

# GLI SCREENING ONCOLOGICI

## ESPERIENZE E RIFLESSIONI

*Percorso Formativo*



*I PDTA oncologici.*

MODENA, 2 DICEMBRE 2015

***Micaela Piccoli***

***Direttore ff. UOC Chirurgia Generale, d'Urgenza e nuove tecnologie  
NOCSAE, Baggiovara, Modena***

# Garanzia di qualità

Il termine "percorso" intende rappresentare concettualmente:

1. l'iter del paziente dal primo contatto con il mondo sanitario alla diagnosi e terapia,
2. l'iter organizzativo che si realizza nella realtà aziendale dal momento della presa in carico del paziente.

I termini "diagnostico", "terapeutico" e "assistenziale" definiscono:

1. la presa in carico totale: dalla prevenzione alla riabilitazione e follow up della persona che ha un problema di salute<sup>23</sup>;
2. gli interventi multi professionali e multidisciplinari rivolti in diversi ambiti come quello psico-fisico, sociale e delle eventuali disabilità.

Cittadinanzattiva rileva e gestisce le segnalazioni spontanee delle persone che hanno avuto difficoltà nell' accesso alle cure o sperimentato violazioni di diritti, attraverso la tutela gratuita offerta dal PiT<sup>17</sup>, dai centri di tutela e dalle oltre 300 realtà locali del Tribunale per i diritti del malato.

Le segnalazioni ricevute ogni anno vengono sistematizzate in un rapporto nazionale che fotografa il servizio sanitario con gli occhi di chi usufruisce dei servizi e definisce l'agenda civica delle priorità da affrontare. Il rapporto 2011 ne analizza oltre 23'000; nell'area oncologica le questioni più "sensibili" per i cittadini sono relative a:

- sospetto errore diagnostico-terapeutico/sicurezza;
- tempi di attesa per prestazioni diagnostiche e terapeutiche;
- difficoltà di accesso a ricoveri, servizi, prestazioni, farmaci;
- carenza di umanizzazione e trattamento del dolore;
- ostacoli nell'accesso a benefici socio-economici.

Tab. 2 – Presunti errori diagnostici per area specialistica segnalata

Presunti errori diagnostici/Area specialistica	2010	2009
Oncologia	29,3%	27,6%
Ortopedia	14,8%	17,2%
Ginecologia e ostetricia	10,1%	13,7%
Cardiologia	8,2%	10,4%
Neurologia	7,0%	6,9%
Pneumologia	6,0%	0,0%
Oculistica	5,0%	3,5%
Odontoiatria	4,1%	3,5%
Dermatologia	3,1%	0,0%
Gastroenterologia	3,1%	6,9%
Malattie infettive	2,1%	3,5%
Pediatria	1,2%	0,0%
Altre aree	6,0%	6,8%
<b>Totale</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fonte: Rapporto PiT salute 2011 - Cittadinanzattiva, "Diritti al Taglio"

## ESEMPI DI PRESUNTI ERRORI DIAGNOSTICI IN ONCOLOGIA

- Mancata **prescrizione di accertamenti** utili alla rilevazione della patologia (es. TAC ; RMN; Total Body; ecografie; ecc.).
- Ritardo di diagnosi tumorale, per **sottovalutazione dei sintomi riferiti**.
- Mancata prescrizione di esami per la verifica della presenza di markers tumorali.
- Mancata **comunicazione all'interessato di risultati positivi** di patologia oncologica (es. risposta pap test; accertamenti casuali fatti in occasione di altri interventi; ecc.).
- Errata **lettura di esami istologici** estemporanei e definitivi.
- Errata **valutazione della stadiazione** del tumore.
- Errata valutazione di fattori di rischio concomitanti (es. collocazione della neoplasia aderente a vasi, nervi o ad altri organi).
- Mancata prescrizione di accertamenti di controllo, nel post intervento.
- Errata diagnosi radio e chemioterapia.
- Mancata **rivalutazione diagnostica** post radio e chemioterapia.

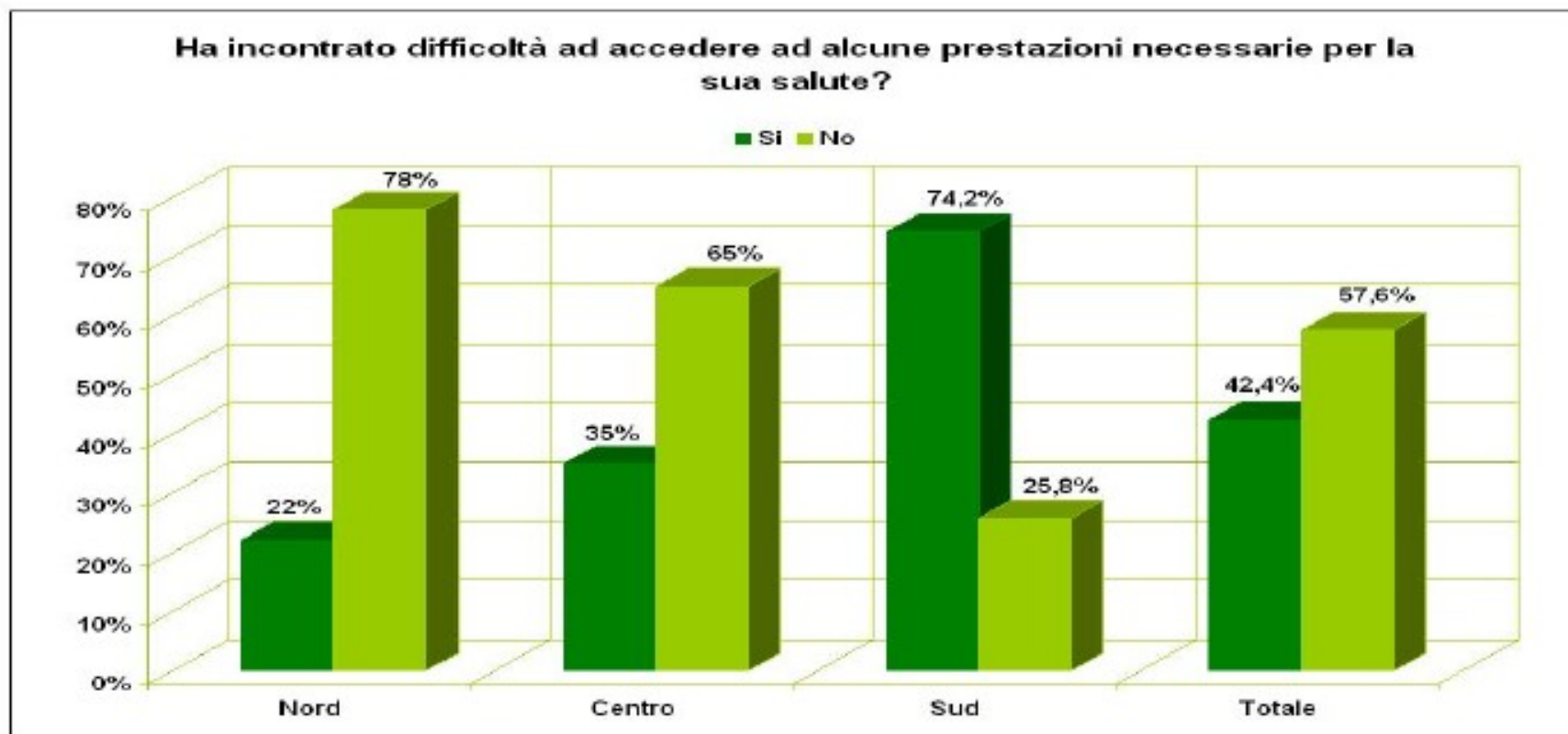
*Fonte: Rapporto PiT salute 2011 - Cittadinanzattiva, "Diritti al Taglio"*

## ESEMPI DI PRESUNTI ERRORI TERAPEUTICI IN ONCOLOGIA

- Intervento chirurgico con **asportazione incompleta** della massa oncologica (rischio disseminazione).
- Interventi **troppo demolitivi** rispetto alla neoplasia diagnosticata.
- Ritardo nella **prescrizione e somministrazione** di adeguata terapia oncologica.
- Ritardo o mancata effettuazione di Radio e/o chemioterapia quando era necessaria.
- Errori terapeutici inerenti alla terapia chemioterapica (es. **dosi e vie di somministrazione** non corrette).
- Mancanza di opportuni controlli di screening per il monitoraggio della patologia e per la prevenzione della sua ripresa .
- Mancanza di adeguata assistenza e nei tempi congrui per i malati terminali.
- Mancanza per malato e familiari di adeguata assistenza e sostegno psicologico.
- Difficoltà di accesso nei centri di terapia oncologica .

*Fonte: Rapporto PiT salute 2011 - Cittadinanzattiva, "Diritti al Taglio"*

Fig. 9 – difficoltà nell'accesso a prestazioni necessarie per lo stato di salute



Fonte: Tribunale per i diritti del malato – Cittadinanzattiva 2012

# Garanzia di qualità

Dalla necessità di governare la prestazione di  
una singola équipe  
alla necessità di governare l'intero processo

# Garanzia di qualità

**L'approccio multidisciplinare integrato è la migliore garanzia di qualità e di efficienza del percorso diagnostico-terapeutico e assistenziale per i pazienti affetti da neoplasia.**

**Tale approccio permette oggi un trattamento personalizzato sulle caratteristiche biologiche della malattia, e sulle condizioni specifiche del singolo individuo.**

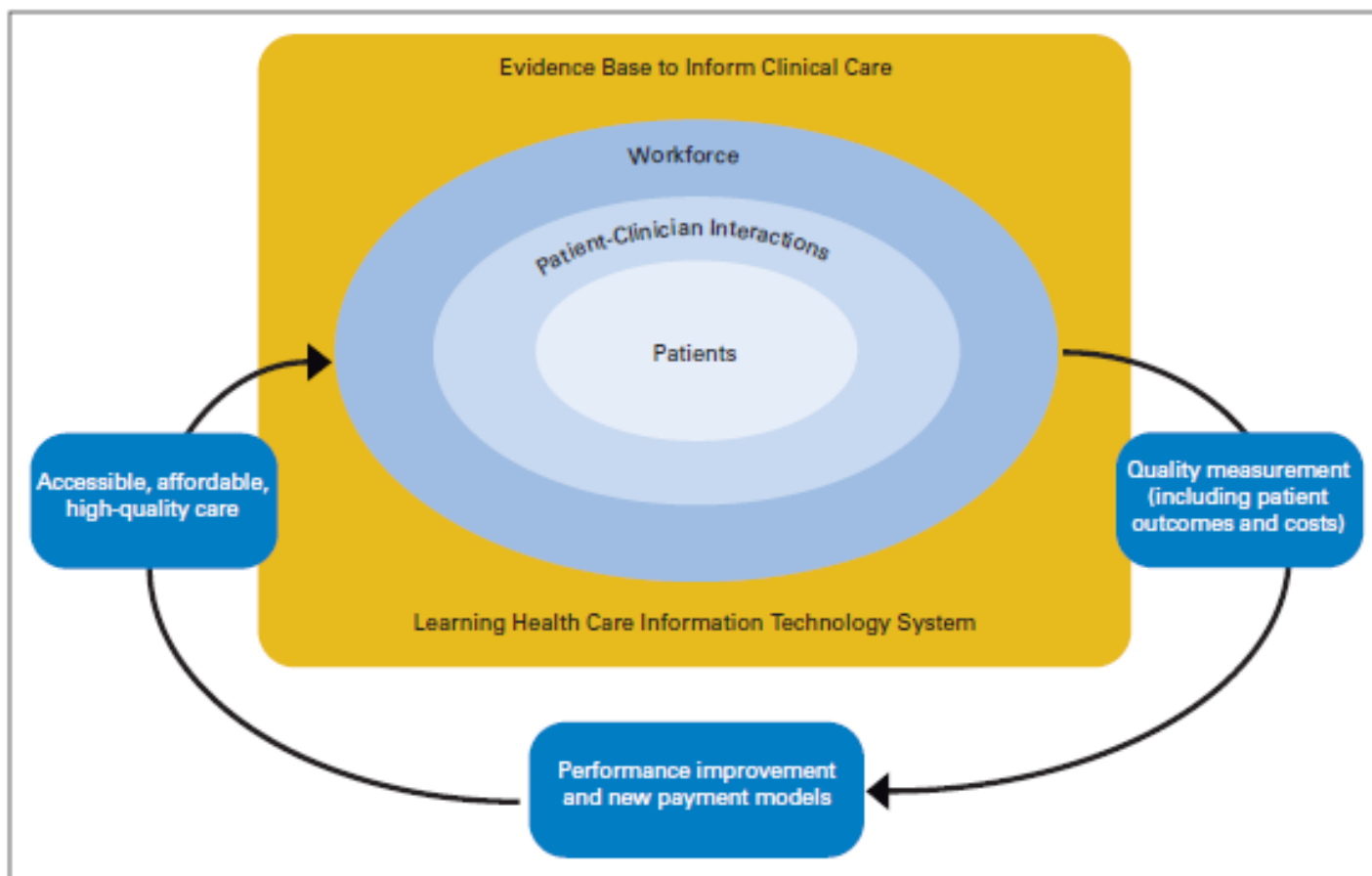
# Garanzia di qualità

Nella stesura di un PDTA non vengono considerati tutti i parametri e le situazioni cliniche ed organizzative che si possono presentare nell'ambito del Percorso, ma si identificano, a partire dalle linee guida e dagli altri riferimenti bibliografici e normativi, alcuni passaggi chiave del Percorso, sintetizzati poi in contenuti essenziali.



# Charting a New Course for the Delivery of High-Quality Cancer Care

Patricia A. Ganz, *UCLA Fielding School of Public Health, David Geffen School of Medicine at UCLA, Jonsson Comprehensive Cancer Center, Los Angeles, CA*  
 Laura A. Levit, *Institute of Medicine, Washington, DC*

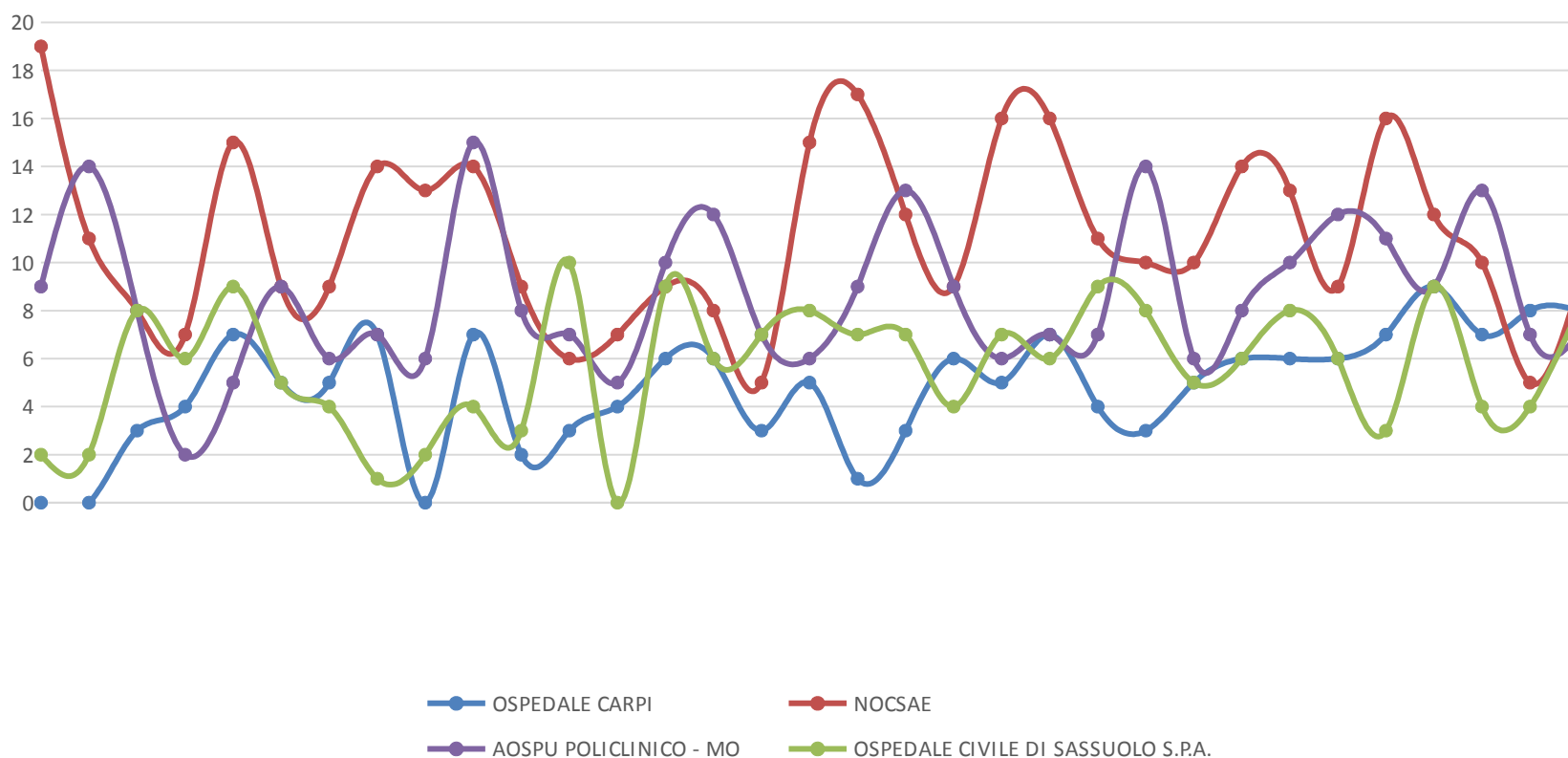


**Table 1.** Goals of the Recommendations

1. Provide patients and their families with understandable information about cancer prognosis, treatment benefits and harms, palliative care, psychosocial support, and costs.
2. Provide patients with end-of-life care that meets their needs, values, and preferences.
3. Ensure coordinated and comprehensive patient-centered care.
4. Ensure that all individuals caring for patients with cancer have appropriate core competencies.
5. Expand the breadth of data collected in cancer research for older adults and patients with multiple comorbid conditions.
6. Expand the depth of data collected in cancer research through a common set of data elements that capture patient-reported outcomes, relevant patient characteristics, and health behaviors.
7. Develop a learning health care information technology system for cancer that enables real-time analysis of data from patients with cancer in a variety of care settings.
8. Develop a national quality reporting program for cancer care as part of a learning health care system.
9. Implement a national strategy to reduce disparities in access to cancer care for underserved populations by using community interventions.
10. Improve the affordability of cancer care through existing efforts to reform payment and eliminate waste.

# Centralizzazione chirurgia oncologica Azienda AUSL Modena

Tumore COLON-RETTO - Volume di primi interventi negli ospedali della provincia di Modena



# Centralizzazione chirurgia oncologica Azienda AUSL Modena

PRIMI INTERVERTI PER TUMORE AL COLON E AL RETTO 2013 - 9 mesi 2015			
	VOLUMI (INDICE DI CONCENTRAZIONE)		
Ospedale in cui viene effettuato l'intervento	2013	2014	9 mesi 2015
OSPEDALE CARPI	43 (11%)	53 (13,4%)	62 (20,7%)
OSPEDALE MIRANDOLA	19 (4,8%)	17 (4,3%)	1 (0,3%)
NOCSAE	134 (34,2%)	135 (34%)	98 (32,7%)
AOSPU POLICLINICO - MO	96 (24,5%)	105 (26,4%)	83 (27,7%)
OSPEDALE CIVILE DI SASSUOLO S.P.A.	56 (14,3%)	78 (19,6%)	53 (17,7%)
OSPEDALE PAVULLO NEL FRIGNANO	8 (2%)	3 (0,8%)	0 (0%)
OSPEDALE VIGNOLA	35 (8,9%)	4 (1%)	0 (0%)
OSP. PRIVATO HESPERIA HOSPITAL - MO	1 (0,3%)	2 (0,5%)	3 (1%)
<b>TOTALE</b>	<b>392 (100%)</b>	<b>397 (100%)</b>	<b>300 (100%)</b>

# Centralizzazione chirurgia oncologica Azienda AUSL Modena

La migliore qualità dei risultati [Leonard D et al 2014; Etzioni DA et al 2014, Balentine CJ et al 2014], intesa come efficacia dei trattamenti, è conseguenza della co-presenza dei seguenti principali fattori:

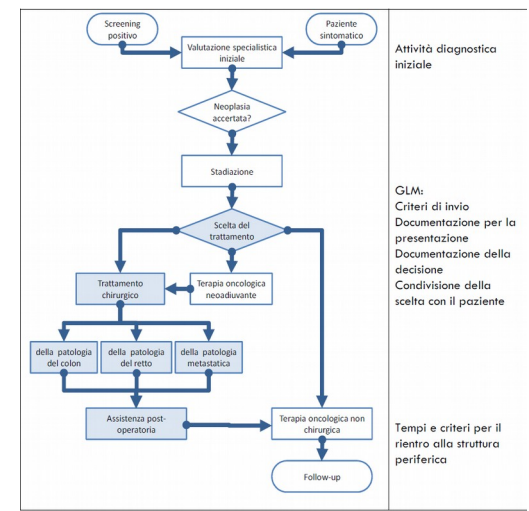
- alto volume di casistica trattata
- competenza dell'equipe chirurgica assistenziale
- attività di formazione
- dotazione tecnologica
- qualità dei processi e dell'organizzazione
- caratteristiche della struttura

È possibile affrontare il tema della “centralizzazione” da diverse prospettive:

- Dal punto di vista organizzativo risulta fondamentale presidiare l'integrazione sia orizzontale che verticale
- Dal punto di vista del governo clinico è necessario identificare strumenti che favoriscano pratiche orientate al paziente ed all'outcome e basate sulle evidenze scientifiche
- Dal punto di vista del personale è necessario valorizzare le competenze e motivare i professionisti rispetto al nuovo modello organizzativo
- Dal punto di vista del cittadino è indispensabile presidiare responsiveness ed equità nell'accesso e nel trattamento

Si propone quindi un intervento che prevede:

- L'istituzione di gruppi di lavoro multidisciplinari
- La definizione di un PDTA condiviso
- Il monitoraggio di un setting di indicatori e l'introduzione della pratica dell'audit clinico
- La definizione di un sistema di credentialing per i professionisti





- Il diritto a *misure preventive*, ovvero l'impegno del Sistema a favorire non solo la diagnosi tempestiva (pensiamo agli screening), ma anche a prevenire l'insorgenza della patologia ad esempio attraverso iniziative di promozione di corretti stili di vita, l'istituzione di centri Antifumo, la copertura vaccinale anti HPV.
- Il diritto all'*accesso*, vale a dire la possibilità di usufruire di servizi appropriati a prescindere dalle risorse finanziarie di cui personalmente si dispone (ad esempio il ricorso obbligato a prestazioni diagnostiche private o in intramoenia; etc.), e dal territorio in cui si è residente (nord, centro, sud, isole). La mobilità è legittima se si tratta di una libera scelta del cittadino, ma non può derivare da una necessità dettata dall'insufficienza o inadeguatezza dei servizi.
- Il diritto all'*informazione*, per accedere o attivare alcuni servizi o prestazioni senza scontrarsi con la farraginosità non solo delle "procedure burocratiche", ma anche disponendo in via preventiva delle informazioni necessarie a percorrerle adeguatamente (per l'accesso alle cure, a protesi e ausili, a benefici socio-economici, per l'attivazione dell'assistenza domiciliare, etc.). O anche per avere conoscenza di quanto la ricerca e l'innovazione mettono a disposizione per contrastare e curare la malattia e per favorire una migliore qualità di vita.
- Il diritto a un *trattamento personalizzato*, per costruire programmi diagnostici o terapeutici quanto più possibile adatti alle personali esigenze del paziente, che ponga attenzione agli effetti collaterali delle terapie prescritte e praticate. È indispensabile avere riguardo al contesto socio-familiare, determinante per definire le modalità di erogazione delle cure (domiciliare, in regime di degenza, etc.), la protezione socio-sanitaria da garantire, etc.
- Il diritto alla *libera scelta*, ovvero la facoltà di decidere tra le differenti procedure disponibili per trattare la patologia (alternative terapeutiche) e tra i differenti erogatori di trattamenti sanitari presenti. Il presupposto è la disponibilità e la fruibilità per il cittadino di adeguate informazioni sui diversi centri e professionisti in grado di garantire i trattamenti scelti; sull'impiego di un approccio multidisciplinare, oltre che sui risultati raggiunti attraverso l'attività di cura.
- Il diritto al *rispetto dei tempi dei pazienti* nell'offerta di risposte ai bisogni dei pazienti e dei loro familiari, non solo nell'erogazione di prestazioni sanitarie (dalle prestazioni diagnostiche, alla radioterapia; dai trattamenti chemio-terapici alle cure farmacologiche, dall'intervento all'assistenza domiciliare oncologica), ma anche di quelle a carattere sociale (riconoscimento dell'invalidità civile, accesso a benefici economici e servizi socio-sanitari). Il rispetto del tempo, in questo contesto è da intendersi anche come quello dedicato all'ascolto del paziente e del familiare per favorire la comprensione delle condizioni di salute, del percorso terapeutico, delle aspettative; in senso più ampio potremmo ricomprendere il *counselling* e la cura dell'aspetto psicologico.
- Il diritto all'*innovazione*, non solo nell'utilizzo delle procedure diagnostiche più avanzate e appropriate, ma anche nelle terapie farmacologiche, chirurgiche, radioterapiche, in linea con gli standard internazionali.
- Il diritto a evitare *le sofferenze e il dolore non necessari*, rivolgendo la giusta attenzione alla dignità e alla sofferenza della persona in tutte le fasi della malattia: dall'esecuzione di esami invasivi, fino all'accompagnamento al fine vita, attraverso le cure palliative in regime di degenza e domiciliare.