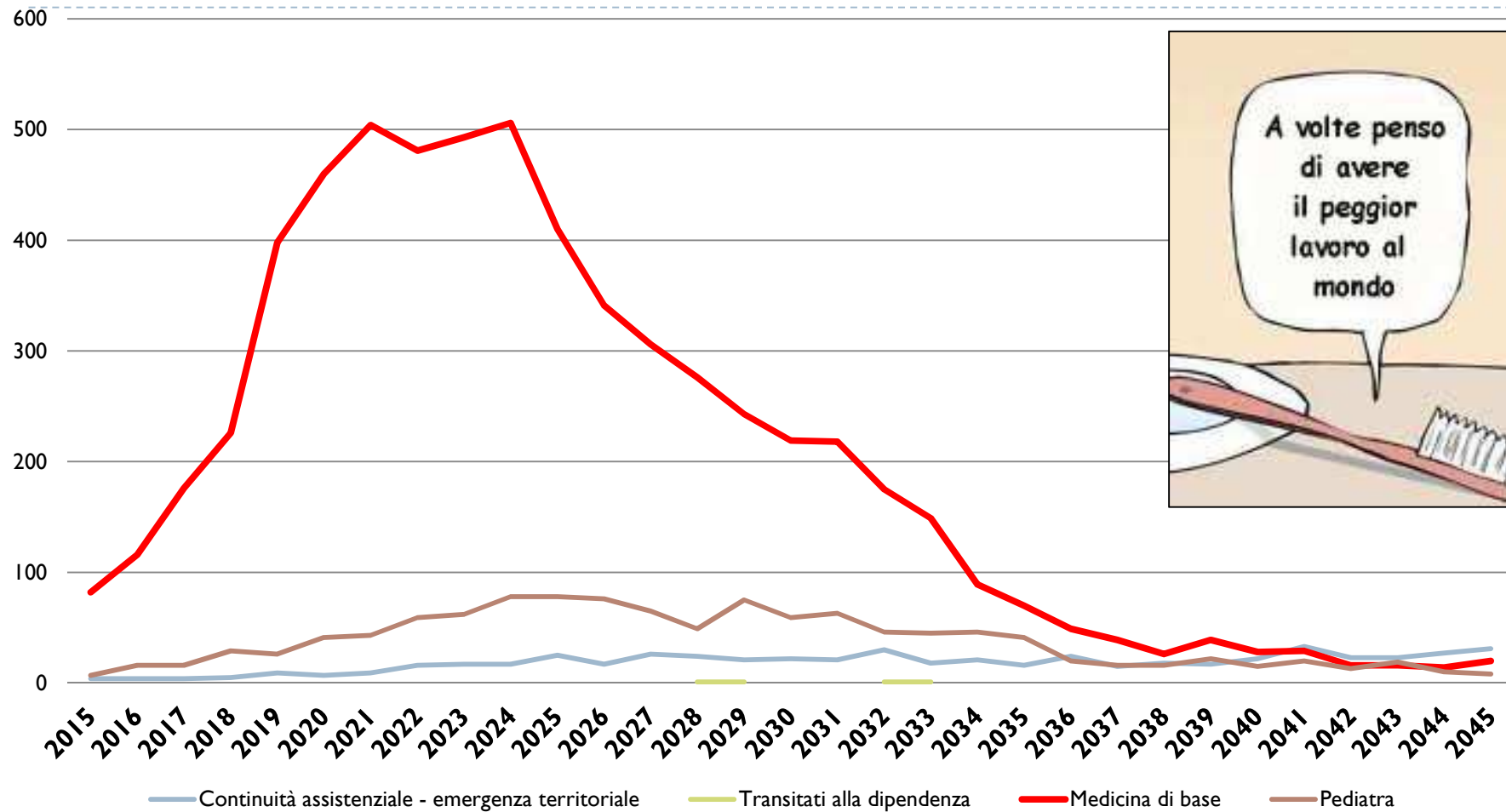
L'endpoint primario dello studio è rappresentato dalla sopravvivenza globale a 5 anni.

5.2 Endpoints secondari

Gli endpoints secondari dello studio sono:

- sopravvivenza tumore specifica a 5 e 10 anni
- sopravvivenza libera da malattia (DFS) a 5 e 10 anni
- probabilità non cumulativa di ricaduta locale, locoregionale e sistemica a 5 e 10 anni
- valutazione QoL alla randomizzazione e ad intervalli annuali

Fondo Medici di Medicina Generale Regione Lombardia Pensionandi 68 anni per categoria



TUTTA LA CASISTICA

Assistiti dei 104 MMG ricercatori RI.ALTO con almeno un accesso nell' anno

Anno	Numero di pazienti con almeno un accesso	Numero di accessi	Numero di accessi pro capite			
			MEDIA	25°p	MEDIANA	75°P
2006	103566	845.020	8.1	2	6	11
2007	109145	1.003.874	9.1	3	7	13
2008	113334	1.104.319	9.7	3	7	13
2009	118821	1.216.737	10.2	3	7	14
2010	122626	1.316.198	10.7	3	8	15
2011	127028	1.435.816	11.3	3	8	16

Per tutte le analisi: Test for trend (Variance weighted Least Square) $P < 0.00001$

Per il progetto RI.ALTO:

Dr. Alessandro Battaglia - MMG Verona, S.I.M.G. Veneto

Aumentano gli Infermieri per le Cure Domiciliari, ma gli studi dei MMG ne sono ancora sprovvisti



► L'Italia è il Paese europeo con il maggior numero di infermieri..

..quasi tutti ricoverati in ospedale !

Integrazione Ospedale - Territorio

Le **conseguenze** di una mancata collaborazione tra medicina generale e specialistica nelle persone guarite dal tumore:

1. Mancata definizione e condivisione degli obiettivi del FU
2. Formazione non adeguata, conseguenza della non disponibilità di obiettivi chiari e condivisi
3. Mancato avvio di programmi di ricerca e di fattibilità
4. Scarsa attenzione agli aspetti psicosociali
5. Costi inutili
6. Insoddisfazione dei pazienti
7. Aumento del tasso di conflittualità tra i medici





GESTIONE INTEGRATA:

Cosa abbiamo ?

1. Competenze MG, infermieristiche e specialistiche
2. Esperienze
3. Informazioni
4. Leggi e norme
5. Linee guida e PDTA

Cosa manca ?

1. ICT efficiente in rete: FSE
2. Strumenti di interazione MMG / specialista: Skype, Email
3. Ore dedicate personale infermieristico per la MG/Cure primarie
4. Formazione alla presa in carico + PAI

Dimensione del problema

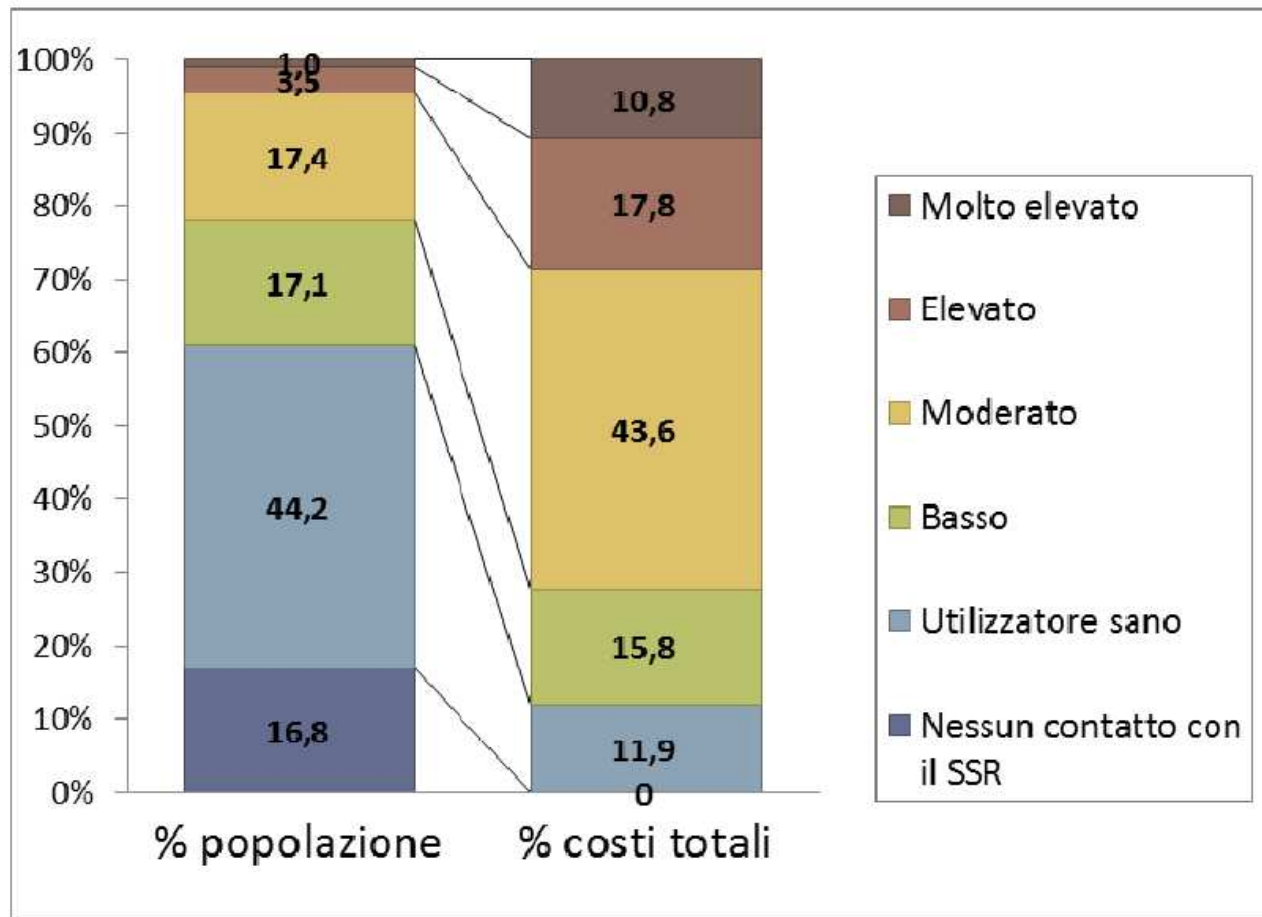
N. pazienti di età \geq 18 anni
con diagnosi di neoplasia
[ICD9: 140%-200%]

----- = 7 %

N. totale dei pazienti
di età \geq 18 anni

Per 1 MMG con 1,500 assistiti = circa 100 pazienti con
pregressa diagnosi di ca.

RUB: Resource Utilization Bands Progetto ACG - Regione Veneto



Gli “utilizzatori sani” (non diagnosi o diagnosi a bassa complessità) sono il 44% ma sono responsabile del 12% dei costi.

La popolazione che ricade nelle classi a più alta complessità è meno del 5% ma ad essa è associata poco meno del 30% dei costi

<https://regione.veneto.it/acg/acg-veneto-final-meetings/final-meeting-11-aprile-2013/Report>. Pag. 30

The Charlson comorbidity index is adapted to predict costs of chronic disease in primary care patients

Mary E. Charlson^{a,*}, Robert E. Charlson^b, Janey C. Peterson^a,
Spyridon S. Marinopoulos^c, William M. Briggs^d, James P. Hollenberg^a

^a*Division of General Internal Medicine, Weill Cornell Medical College, New York, NY 10065, USA*

^b*Department of Medicine, Yale New Haven Hospital, New Haven, CT 06510, USA*

^c*Department of Medicine, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, MD 21287, USA*

^d*Department of Mathematics, Central Michigan University, Mount Pleasant, MI 48859 USA*

Accepted 20 January 2008

Abstract

Objective: (1) To determine chronic illness costs for large cohort of primary care patients, (2) to develop prospective model predicting total costs over one year, using demographic and clinical information including widely used comorbidity index.

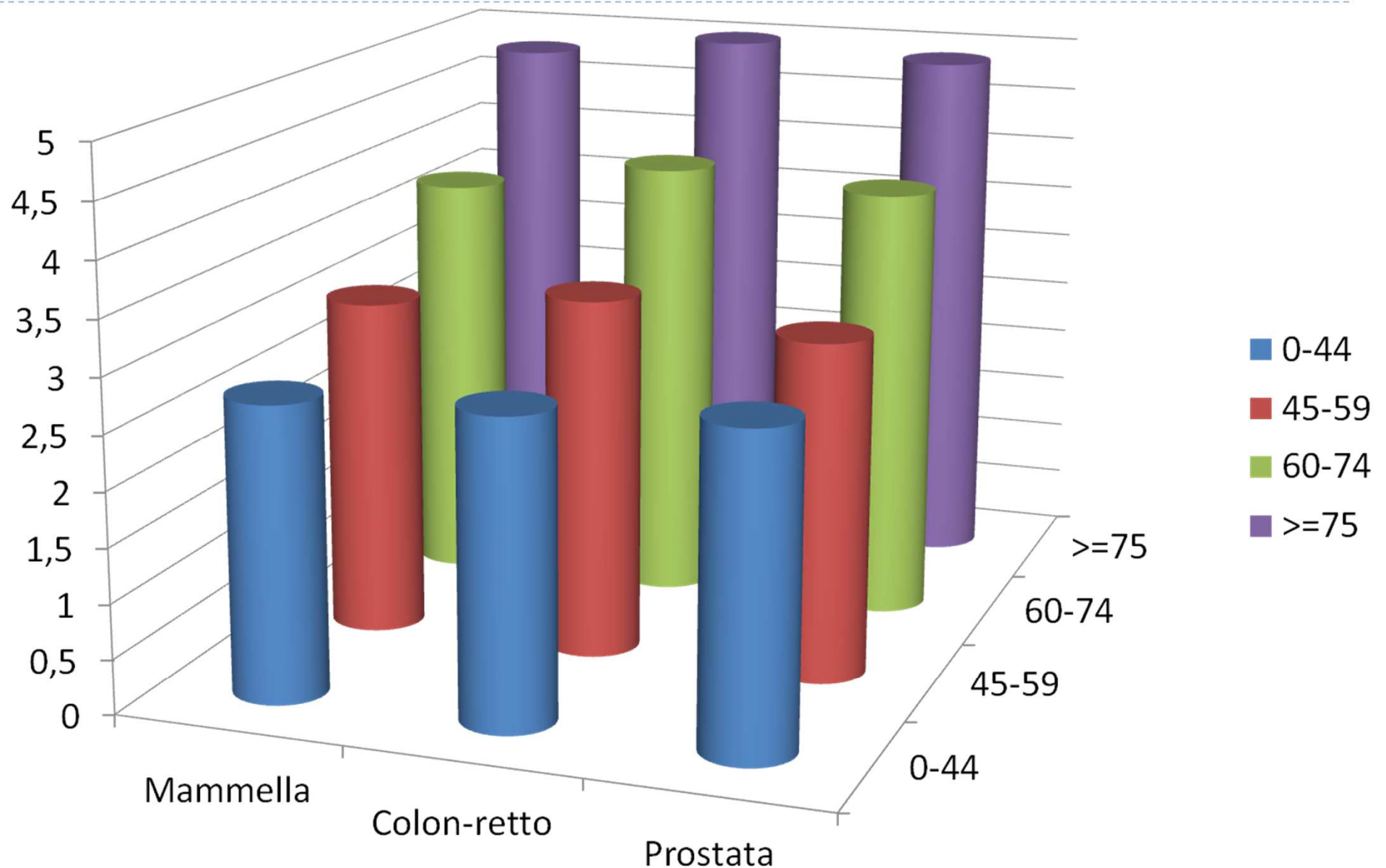
Study Design and Setting: Data including diagnostic, medication, and resource utilization were obtained for 5,861 patients from practice-based computer system over a 1-year period beginning December 1, 1993, for retrospective analysis. Hospital cost data were obtained from hospital cost accounting system.

Results: Average annual per patient cost was \$2,655. Older patients and those with Medicare or Medicaid had higher costs. Hospital costs were \$1,558, accounting for 58.7% of total costs. In the predictive model, individuals with higher comorbidity incurred exponentially higher annual costs, from \$4,317 with comorbidity score of two, to \$5,986 with score of three, to \$13,326 with scores greater than seven. To use an adapted comorbidity index to predict total yearly costs, four conditions should be added to the index: hypertension, depression, and use of warfarin with a weight of one, skin ulcers/cellulitis, a weight of two.

Conclusion: The adapted comorbidity index can be used to predict resource utilization. Predictive models may help to identify targets

Indice di Charlson:

score di comorbidità predittivo di complessità assistenziale



Cosponsored by



AMERICAN ACADEMY OF
FAMILY PHYSICIANS



2016 Cancer Survivorship Symposium: Advancing Care and Research

A Primary Care and Oncology Collaboration

JANUARY 15-16, 2016

SAN FRANCISCO MARRIOTT MARQUIS
SAN FRANCISCO, CA

REGISTER &
RESERVE A HOTEL



INVITE A COLLEAGUE
TO ATTEND



Register and Reserve Your Hotel

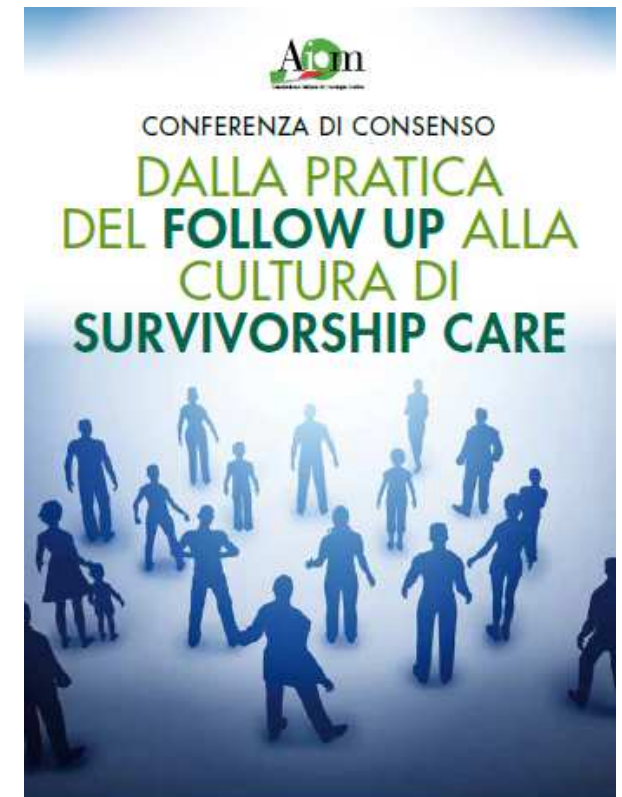
Join the American Academy of Family Physicians (AAFP), the American College of Physicians, Inc. (ACP), and the American Society of Clinical Oncology (ASCO) for the inaugural [Cancer Survivorship Symposium: Advancing Care and Research, A Primary Care and Oncology Collaboration](#), taking place January 15-16 in San Francisco, California. This unique collaboration will provide education for primary care physicians, oncologists, nurses, and allied health professionals on how to provide optimal care for their patients throughout the survivorship continuum. The Symposium represents an innovative approach to education and patient care.

Gruppo di lavoro intersocietario: AIOM, CIPOMO, SIMG, AAROI, FAVO

Most importantly, oncology and primary-care professional societies need to collaborate in developing evidence -based guidelines and educational resources regarding follow-up care of cancer survivors.

Oeffinger J Clin Oncol 2006

- ▶ Tavolo permanente di studio e confronto
- ▶ Raccomandazioni sul «survivorship care management» per patologia
 - ▶ **Maggiore forza nella raccomandazione degli esami appropriati**
- ▶ Elaborazione di materiale informativo
- ▶ Corsi di formazione itineranti
- ▶ Interazione con le istituzioni regolatorie
- ▶ **Promozione della ricerca**



Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario.

Il testo approvato dalla Camera , attualmente in discussione al senato

ART. 5.

(Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida).

I. Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative e riabilitative, **si attengono**, salve le specificità del caso concreto, **alle buone pratiche clinico-assistenziali e alle raccomandazioni previste dalle linee guida elaborate dalle società scientifiche iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.** Ai fini della presente legge, le linee guida vengono inserite nel Sistema nazionale per le linee guida (SNLG) e pubblicate sul sito dell'Istituto superiore di sanità

Follow up personalizzato del paziente anziano o unfit

Planning del follow up

1. Il paziente con attesa di vita superiore alla prognosi oncologica è candidabile al follow-up standard
2. Il paziente con **fragilità subclinica**, con aspettativa di vita superiore alla prognosi oncologica, è candidabile ad un follow-up personalizzato, al fine di ridurre la ridondanza di esami e il rischio di eventi avversi e di favorire i percorsi riabilitativi
3. Il paziente con **fragilità conclamata** e aspettativa di vita inferiore alla prognosi oncologica, non suscettibile di trattamenti attivi, non è candidabile ad un programma di follow up pre-ordinato e le valutazioni cliniche dovrebbero essere guidate dalla comparsa di sintomi.

HSM-Index

Società Italiana di Medicina Generale

ARTICLE IN PRESS

VALUE IN HEALTH ■ (2015) ■■■■■



ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jval



Development and Validation of a Score for Adjusting Health Care Costs in General Practice

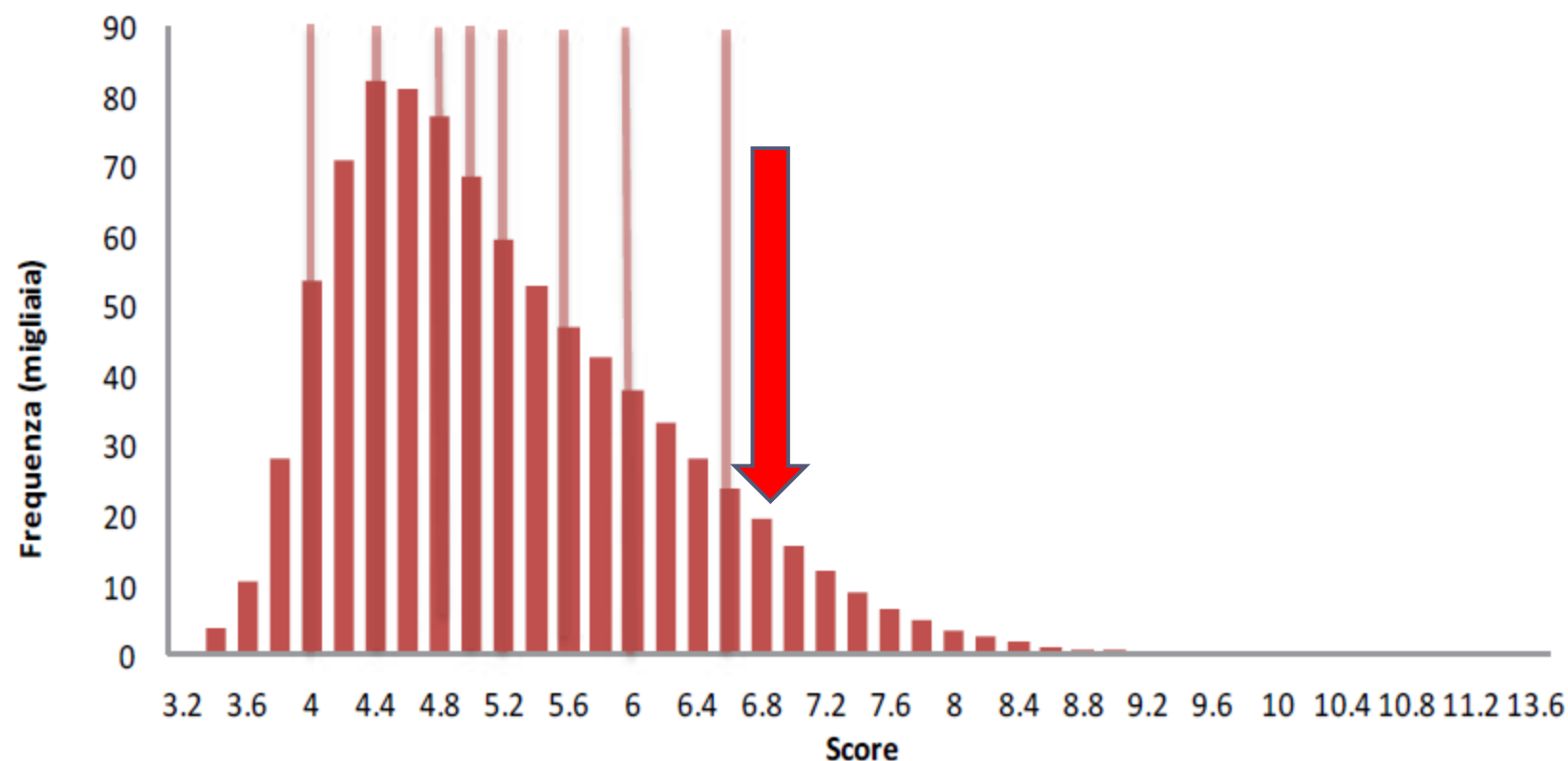
Francesco Lapi, PharmD, PhD^{1,*}, Elisa Bianchini, MSc, PhD¹, Iacopo Cricelli¹, Gianluca Trifirò, MD, PhD², Giampiero Mazzaglia, MD, PhD¹, Claudio Cricelli, MD³

¹Health Search, Italian College of General Practitioners and Primary Care, Florence, Italy; ²Section of Pharmacology, Department of Clinical and Experimental Medicine, University of Messina, Messina, Italy; ³Italian College of General Practitioners and Primary Care, Florence, Italy

HSM-Index

Società Italiana di Medicina Generale

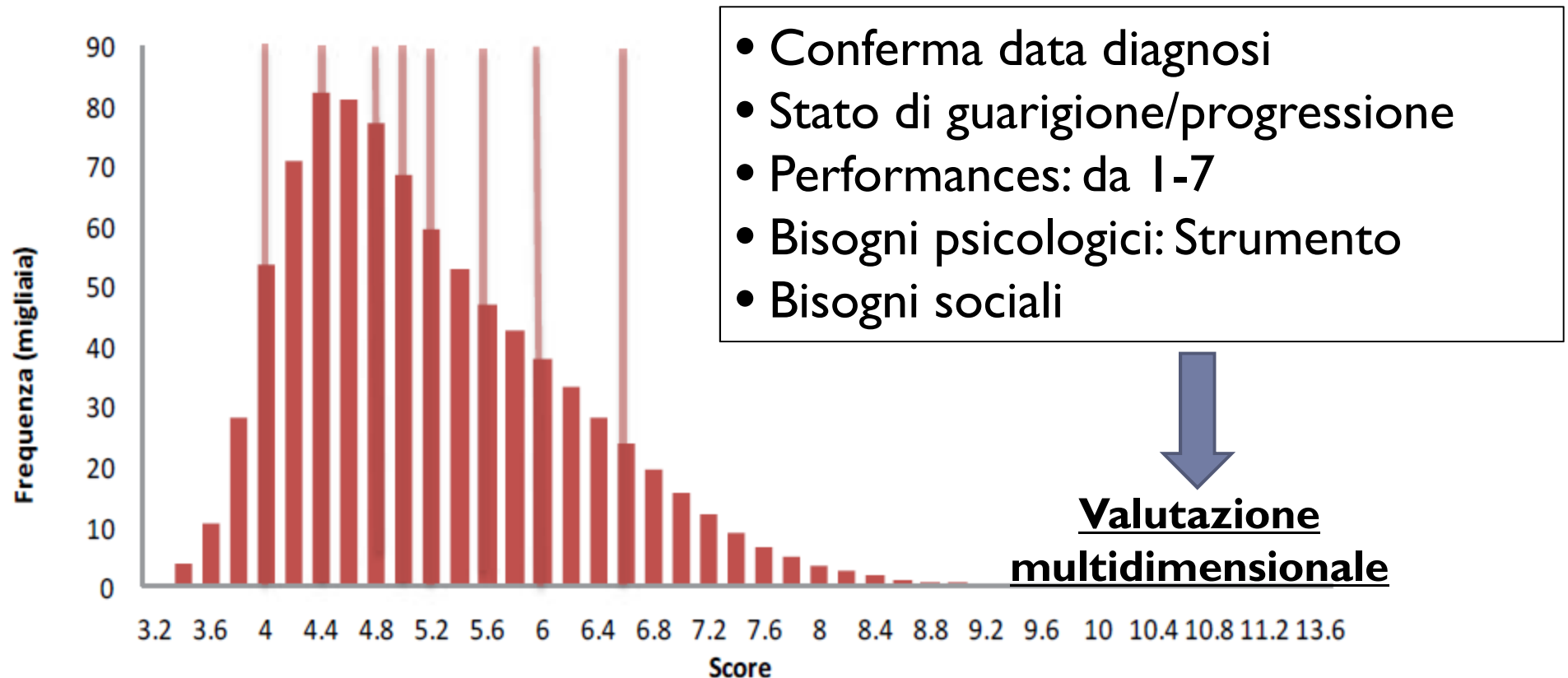
Figura 6.3a Curva di distribuzione dell'HSM-index e suddivisione in decili



HSM-Index

Società Italiana di Medicina Generale

Figura 6.3a Curva di distribuzione dell'HSM-index e suddivisione in decili



Conclusioni

- ▶ L'assistenza ai pazienti guariti da tumore richiede un **approccio multidimensionale** dove sorveglianza e riabilitazione si integrano
- ▶ E' necessario il passaggio dall'approccio per sede di patologia alla presa in carico complessiva, con definizione di un **Piano di assistenza individuale** definito tra MMG e specialista e condiviso dal/dalla paziente

Cosa serve al MMG

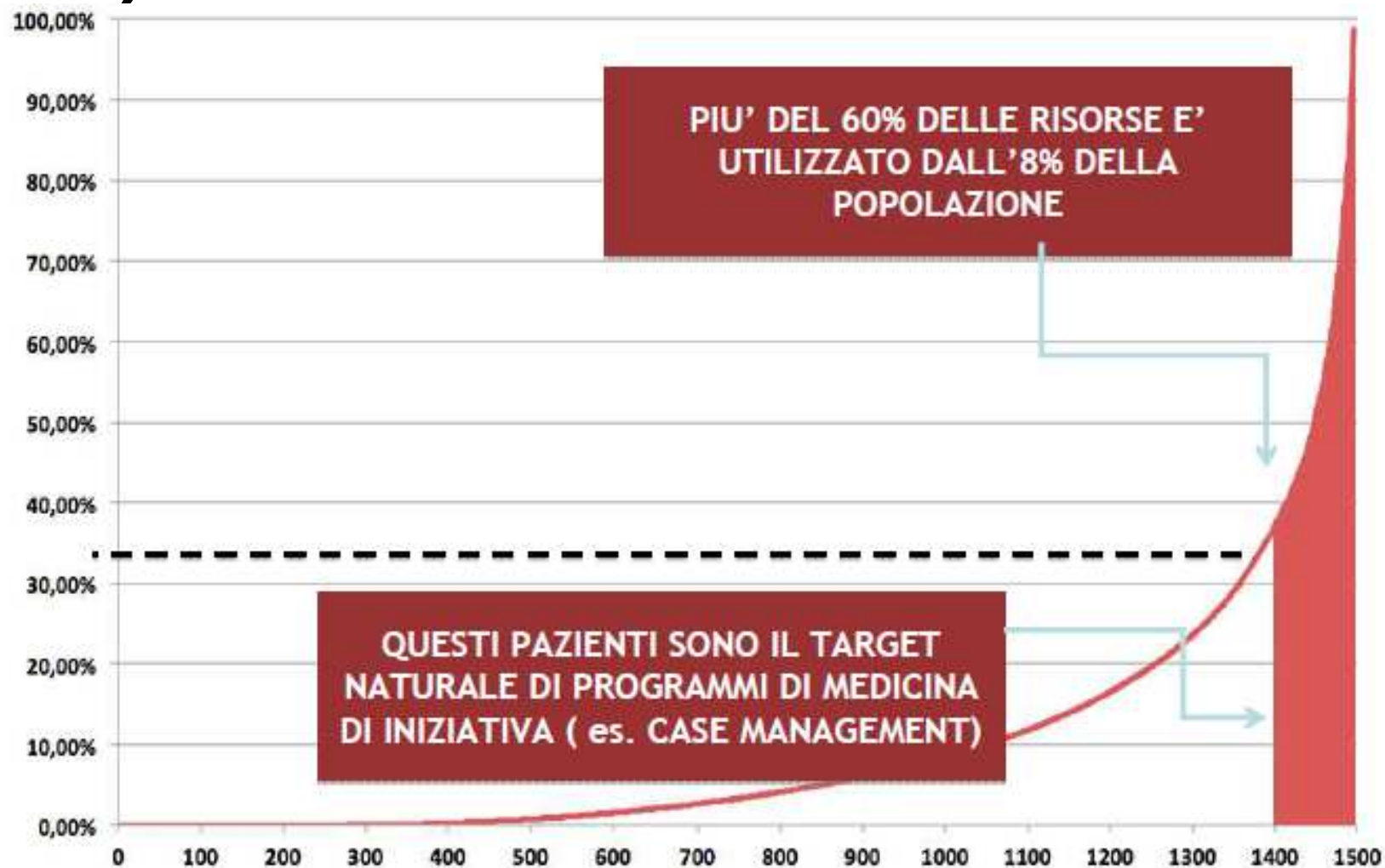
- ▶ **Tempo**, che deve arrivare dalla riorganizzazione
- ▶ **Strumenti informatici** per il piano di assistenza con remind e alert
- ▶ **Introdurre il colloquio di comunicazione e condivisione del PAI** con il/la paziente e/o i familiari
- ▶ **Aggiornare le proprie conoscenze** sulle possibili complicanze a lungo termine dei trattamenti

Assistenza Integrata

- ▶ Va superata la logica del paziente che “appartiene” a qualcuno, per **introdurre la valutazione dei bisogni come metodo per la definizione del piano di cura** e del setting di assistenza più adeguato a rispondere ai bisogni di quel paziente.

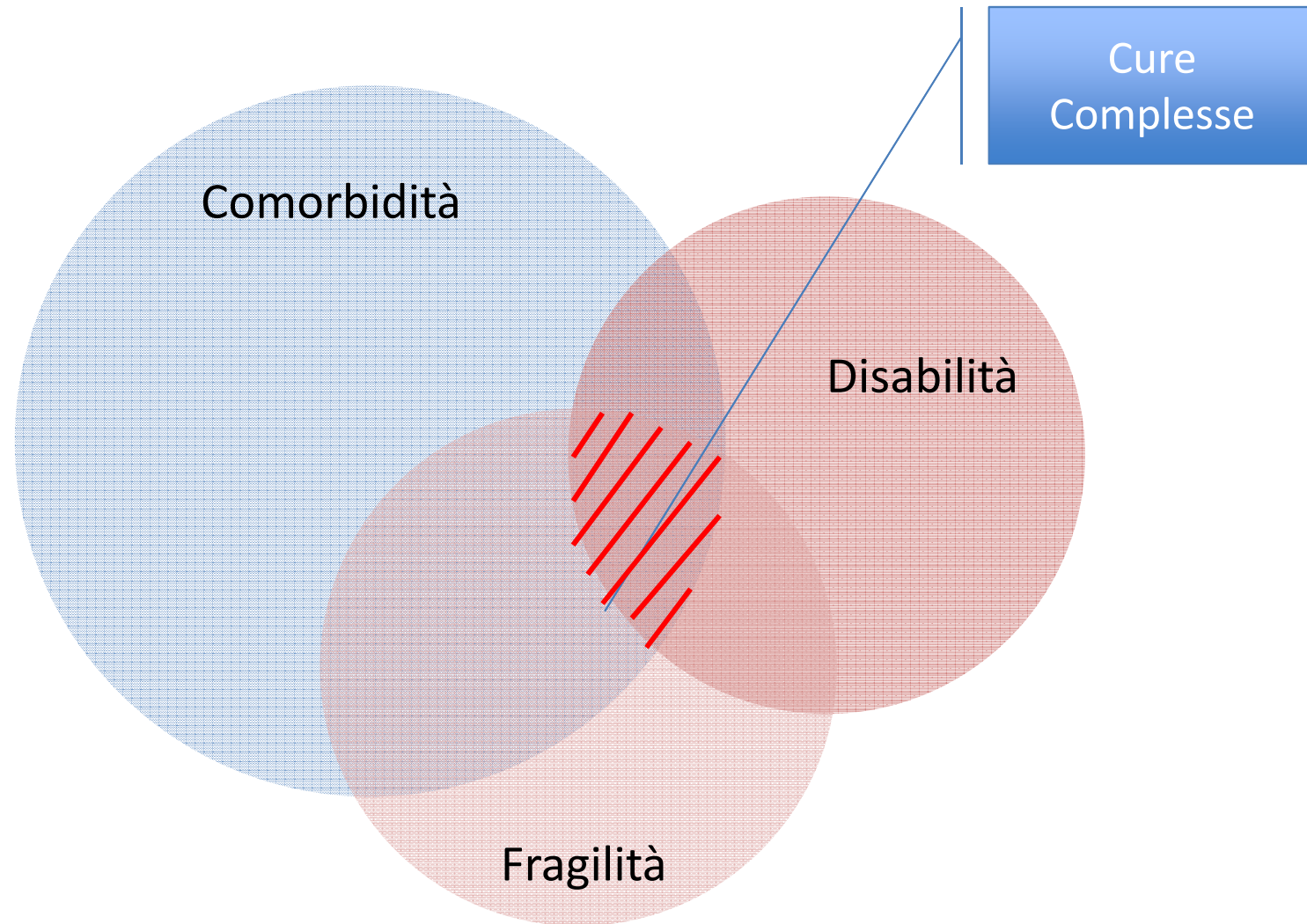
Early palliative care (malati con malattia in progressione)

The Johns Hopkins Adjusted Clinical Groups® (ACG®)



Pag. 64 * distribuzione % cumulativa nella popolazione di 1 MMG

I rapporti tra Comorbilità, Fragilità, Disabilità



L.Freid, J.Gerontology, 2004

Un nuovo paradosso...

le cose che non facciamo !

- “Noi stiamo incrementando i costi e fornendo cure di basso livello a causa di cose che non facciamo:
- iniziare le discussioni sulla possibilità di morire e sulle decisioni di fine vita. Questa discussione è il prerequisito indispensabile per una adeguata pianificazione delle cure.
- L’importanza di queste discussioni è oggi evidente: i malati che hanno la possibilità di confrontarsi su questi aspetti manifestano minore ansia e depressione, ricevono cure meno aggressive alla fine della vita, quasi mai muoiono in reparti di rianimazione. In più, questo permette ai familiari sopravvissuti di avere una qualità di vita migliore e permette alla nostra società di risparmiare milioni di dollari.”

Smith T.J. Hillner B.E. “Bending the cost curve in cancer care” N.E.J.M. 2011;364:2060-65

Perché è utile identificare precocemente i malati?

2

La precoce identificazione di questi malati, si è dimostrata efficace sia per quanto riguarda il miglioramento della qualità di vita dei malati e dei loro familiari, sia per una riduzione dei costi a fronte di una migliore appropriatezza degli interventi.

Temel J.S., Greer JA, Muzikansky A, et al. "Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer." N. Engl.J.Med 2010;363:733-42.

Greer J.A., Pirl W.F. et al. "Effect of early palliative care on chemotherapy use and end-of-life care in patients with metastatic non-small-cell lung cancer" J. Clin Oncol. 2012;30:394-400.

McNamara B.A., Rosenwax L.K. et al. "Early admission to community-based palliative care reduces use of emergency departments in the ninety days before death" J. Pall. Medicine 2013;16:N.7.

La precoce identificazione delle persone vicine alla fine della vita e la loro inclusione in un registro conduce ad una precoce pianificazione delle cure e ad un loro migliore coordinamento.

GSF National Primary Care Snapshot Audit 2010



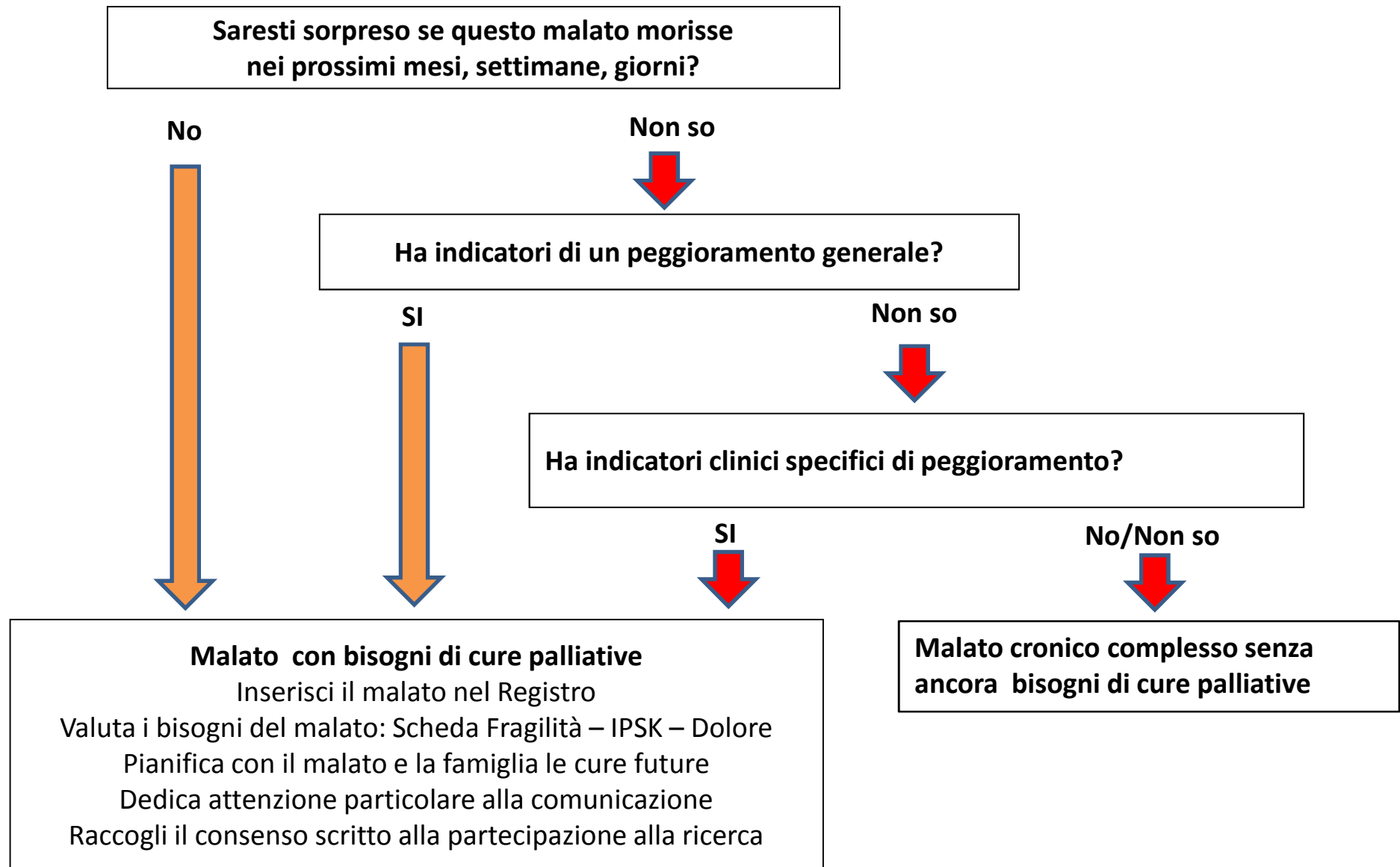
Progetto di ricerca Teseo-Arianna

Studio osservazionale sull'applicazione di un modello integrato di cure palliative domiciliari nell'ambito della rete locale di assistenza a favore di persone con patologie evolutive con limitata aspettativa di vita

Obiettivi del progetto

- Favorire l'accesso alle Cure Palliative identificando precocemente i malati con patologie croniche, oncologiche e non oncologiche, con limitata aspettativa di vita
- Sperimentare, nell'ambito della rete locale di assistenza, un modello organizzativo basato sulla valutazione multidimensionale e sull'integrazione tra cure primarie e cure specialistiche secondo quanto previsto dall'intesa Stato Regioni del 25/7/2012

Progetto Teseo-Arianna: strumento per identificazione GSF-PIG modificato



Progetto di ricerca Teseo-Arianna

139.071

Assistiti

100

**Medici di medicina
generale**

10

UCP

937

Pazienti Identificati

517

Deceduti

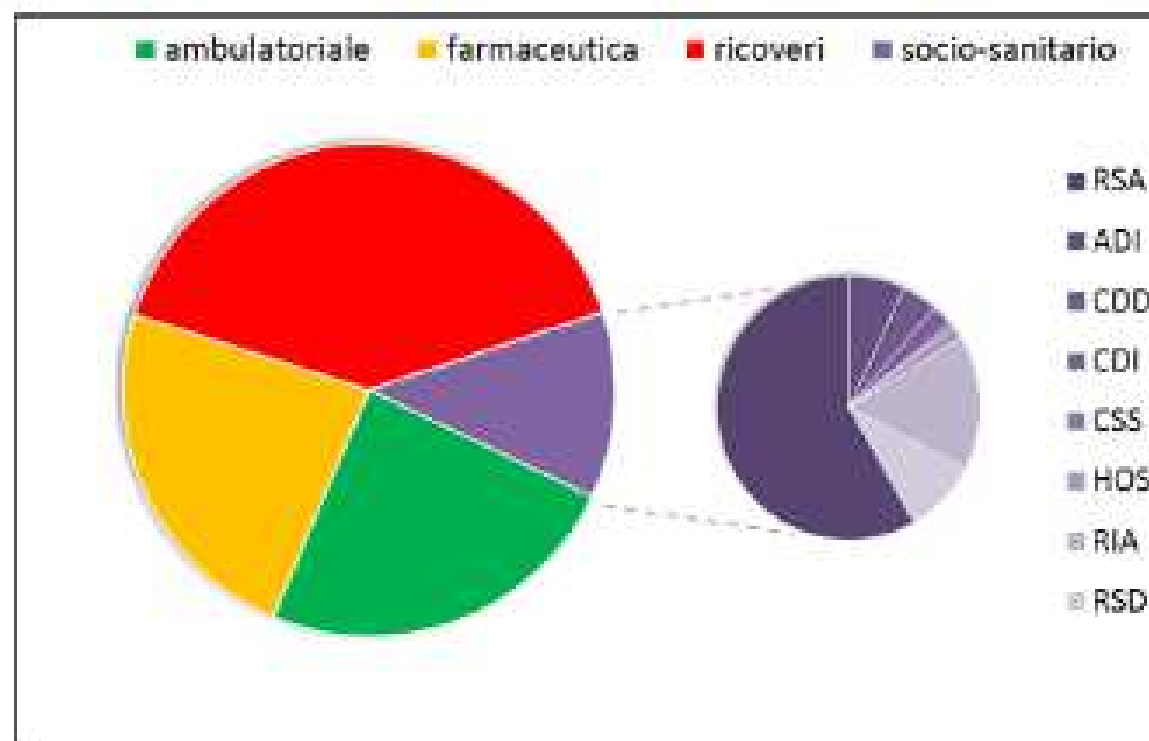
	deceduti	non dec	tot
pos	517	420	937
neg	734	137.400	138.134
tot	1.251	137.820	139.071

PPV (517/637)

55.2 %

Spesa Totale Regione Lombardia

Figura 16. Ripartizione della spesa totale (sanitaria e sociosanitaria) in Lombardia per il 2013



Perché un percorso di cura integrato?

- sono cambiati i bisogni (pazienti in condizioni di cronicità avanzata)
- è necessaria una riorganizzazione della rete dei servizi, progettare nuovi modelli
- è indispensabile adottare criteri di appropriatezza (evidenza di efficacia, equità, proporzionalità, eticità, sostenibilità)

Quali sono gli elementi caratterizzanti?

- identificazione precoce
- valutazione multidimensionale e pianificazione delle cure
- multidisciplinarietà
- formazione professionale

Cos'è necessario per realizzarlo?

- protocolli condivisi tra cure primarie e specialistiche
- presa in carico Cure Primarie (paziente e familiari, raccordo con CP)
- standard organizzativi ed assistenziali (rete CP, CP Base, CP specialistiche)
- sistemi informativi dedicati, ICT

Come misurarne i risultati?

- criteri di processo: pianificazione delle cure in rapporto ai bisogni valutati, intensità e durata delle cure primarie, intensità, complessità e durata delle CP
- criteri di esito: controllo dei sintomi, ricorso ai ricoveri ospedalieri, luogo di decesso

*Il vero viaggio di scoperta
non consiste nel cercare nuove terre,
ma nell'avere nuovi occhi*

Marcel Proust