

Firenze • 27-29 novembre 2014 • Palazzo dei Congressi >>>>>>>

## Maurizio Cancian

Dal monitoraggio della malattia  
alla riabilitazione della persona guarita

**31<sup>o</sup>** CONGRESSO  
NAZIONALE  
**SIMG**

Società Italiana  
di Medicina Generale  
e delle Cure Primarie





Ore 15.40: Giuseppe Azzarello, Maurizio Cancian  
**PDTA NELLE CURE ONCOLOGICHE E CURE PALLIATIVE:** la gestione integrata delle principali neoplasie tra Oncologia e Cure Primarie

**Maurizio Cancian**

**S.I.M.G.**  
**Società Italiana di Medicina Generale**  
**e delle Cure Primarie**

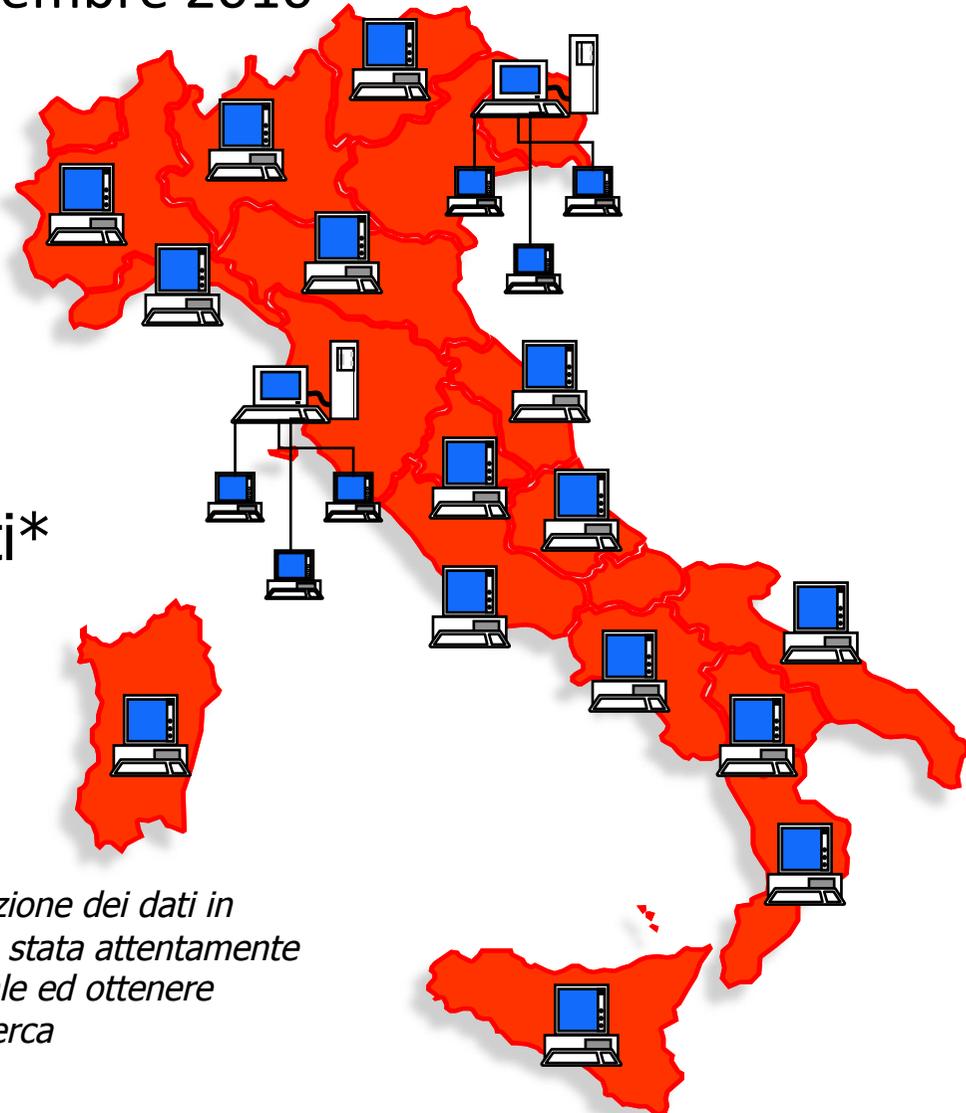
# I registri tumori in Italia



# Health Search-CSD LPD

31 dicembre 2010

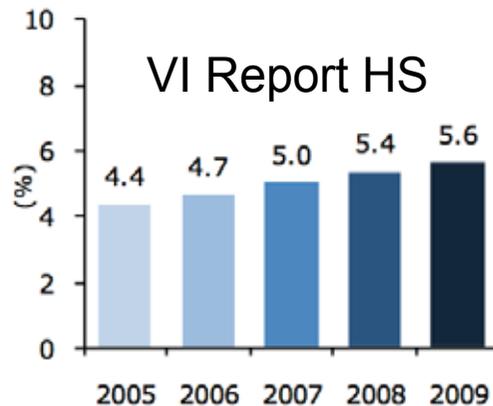
**1018** ricercatori  
**~ 900** ricercatori attivi  
**700** ricercatori selezionati\*



*\* mediante validazione della qualità di registrazione dei dati in cartella clinica; la distribuzione dei ricercatori è stata attentamente ponderata per rispettare la popolosità territoriale ed ottenere rappresentatività regionale del campione di ricerca*

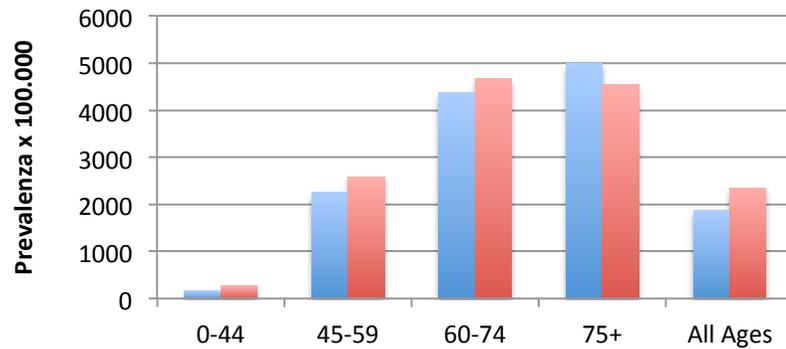
# Prevalenza

- Consente una valutazione più appropriata della domanda assistenziale
- Indicatore caratteristico delle patologie croniche
- Aumenta per l' aumento della popolazione anziana e della sopravvivenza

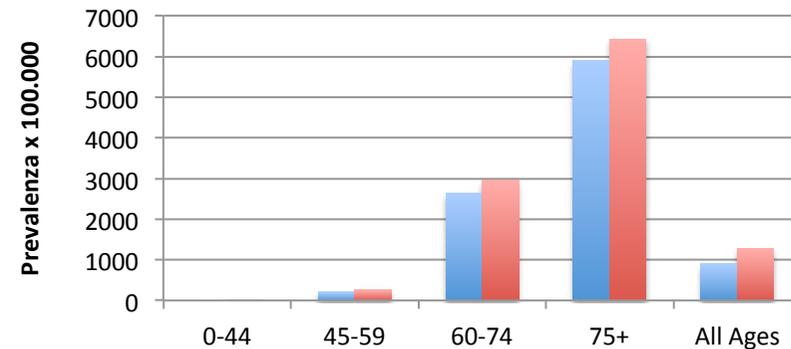


# Prevalenza neoplasie: confronto dati AIRTUM vs HS (2006)

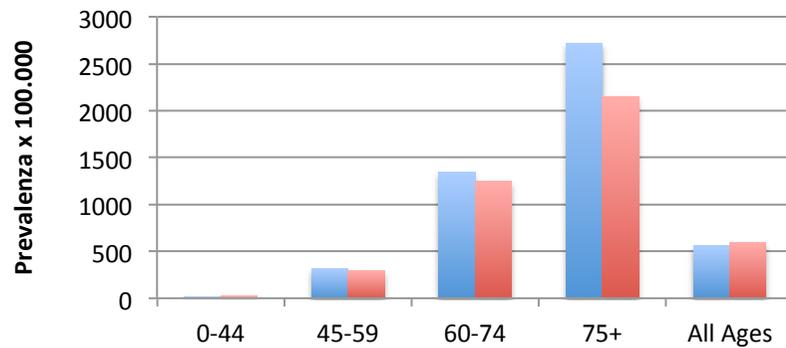
## K mammella



## K prostata

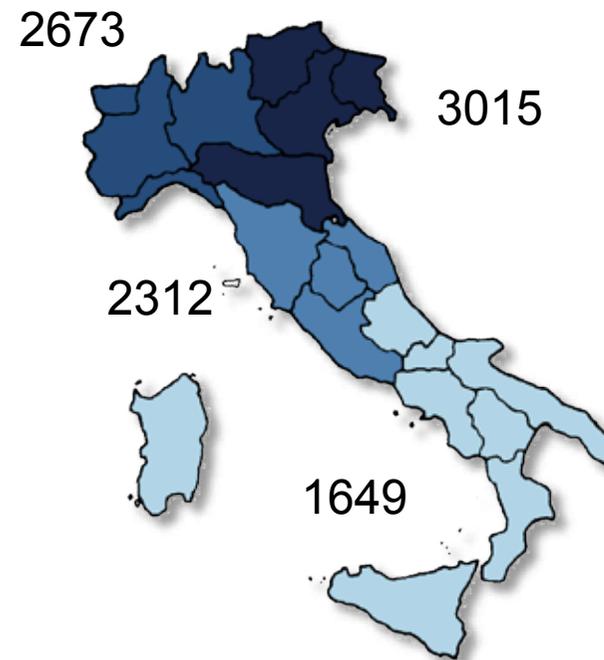
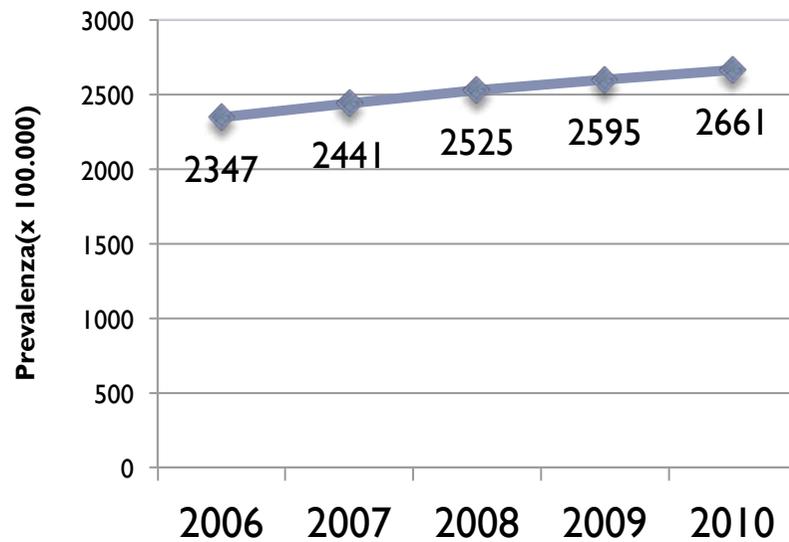


## K colon-retto

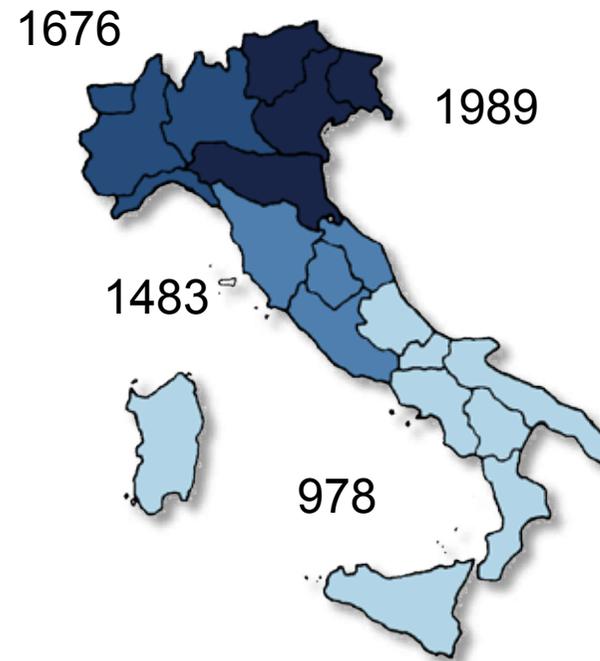
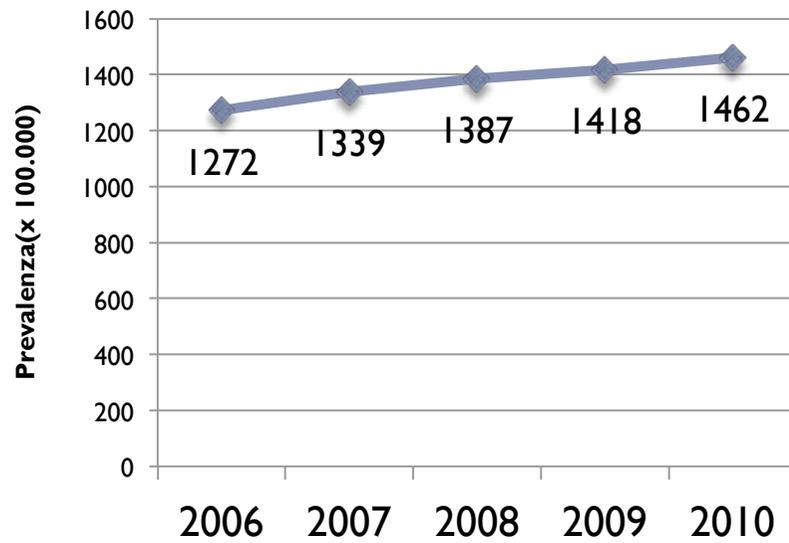


■ AIRTUM - 2006  
■ HS - 2006

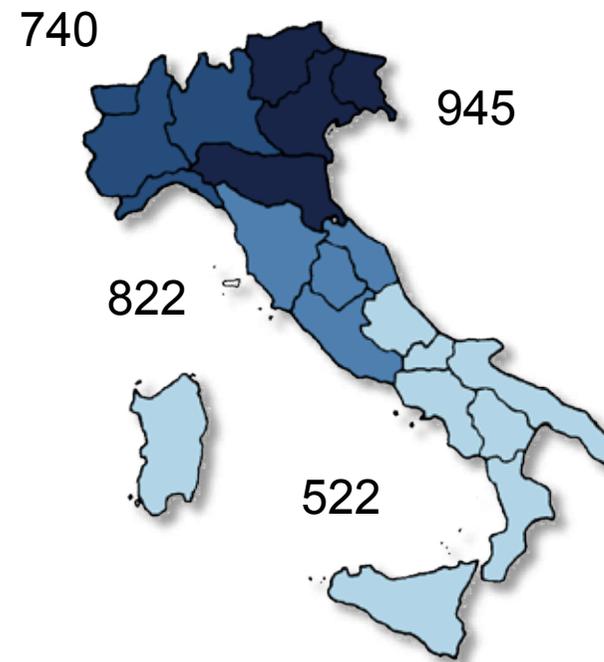
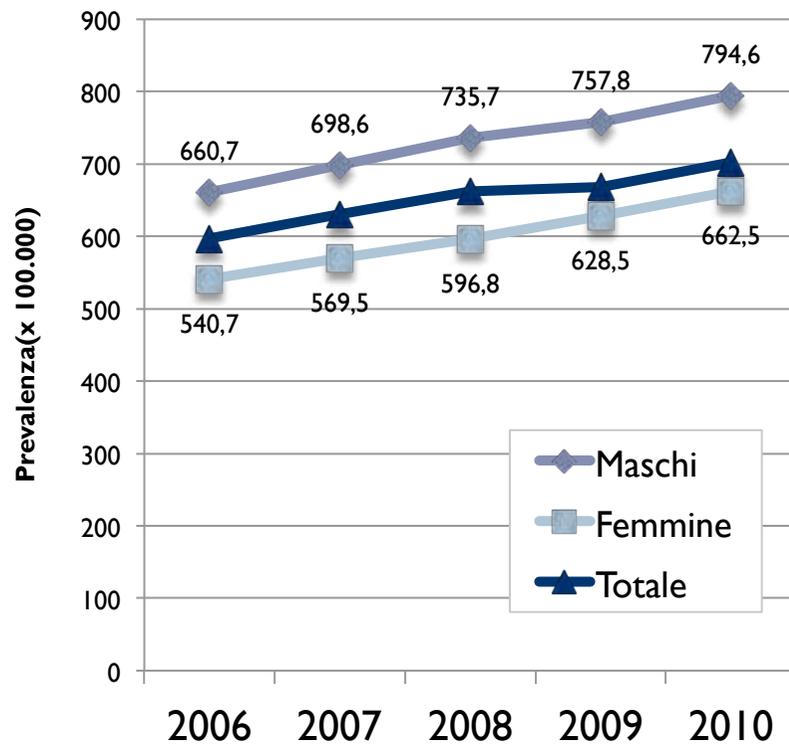
# HS: prevalenza K mammella



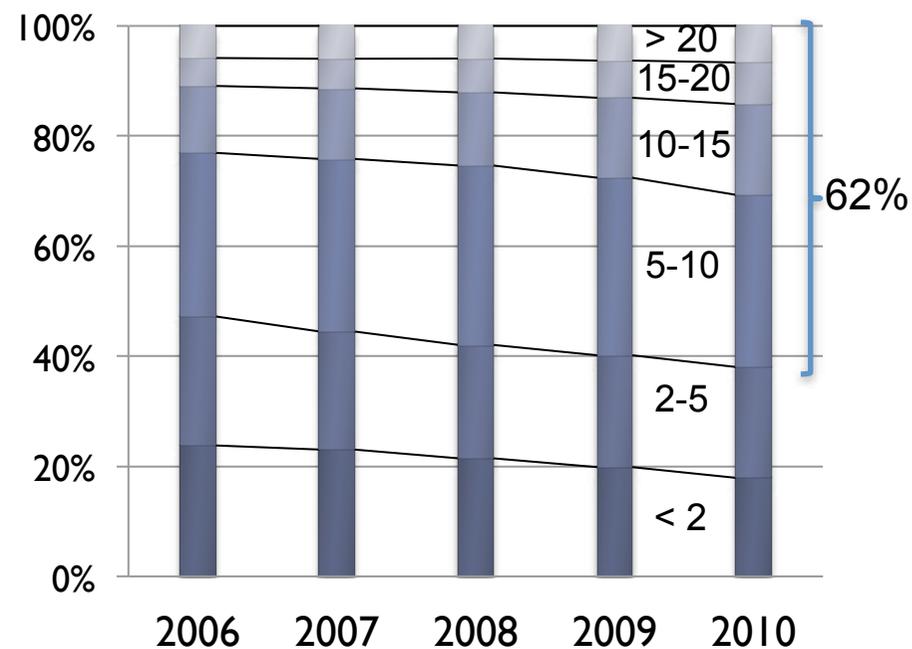
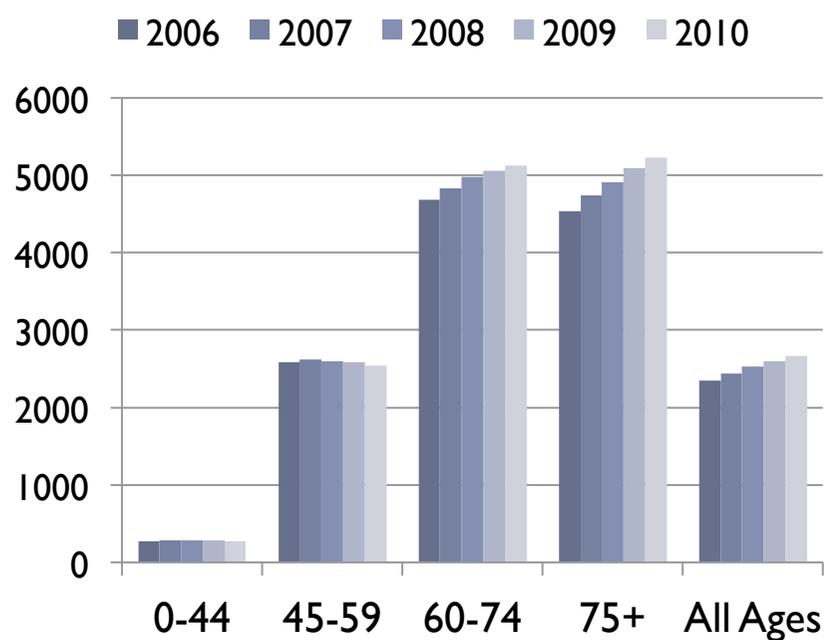
# HS: prevalenza K prostata



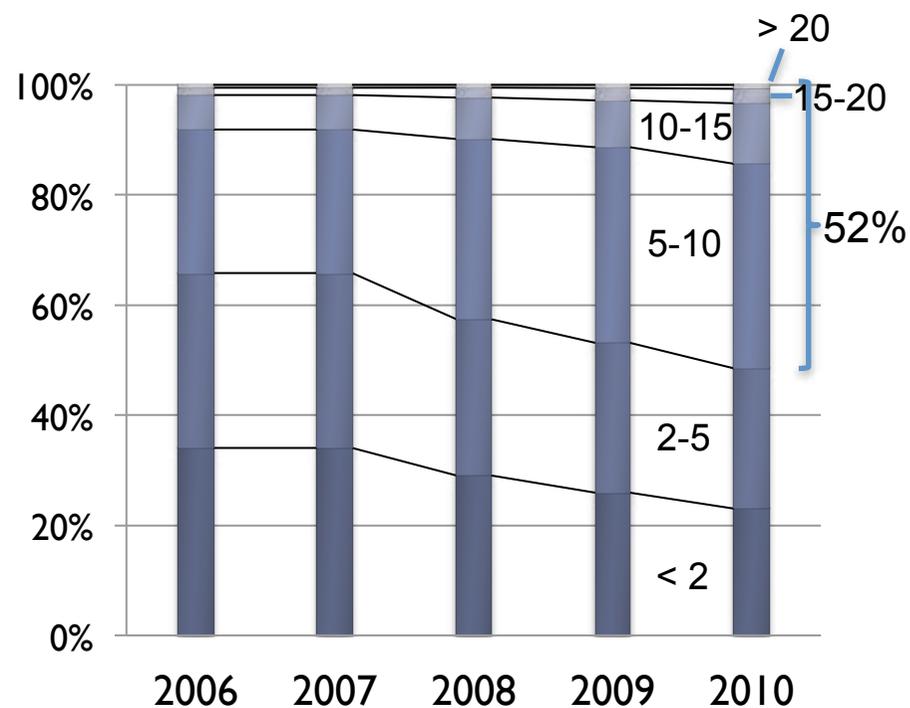
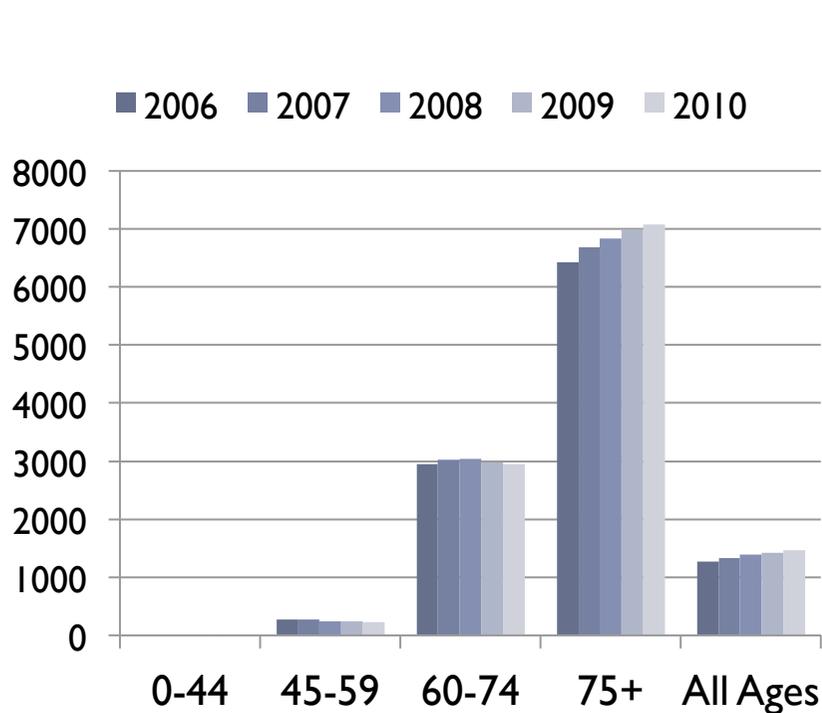
# HS: prevalenza K colon - retto



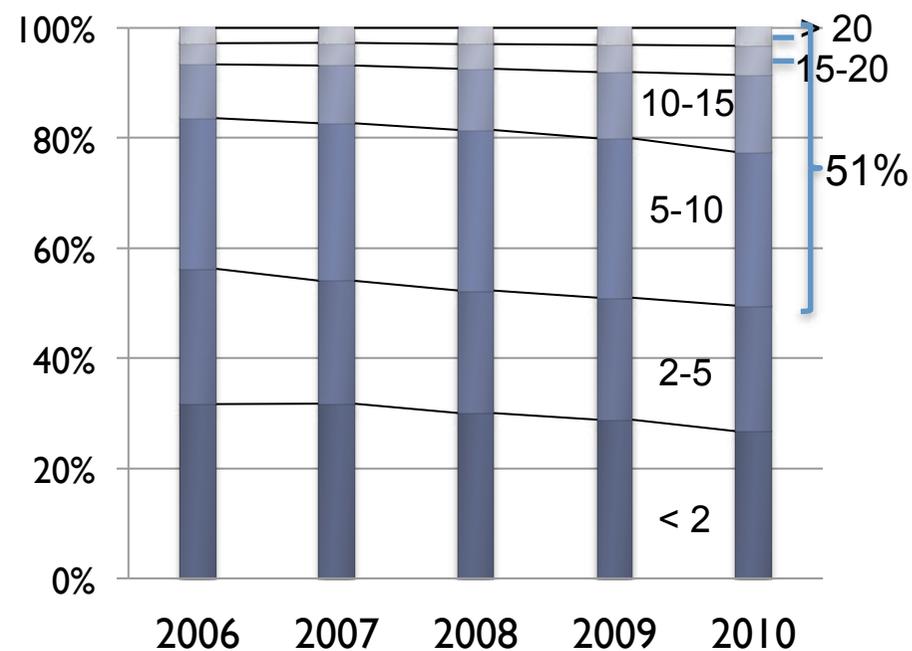
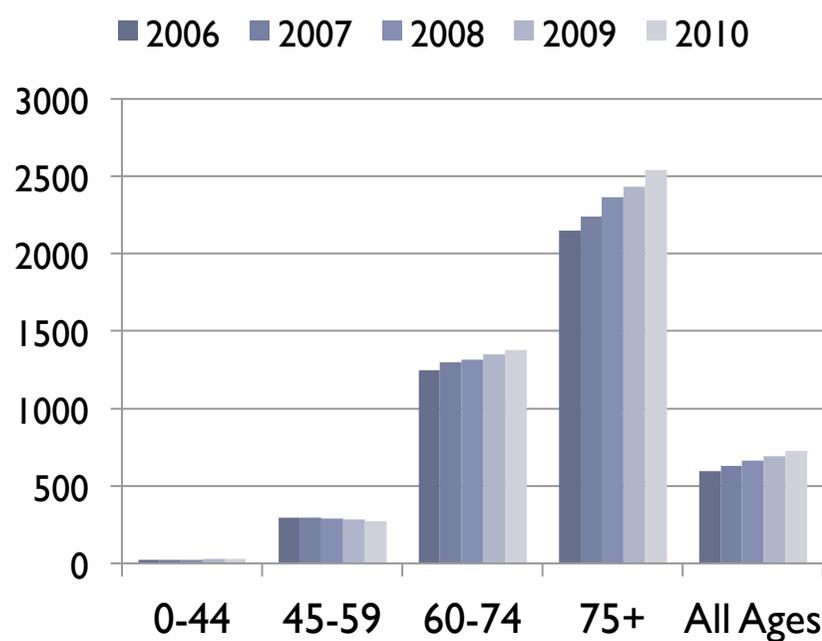
# Storico k mammella: prevalenza per fasce di età ed anni dalla diagnosi



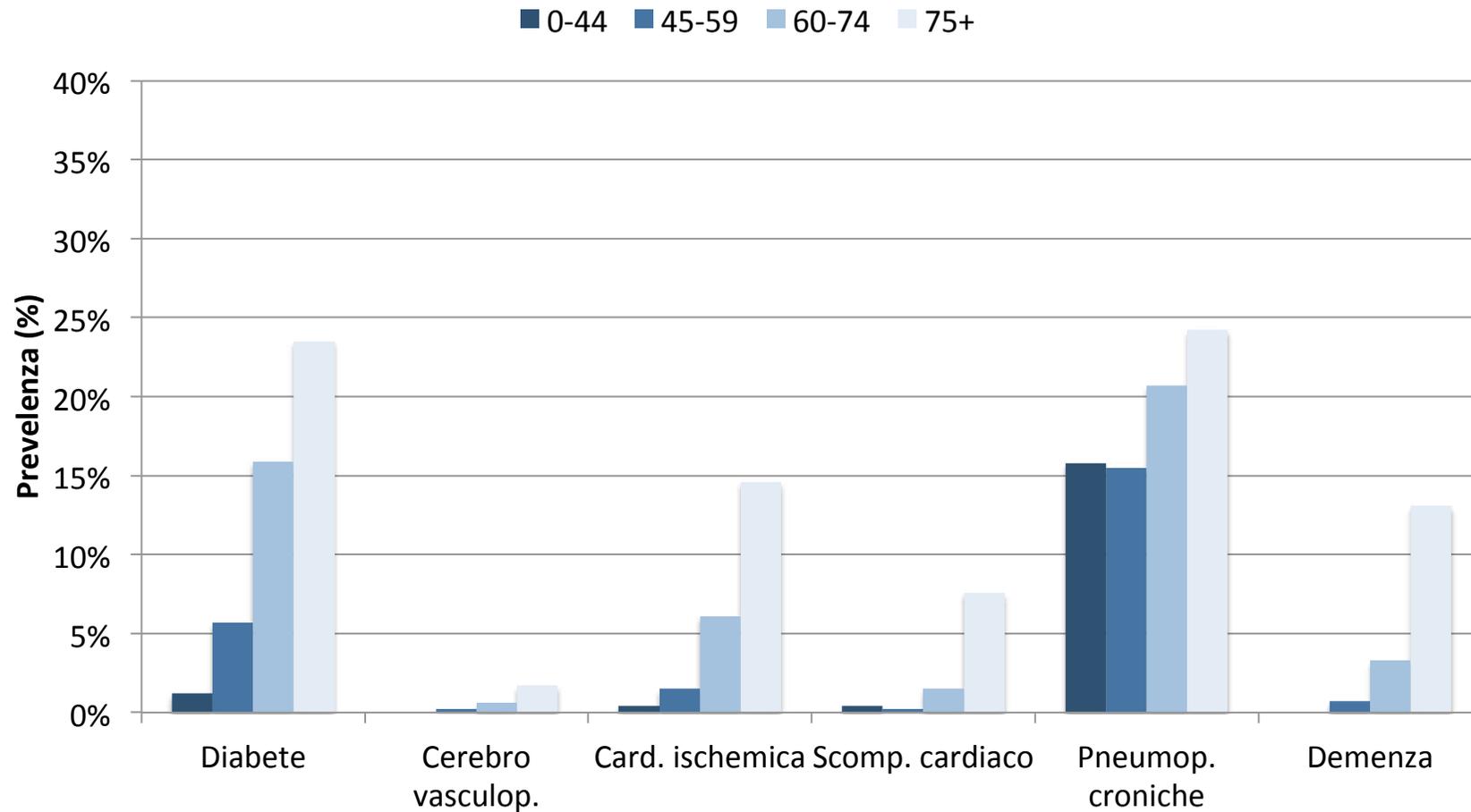
# Storico k prostata: prevalenza per fasce di età ed anni dalla diagnosi



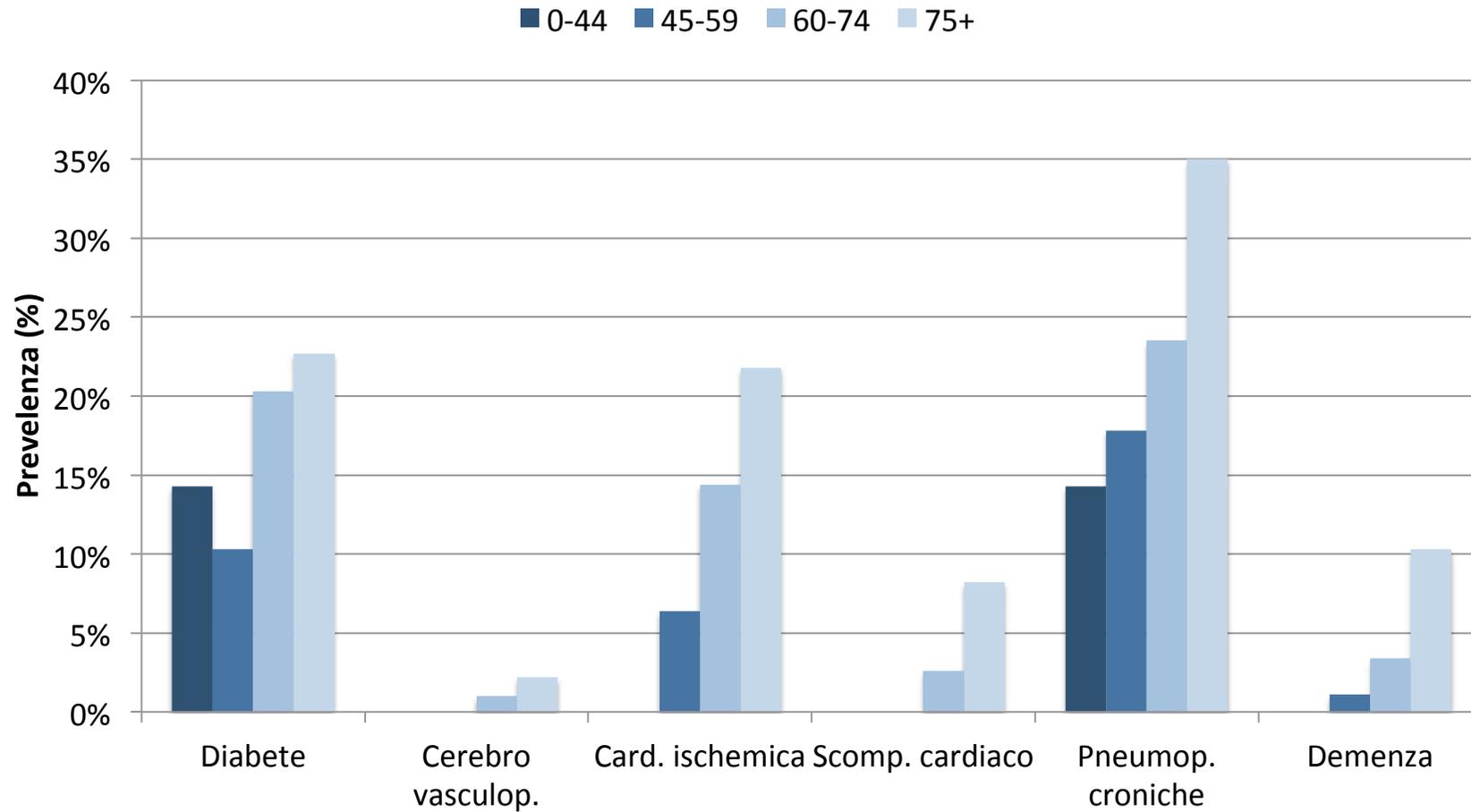
# Storico k colon-retto: prevalenza per fasce di età ed anni dalla diagnosi



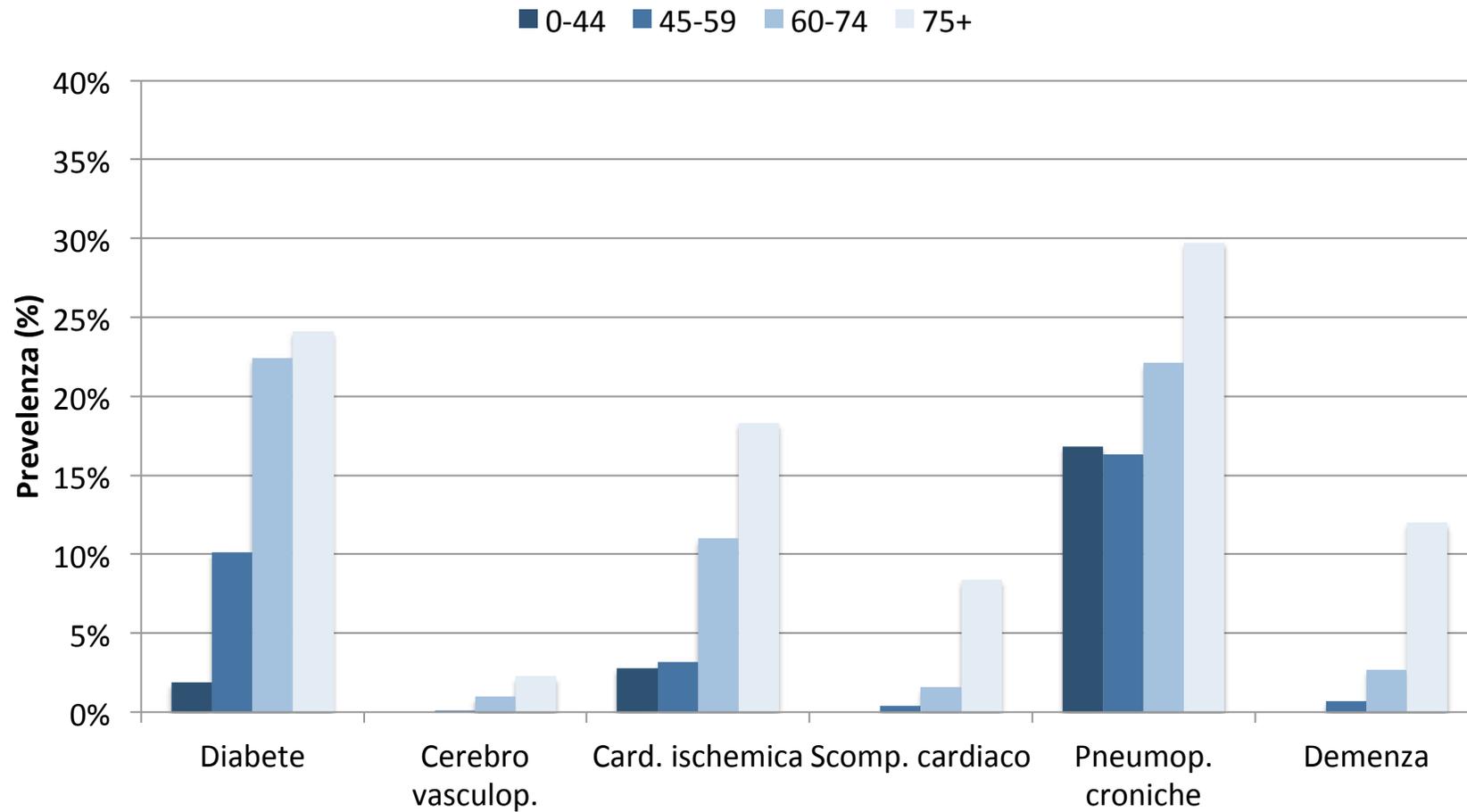
# Comorbilità: k mammella



# Comorbilità: k prostata



# Comorbilità: k colon-retto



# Lungo sopravvivenuti: caratteristiche

	< 5 anni dalla diagnosi	≥ 5 anni dalla diagnosi
Età media (media ± ds)	68,0 (±12,9)	72,0 (±11,6)
% Femmine	56,7	65,2
Chalson Index (media ± ds)	3,0 (± 1,5)	3,0 (± 1,5)
% con almeno un ricovero*	8,0	4,8
% con 2 o più ricoveri*	12,9	6,7
% con almeno una v. oncologica*	13,4	9,8
% con due o più v. oncologiche*	20,0	7,8
* nell'anno 2010		

Prevalenze elevate generano carichi di lavoro importanti  
anche sui servizi specialistici di oncologia

	ANNI DALLA DIAGNOSI		TOTALE
	< 5 anni	> 5 anni	
Popolazione italiana con diagnosi di neoplasia (stima)	609.764	1.061.388	1.671.152
Visite oncologiche (stima)	205.684	185.585	391.629

# Dimensione del problema

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

----- = 6,5% (2010)

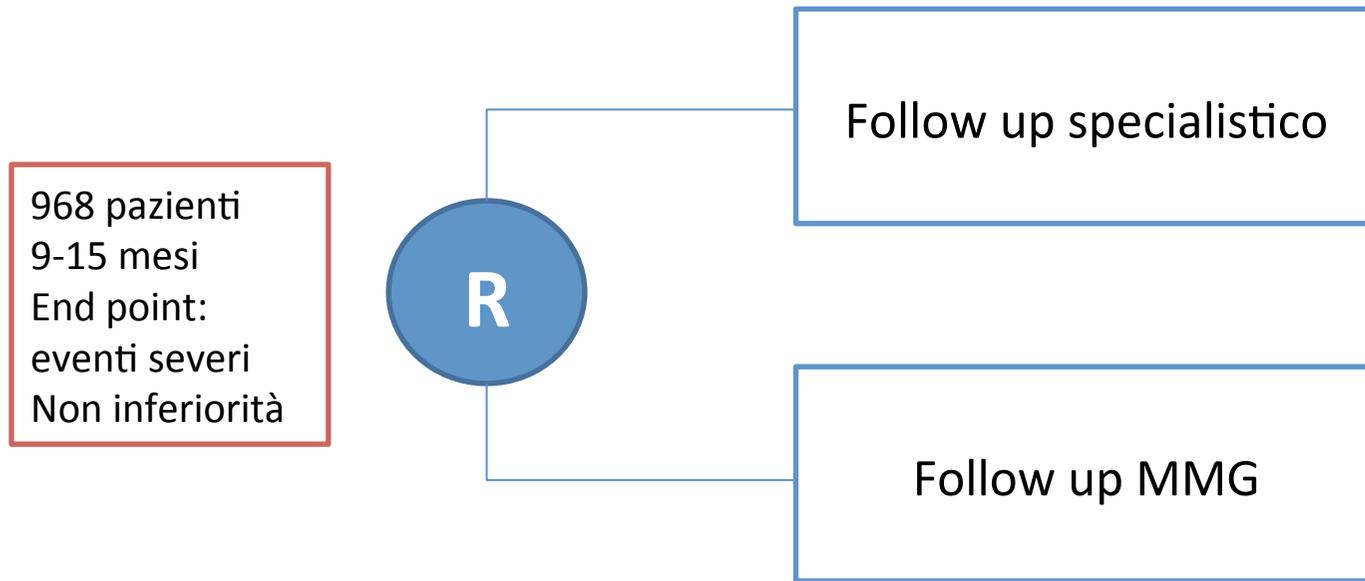
N. totale dei pazienti  
di età  $\geq 18$  anni

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

# Caratteristiche dei pazienti: SINTESI

- Molti pazienti di età >65 aa., > 75 aa.
- Molti pazienti con elevati gradi di comorbidità
- Molti pazienti con autonomia motoria e/o cognitiva ridotta

# Mammella: confronto sugli esiti della patologia ?



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

# Caratteristiche del FU generalista

- Solo un cambio di setting ?

# Caratteristiche del FU generalista

- Accessibilità



- I controlli clinici periodici ambulatoriali o domiciliari, sono inseriti in una valutazione complessiva:
  1. Stato funzionale,
  2. Aspettativa di vita,
  3. Comorbidità,
  4. Proporzionalità di accertamenti e cure,
  5. Volontà del paziente

# Caratteristiche del FU generalista

- Piano di assistenza su base individuale:

## **il FU/la riabilitazione della persona**

1. Ripresa di malattia, locale o sistemica
2. Comparsa di complicanze dei trattamenti, precoci o tardive
3. Valutazione degli esiti, morfologici e/o funzionali, delle cure
4. Recupero psicologico
5. Sorveglianza sul recupero del ruolo sociale e professionale



La modalità originale del lavoro del MMG è la relazione nel tempo con i propri assistiti, non riguarda una sola malattia ma affronta tutti i problemi di ogni singola persona

# Linee Guida

**Co-morbidity: we need a  
guideline for each patient  
not a guideline for each  
disease**

Martin Dawes, McGill University, 515 Pine Avenue West,  
Montreal, Québec, Canada H2W 1S4;  
[martin.dawes@mcgill.ca](mailto:martin.dawes@mcgill.ca)

Family Practice 2010 27(1):1-2; doi:10.1093/fampra/cmp106  
- Editorial





S.I.M.G. Veneto

# 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	<b>845.020</b>	8.1	2	6	11
2007	109145	<b>1.003.874</b>	9.1	3	7	13
2008	113334	<b>1.104.319</b>	9.7	3	7	13
2009	118821	<b>1.216.737</b>	10.2	3	7	14
2010	122626	<b>1.316.198</b>	10.7	3	8	15
2011	127028	<b>1.435.816</b>	11.3	3	8	16

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

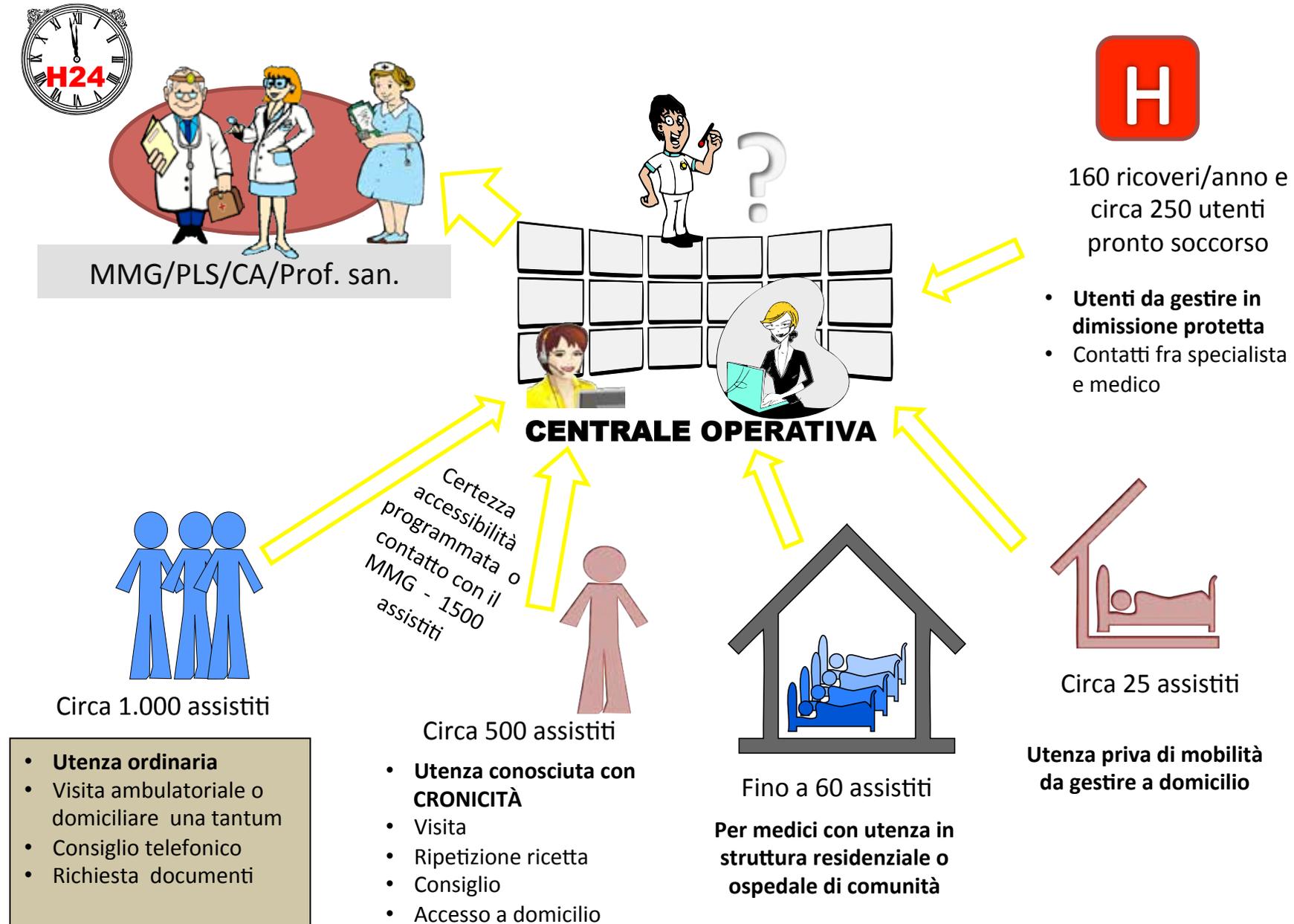
*Per il progetto RI.ALTO:*

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

# CARICO DI LAVORO DEL M.M.G. descritto dal call center ULSS 4 Thiene (VI)

- ⊙ Visite in ambulatorio per giornata su media annua: 20 giorno minuti **200**
- ⊙ Consigli telefonici - orario dedicato minuti **60**
- ⊙ Predisposizione ricette minuti **60**
- ⊙ Visita domiciliare programmata + estemporanea : 2 al giorno minuti **70**
- ⊙ **Attività diretta ad utenza per complessive 6,5 ore giorno di TUTTI I GIORNI feriali con andamenti stagionali che implicano anche 8-9 ore frontali.**
- ⊙ Da aggiungere tempo per:
  - > Formazione professionale e Aggiornamento
  - > Audit di gruppo clinico e organizzativo di norma mensile
  - > Partecipazione a UVMD
  - > Partecipazione a progetti di prevenzione primaria e di sviluppo
- ⊙ Telefonino aperto H12

# TIPOLOGIA UTENZA/BISOGNO H12-H24 – DATI 2008



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

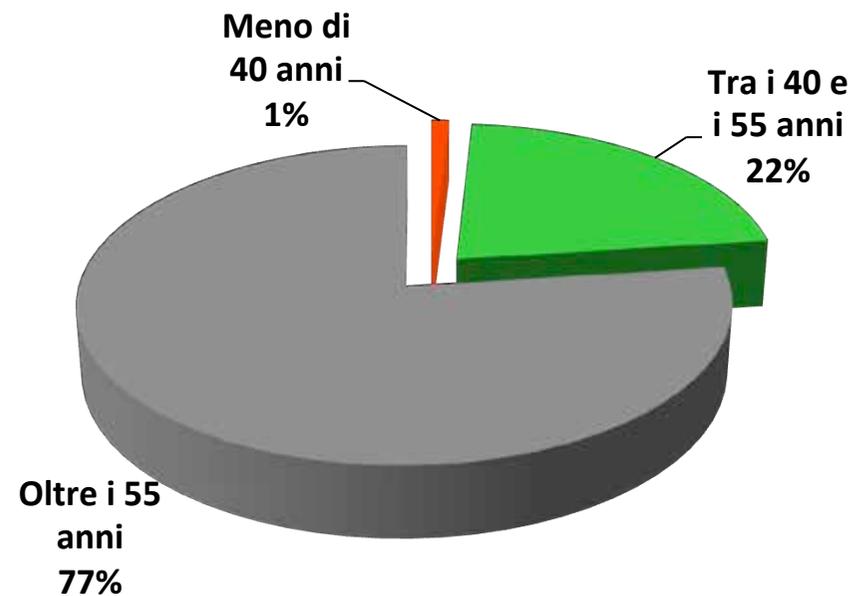
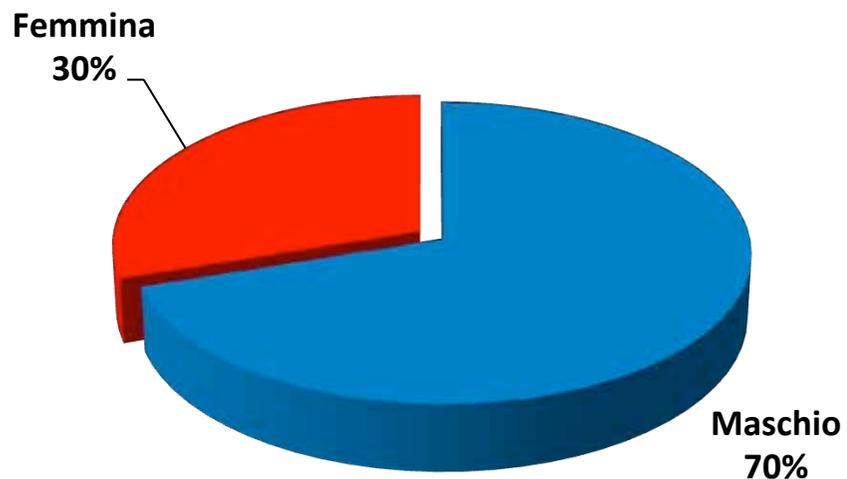


- L' Italia è il Paese europeo con il maggior numero di infermieri..

..ricoverati in ospedale !

# Sondaggio S.I.M.G.

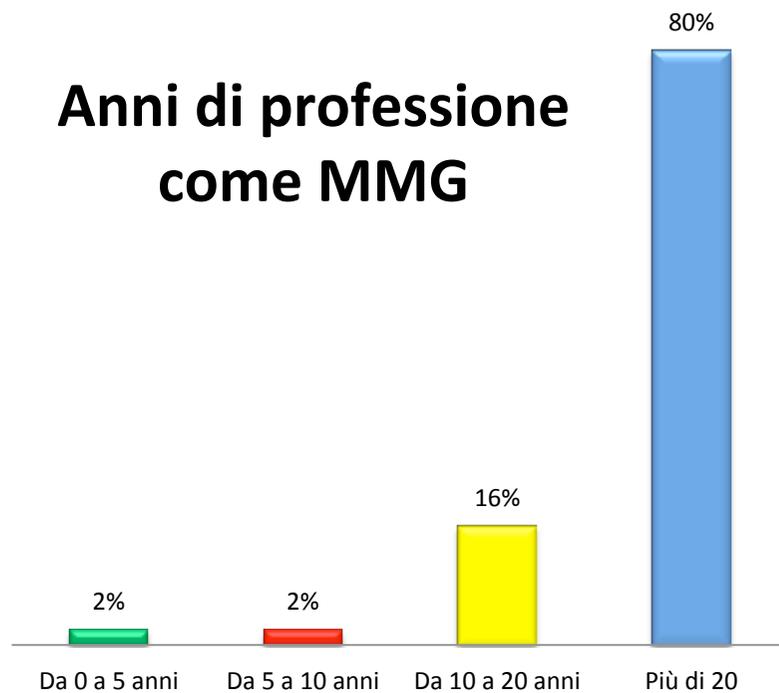
*L'assistenza alle persone libere da malattia dopo la cura di una malattia oncologica*



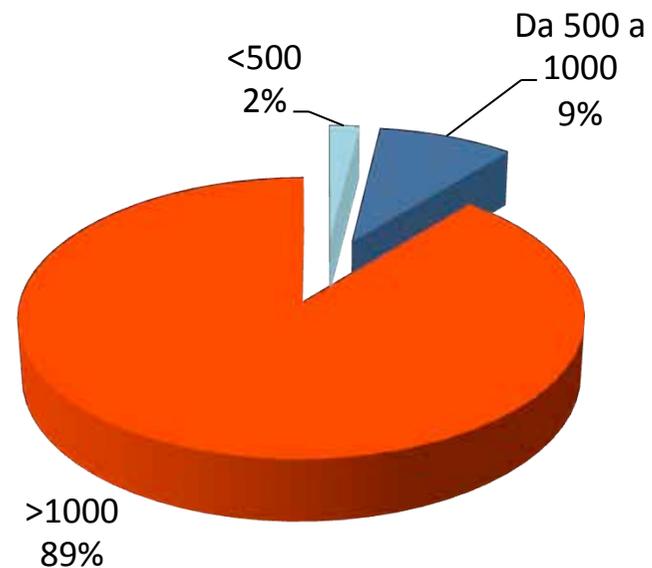
# Sondaggio S.I.M.G.

*L'assistenza alle persone libere da malattia dopo la cura di una malattia oncologica*

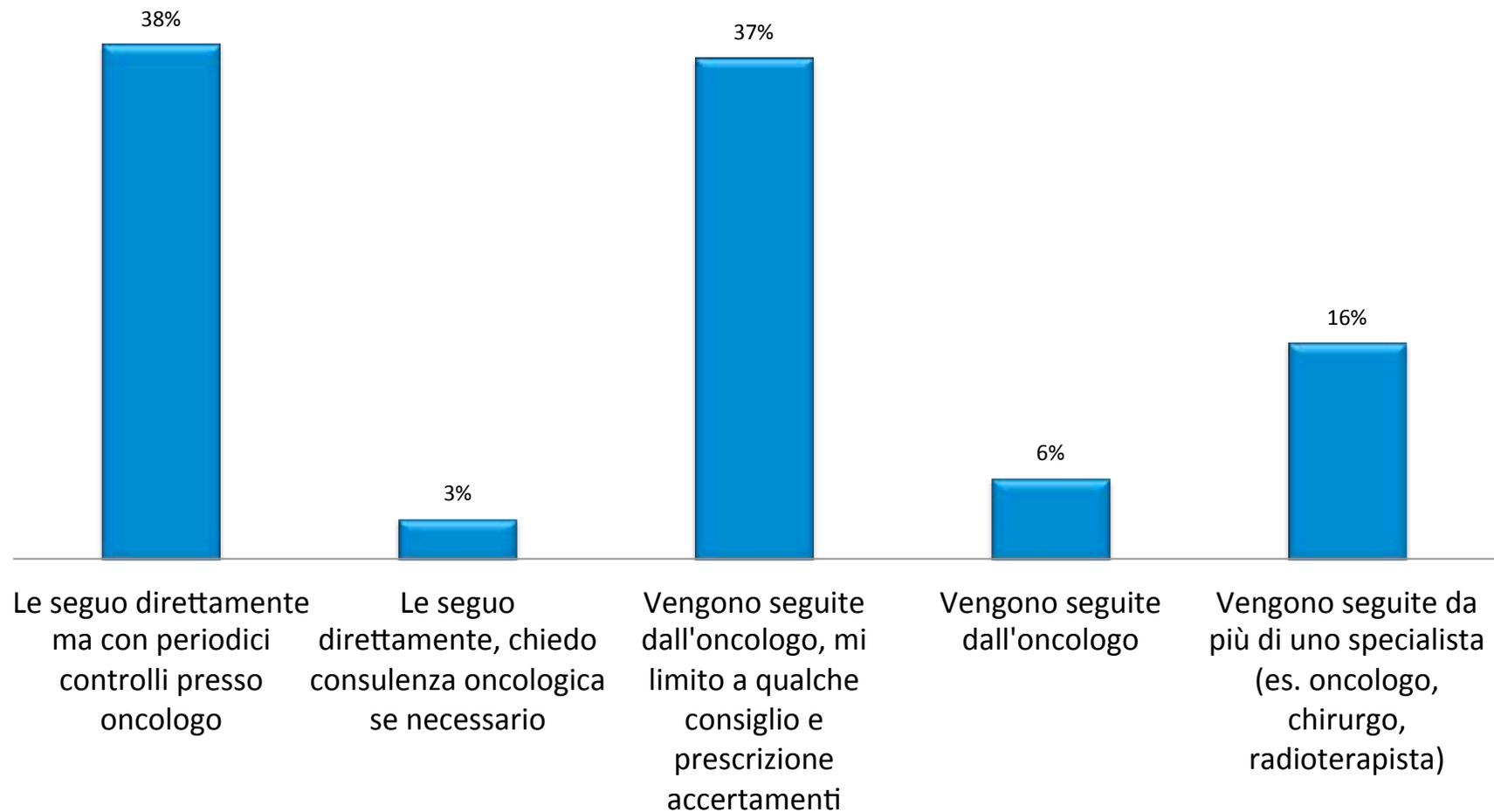
## Anni di professione come MMG



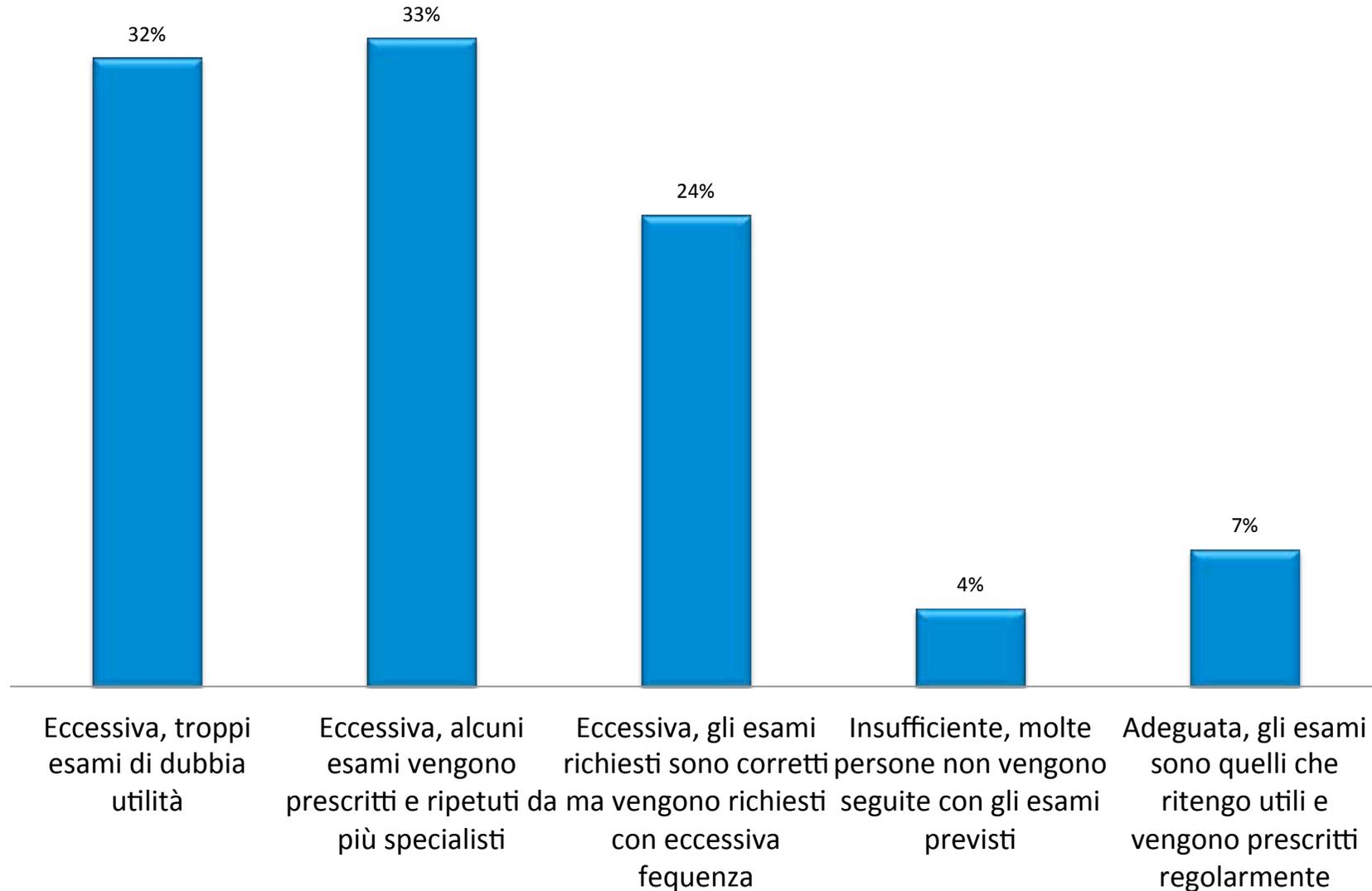
## Numero di assistiti



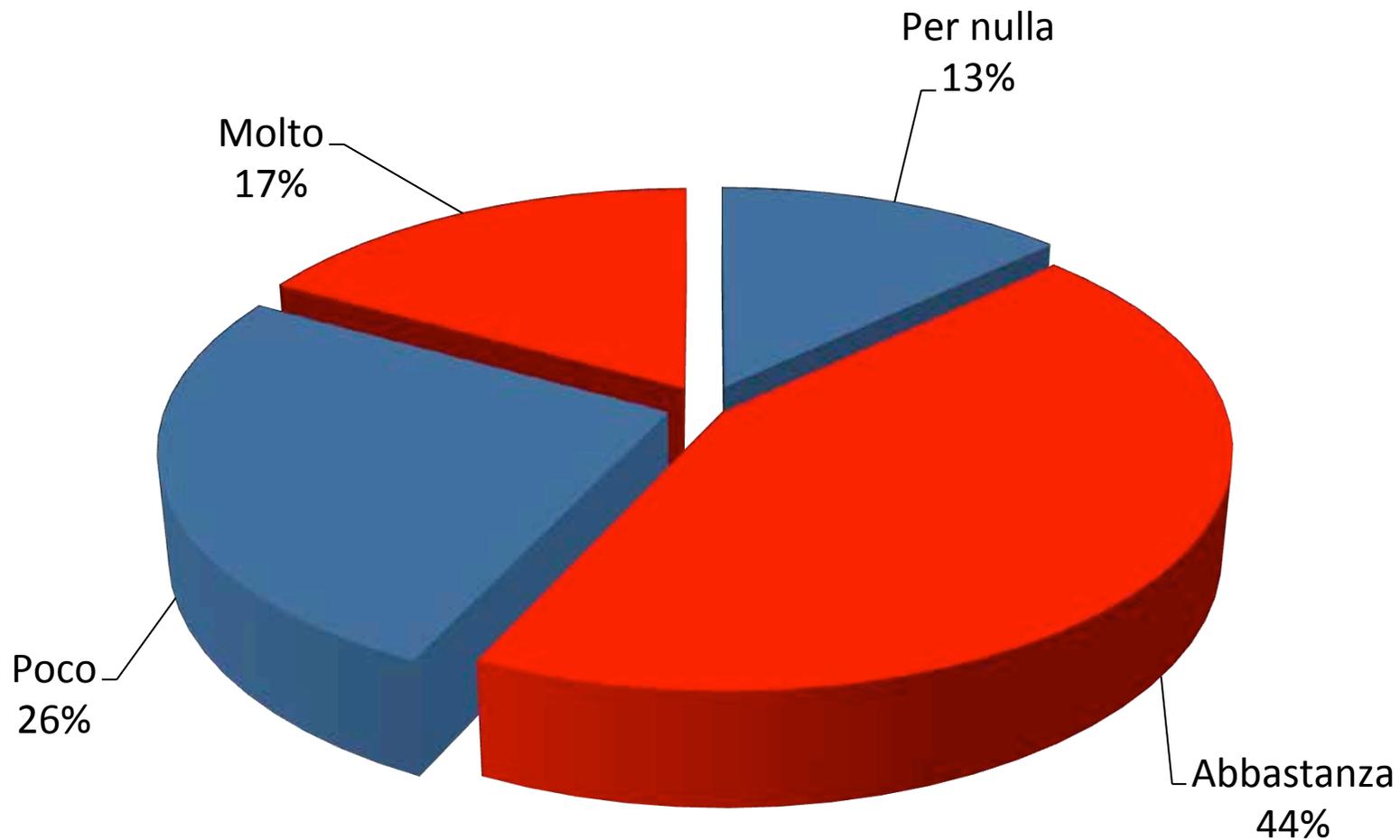
**Circa 2/3 dei pazienti in follow up oncologico hanno avuto una diagnosi di ca. delle mammella o di ca. del colon. Nella sua esperienza, nella maggioranza dei casi, a chi fanno riferimento queste persone ?**



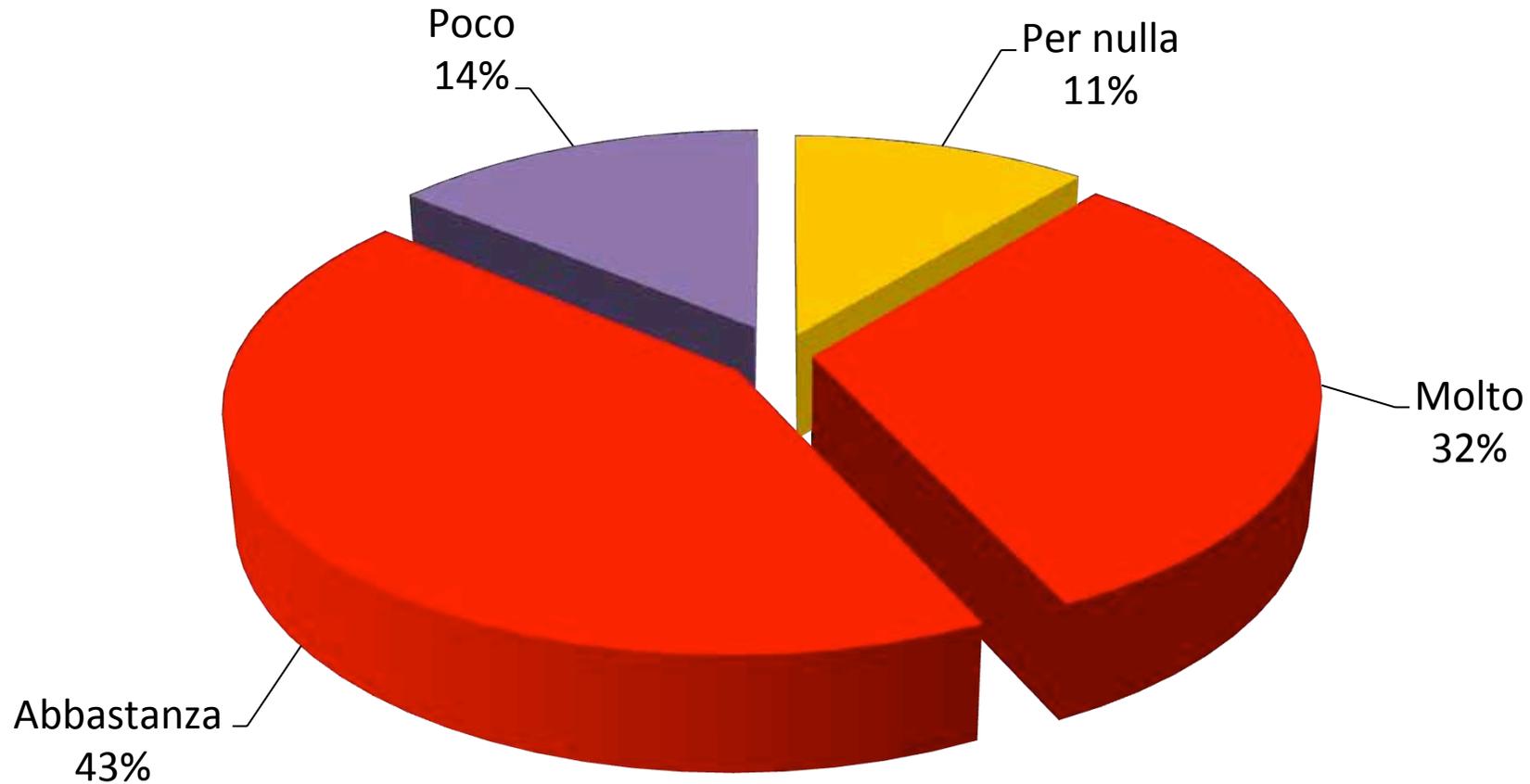
## Secondo la sua esperienza, in genere queste persone vengono sottoposte ad accertamenti periodici in misura



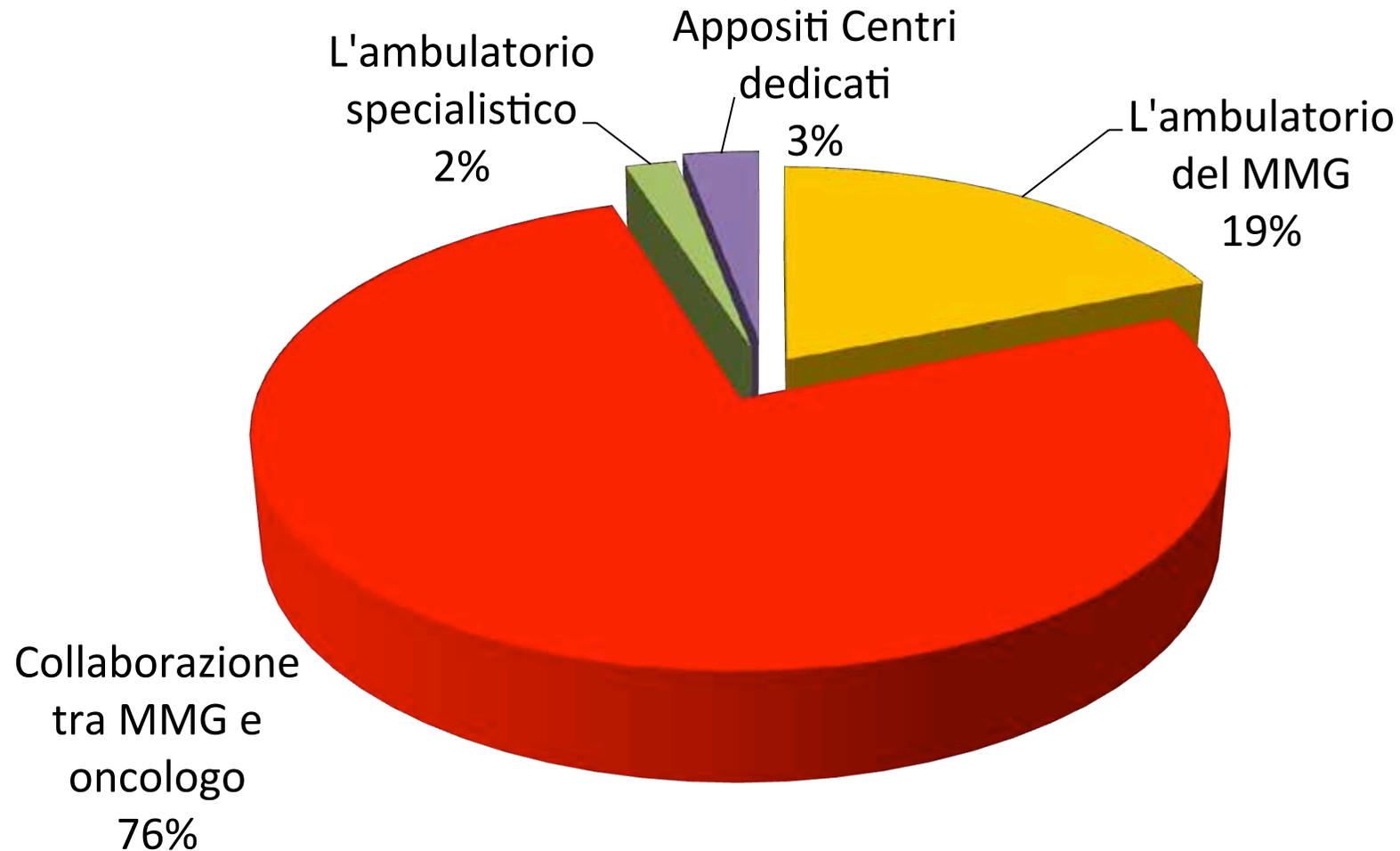
**Il / la paziente si sente rassicurato/a dai controlli strumentali e di laboratorio che gli vengono prescritti :**



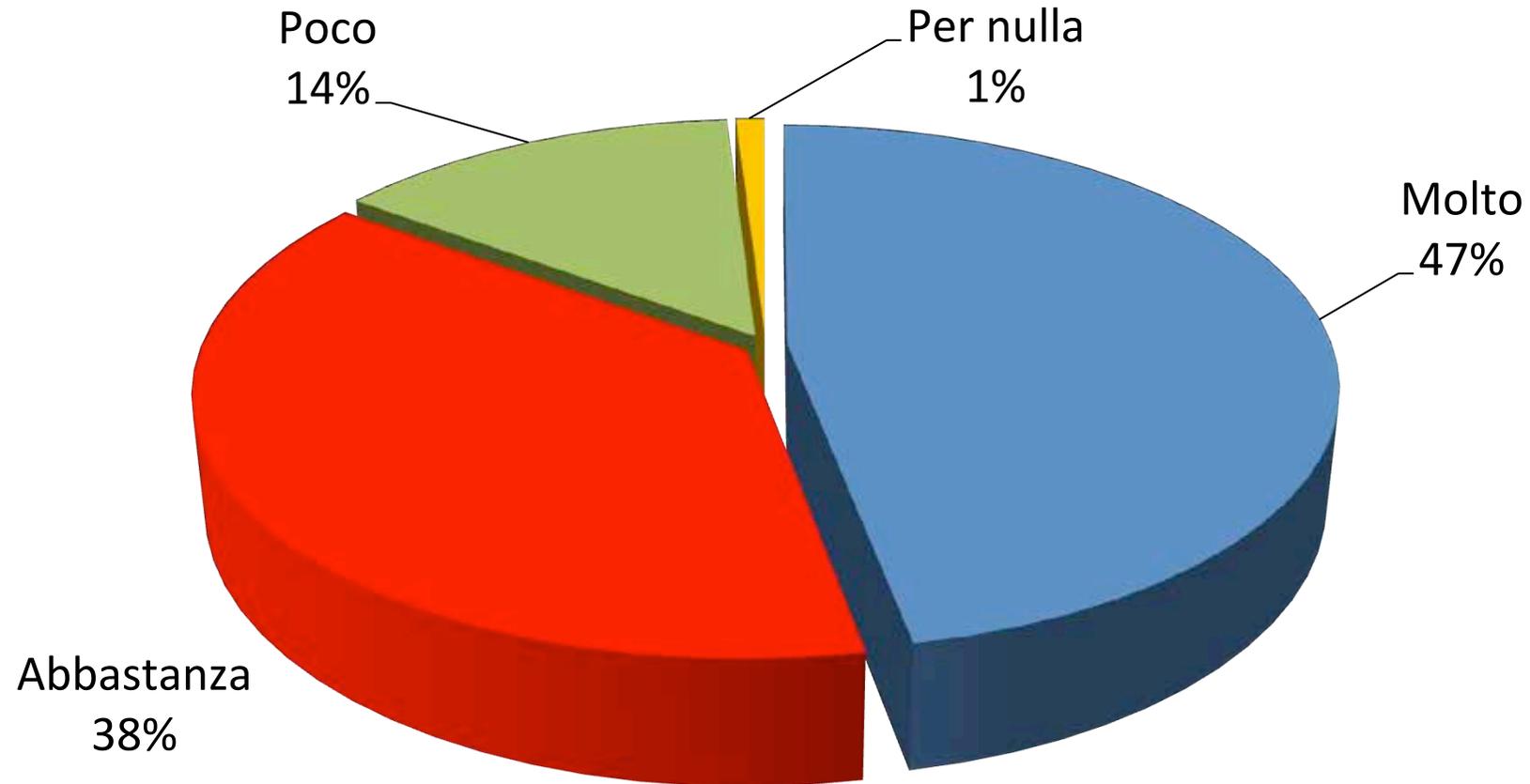
**I pazienti quando sono ancora vicini alla diagnosi vengono rassicurati dagli esami, nelle fasi successive invece prevale l'ansia o il peso:**



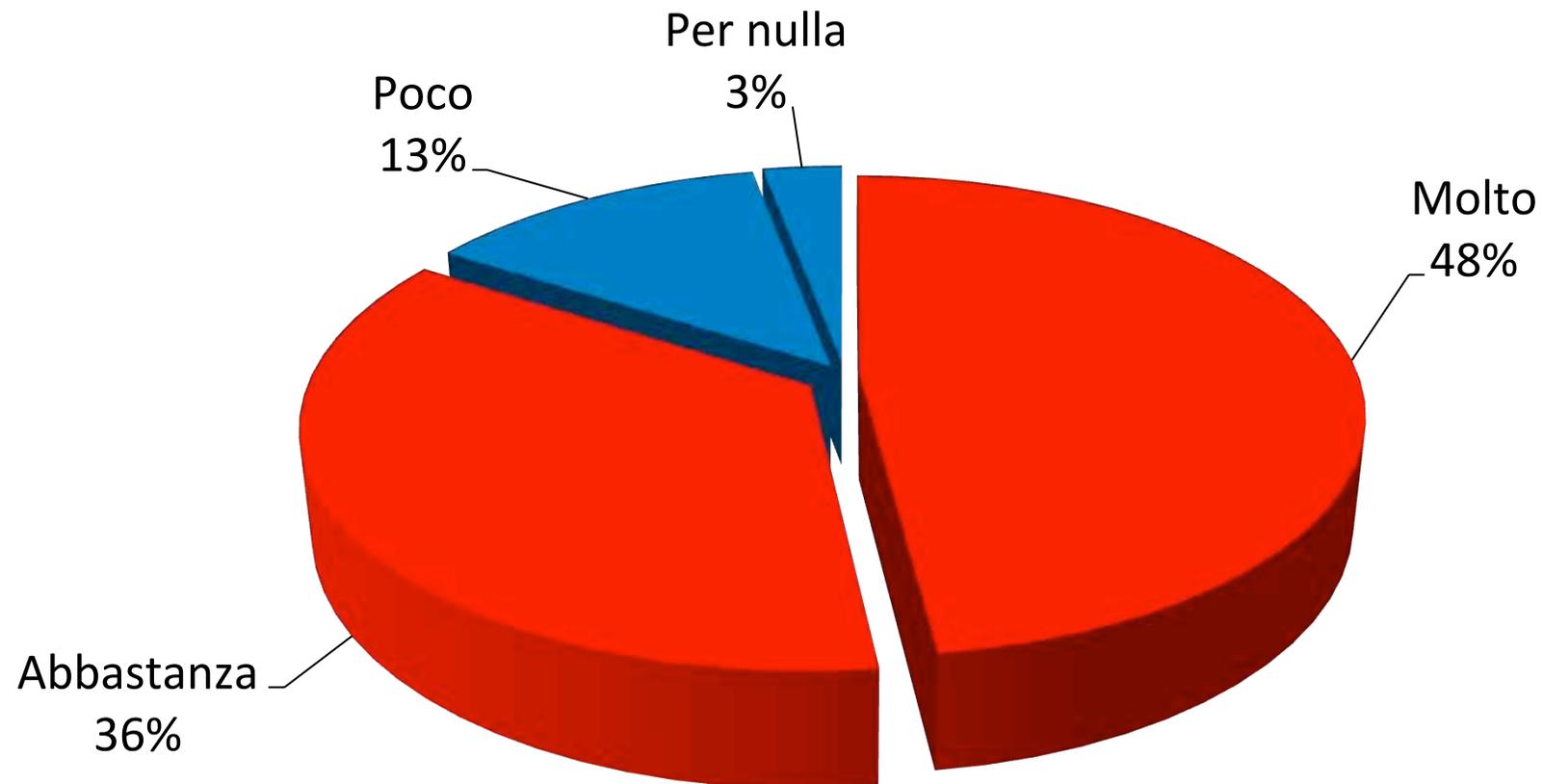
**Qual è, secondo lei, il setting di assistenza più adatto ad assistere le persone guarite da malattia neoplastica, trascorsi 2-3 anni liberi da malattia ?**



**Nell'ipotesi di un follow up in medicina generale per i pazienti guariti dal cancro, quanto ritiene sia rilevante la collaborazione con l'oncologo?**



**Nella riorganizzazione della medicina di famiglia è prevista una attività di segreteria e di personale infermieristico.  
Secondo lei, in che misura questo potrebbe ridurre le difficoltà di gestione del follow up dei pazienti guariti da una neoplasia da pa**



## 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: REALIZZAZIONE O MISTIFICAZIONE?

- Cosa abbiamo ?
  1. Competenze MG, infermieristiche e specialistiche
  2. Esperienze
  3. Informazioni
  4. Leggi e norme
  5. Linee guida e PDTA
- Cosa manca come struttura ?
  1. Risorse informatiche per la rete: FSE ?
  2. Nuovi strumenti di interazione MMG / specialista: Skype, Email
  3. Ore di lavoro gestionale e infermieristico per la MG/Cure primarie

# 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

Gestione integrata: non è una mistificazione ,  
ma è ciò di cui i pazienti hanno bisogno.



# Grazie per l'attenzione !



[cancian.maurizio@simg.it](mailto:cancian.maurizio@simg.it)