FESTIVAL DELLA SCIENZA MEDICA

BOLOGNA, 4 MAGGIO 2018

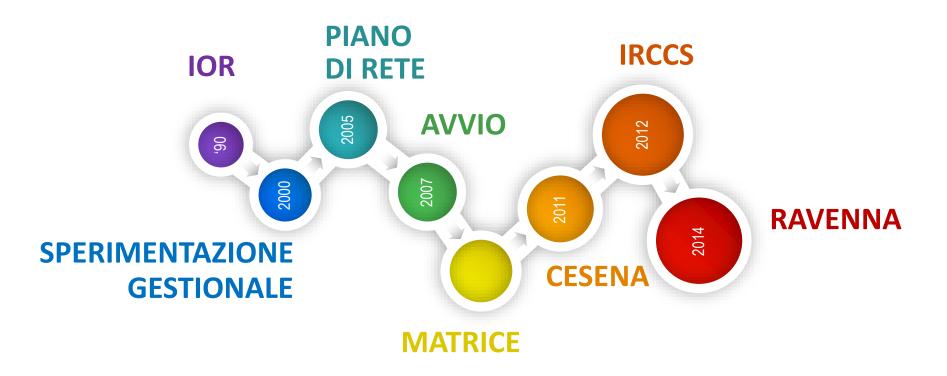
IL CONTRIBUTO ALLA RICERCA E ALLA CURA ONCOLOGICA



Mattia Altini

Direttore Sanitario IRST IRCCS di Meldola

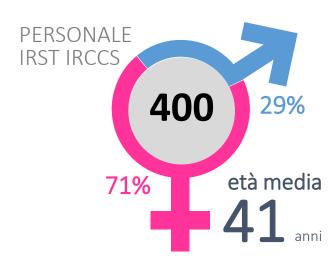
L'ISTITUTO SCIENTIFICO ROMAGNOLO PER LO STUDIO E LA CURA DEI TUMORI IRST IRCCS



L'IRST OGGI







IRST IRCCS

public-private partnership

MISSION

Favorire una stretta interconnessione tra ricerca e cura,
con particolare vocazione alla
ricerca traslazionale, garantendo
qualità, originalità, innovazione e
trasferibilità alla pratica clinica

SOCI

Istituto Oncologico Romagnolo Fondazioni Casse Risparmio di Forlì, Cesena, Ravenna, Lugo, Imola, Faenza

Regione Emilia Romagna Azienda USL della Romagna Comune di Meldola Alma Mater Studiorum







Public-Private Partnerships are increasingly seen as playing a critical role in improving the performance of health systems worldwide

Marc Mitchell, M.D., M.S.

Lecturer on Global Health at Harvard University School of Public Health

IRST IRCCS

assistenza

22.000 pazienti

6.800 nuovi casi

20%
pazienti
da fuori Romagna













oncologia FORLÌ



ONCOLOGIA EMATOLOGIA CESENA



radioterapia **RAVENNA**

anno 2017

ricerca



800
PUNTI IMPACT FACTOR



137 STUDI CLINICI ATTIVI CELL FACTORY
EMATOLOGIA
FARMACIA ONCOLOGICA
LABORATORIO DI BIOSCIENZE
MEDICINA NUCLEARE
ONCOCARDIOLOGIA
ONCOLOGIA
RADIOLOGIA

RADIOTERAPIA

REGISTRO TUMORI

SKIN CANCER UNIT

MIGLIOR PERFORMANCE 2017/2016
TRA TUTTI GLI IRCCS ITALIANI

Ricerca Corrente Ministero della Salute

+143%

IRST IRCCS

research



PUBBLICAZIONI

230

RICERCATORI COINVOLTI

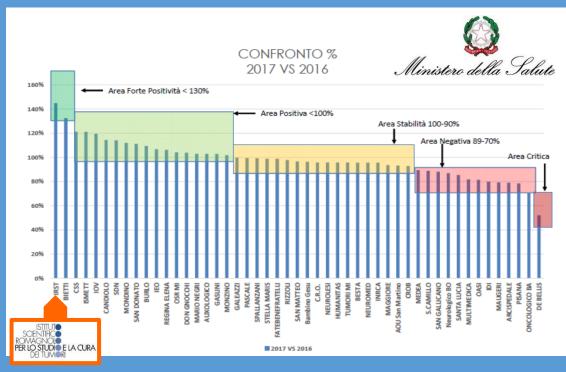


137 STUDI CLIINICI ATTIVI

ANNO 2017

PAZIENTI ARRUOLATI

Laboratorio Bioscienze Biostatistica e sperimentazioni cliniche Ufficio ricerca, trasferimento tecnologico, formazione



Rank Ricerca Corrente 2017 su performance 2016

COLLABORAZIONI SCIENTIFICHE

Alma Mater Università di Bologna:
Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia
Università degli Studi di Ferrara

Istituto Nazionale Di Fisica Nucleare (sezione di Bologna)

Istituto Oncologico Romagnolo, Forlì

IRCCS Istituti Ortopedici Rizzoli, Bologna

Università degli Studi di Siena,
Università degli Studi di Torino
Seconda Università di Napoli
Università degli Studi di Pavia
Università degli Studi "G.D'Annunzio" Chieti-Pescara
Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

IRCCS Centro Riferimento Oncologico, Aviano

IRCCS Istituto Oncologico Veneto, Padova

IRCCS Istituto Oncologico "Giovanni Paolo II", Bari

IRCCS IFO- Istituto Nazionale Tumori Regina Elena, Roma

IRCCS Istituto Neurologico "Carlo Besta", Milano

AGENAS- Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari regionali

Ospedali Galliera, Genova

Azienda Sanitaria Locale di Lecce

Azienda Ospedaliera dei Colli, Napoli

Azienda Ospedaliera Universitaria Città della Salute e della Scienza, Torino University of Missoury-Kansas City, USA Azienda Ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo", Alessandria

Advanced Accelerator Applications

Gruppo Loccioni, Ancona

Philips Medical System

Diatech, the Pharmacogenetics Company

ACZON S.r.l. (BO)

GILUPI GmbH, Potsdam, Germany

RADIUS S.r.l., budrio (BO)

ALPHA TAU MEDICAL LTD, Tel Aviv, Israel

Leiden University Medical Centre, Olanda

Princeton University, New Jersey, USA -

Department of Molecular Biology

The Methodist Hospital Research Institute,

Houston, Texas, USA

Children's Hospital Los Angeles / Keck

School of Medicine of the University of

Southern California, USA

Yale University School of Medicine, New

Haven, CT, USA

University of Maryland, Baltimore, USA -Institute of Human Virology

ICR, Intitute of Cancer Research, London, UK

Bugando Medical Centre, Mwanza, Tanzania

IRST IRCCS

verso il network

ROMAGNA NETWORK

nel 2005 all'IRST viene assegnato l'obiettivo:

Mettere in sinergia i nodi della rete e le risorse che ad essi sono destinate per elevare il rendimento dei servizi

sia nel campo dell'assistenza che in quello della ricerca e della sperimentazione





INTERNATIONAL NETWORK



SOCIAL NETWORK









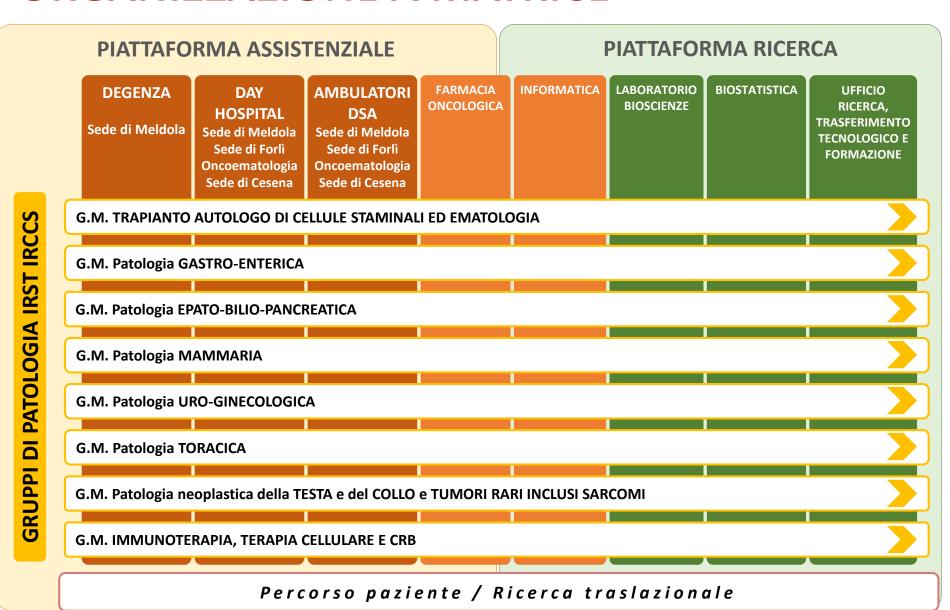


ITALIA NETWORK

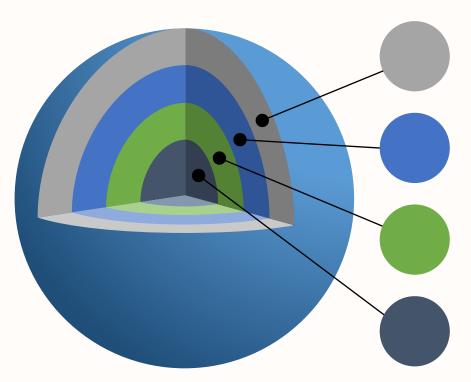




ORGANIZZAZIONE A MATRICE



CONTESTO BISOGNI INFINITI E RISORSE LIMITATE



SITUAZIONE ECONOMICO•FINANZIARIA

CONTESTO
EPIDEMIOLOGICO E BISOGNI

OBIETTIVO SOSTENIBILITÀ

SPRECHI

CUORE DELLA «TEMPESTA PERFETTA»

UN MAGGIORI

La tempesta perfetta: il possibile naufragio del Servizio sanitario nazionale : come evitarlo?

Walter Ricciardi (Docente di igiene), Vincenzo Atella, Claudio Cricelli, Federico Serra

60.674.000 RESIDENTI

malati di cancro in Italia nel 2015:

3 MILIONI

301 € procapite

spesa per paziente prevalente:

6.206 €

più malati

maggiore incidenza

- > Invecchiamento della popolazione
- > Fattori ambientali e stili di vita

più tempo (dopo la malattia)

maggiore sopravvivenza

- Diminuzione della mortalità
- Cronicizzazione della malattia
- Terapie avanzate

prevalenza oncologica +3% /anno

+90.000 malati di cancro (2015)

costi unitari crescenti

- Farmaci innovativi
- > Tecnologie di diagnosi e cura
- > Terapie avanzate

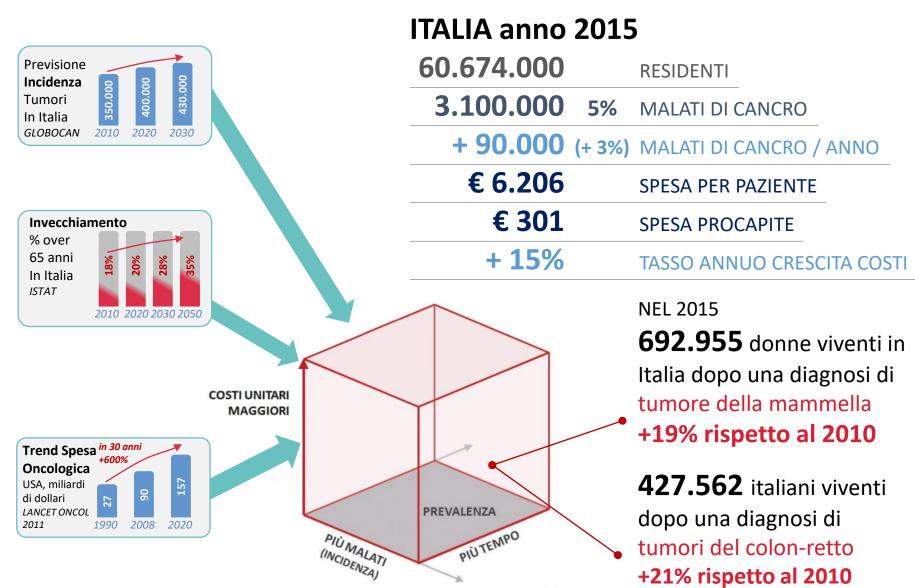


tasso annuo di crescita costi

+15%

CONTESTO EPIDEMIOLOGICO E BISOGNI

Oncologia: cuore della "tempesta perfetta" del Sistema Sanitario Nazionale



CONTESTO ECONOMICO FINANZIARIO

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema

Rapporto OASI 2017







CERGAS-SDA Bocconi

PRINCIPALI DINAMICHE 2010-2016

Le continuità evidenti. Un equilibrio sempre più difficile tra vincoli finanziari, invecchiamento e cambiamenti sociali.

Spesa sanitaria + 0,7% / anno Inflazione + 1,1% / anno

Spesa per il personale - 6%

Età media operatori crescita

Tasso di obsolescenza tecnologie 83%

% spesa pubblica per il SSN - 2,1%

Spesa per Long Time Care + 2%

stabile Equilibrio finanziario

Volumi attività SSN riduzione

«Il SSN è più in affanno nelle aree della cronicità, della riabilitazione e delle cure intermedie, aree in cui il bisogno è in aumento a causa della crescita costante dell'età media degli italiani»

SUPERARE LA LOGICA DEI SILOS



Ottica assistito disease management

Accesso **MMG**

Screening Prevenzione

Diagnosi **Specialistica**

Ricerca struttura di cura **Informazione**

Intervento chirurgico **Ospedale**

Second opinion **Informazione**

Terapia Ospedale Riacutizzazio ne, tossicità **Ospedale**

Follow up, hospice Ospedale, Territorio

CONTESTO EPIDEMIOLOGICO ED ECONOMICO DEL CANCRO

EMATOLOGIA

LA GESTIONE PER PATOLOGIE

Assessment of cancer care costs in diseasespecific cancer care pathways

TORACICO

Mattia Altini, Laura Solinas, Lauro Bucchi, Nicola Gentili, Davide Gallegati, William Balzi, Fabio Falcini, Ilaria Massa Paper on submission

Ambito territoriale di Forlì-Cesena

TOTALE

dati anno 2016

TUMORI RARI E

400 MILA residenti



MAMMELLA

URO

	TOTALL	LWATOLOGIA	ENTERICO	MAMMELEA	GINECOLOGICO	TOTALICO	ALTRO
PAZIENTI UNICI	11.931	4.388	1.849	2.759	1.457	600	877
di cui nuovi pazienti anno 2016	22%	25%	24%	13%	22%	42%	24%
COSTO ANNUO TOTALE	€ 98.348.146	€ 28.010.520	€ 19.692.675	€ 15.404.886	€ 13.920.422	€ 11.617.288	€ 9.702.355
COSTO ANNUO PRO-CAPITE	€ 247,9	€ 70,6	€ 49,6	€ 38,8	€ 35,1	€ 29,3	€ 24,5
	100%	28%	20%	16%	14%	12%	10%
COSTO ANNUO PER PAZIENTE PREVALENTE	€ 8.243	€ 6.383	€ 10.650	€ 5.583	€ 9.553	€ 19.350	€ 11.067

GASTRO

OBIETTIVO: SOSTENIBILITÀ



«Sebbene un intervento sanitario di qualità e con bassi sprechi possa esser considerato efficace, esso può produrre un basso valore, se con le stesse risorse sarebbe stato possibile trattare un altro gruppo di pazienti a più alto valore» Sir J. A. Muir Gray

RISORSE ECONOMICHE SCARSE Budget fisso

RIDUZIONE DEI SERVIZI

• Diniego, Interruzione: "tagli" dell'offerta imposti dal vincolo economico

• Dilazione, Diluizione: incremento tempi di attesa

Selezione, Deterrenza: ticket, scadimento della qualità

SERVIZI SANITARI

SANITARI CRESCENTI

QUALIFICAZIONE DELLA SPESA

- Riconfigurazione dell'offerta e dei modelli assistenziali ed organizzativi
- **Investimenti in ricerca** ed eccellenza (anche) per attrarre risorse aggiuntive nel sistema
- Prevenzione e promozione stili di vita
- Appropriatezza e riduzione degli sprechi

IMPATTO DEGLI SPRECHI SUL SSN

Sovra utilizzo interventi sanitari inefficaci / inappropriati	26%	5,72
Frodi e abusi	21%	4,62
Tecnologie sanitarie acquistate a costi eccessivi	19%	4,18
Sottoutilizzo interventi sanitari efficaci/appropriati	12%	2,64
Complessità amministrative	12%	2,64
Inadeguato coordinamento dell'assistenza	10%	2,20



Totale: 22 miliardi € 20% della spesa pubblica

CONSEGUENZE DEGLI ERRORI IN SANITÀ



21 errori ogni 10.000 dimissioni

21,29% delle pratiche interessa la popolazione **tra i 65 e gli 80 anni**

Tempi medi per causa:

apertura: 873 giorni chiusura: 542 giorni

Danni per tipi di prestazione

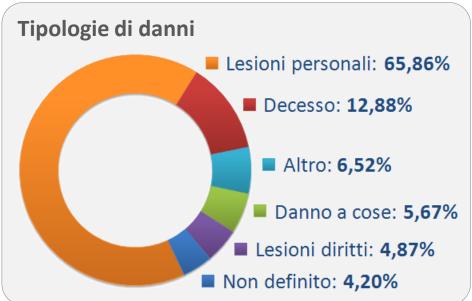
33,55% Interventi

17,31% Diagnosi

18,49% Assistenza

6,54% Terapia

24,11% Altro o non definito



Costo medio/massimo sinistri

medio massimo

Decesso: **€ 284.670 € 1.401.504**

Lesioni personali: **€ 45.033 € 2.466.509**

Lesione diritti: **€ 56.032 € 2.000.000**

Tassi di rischio

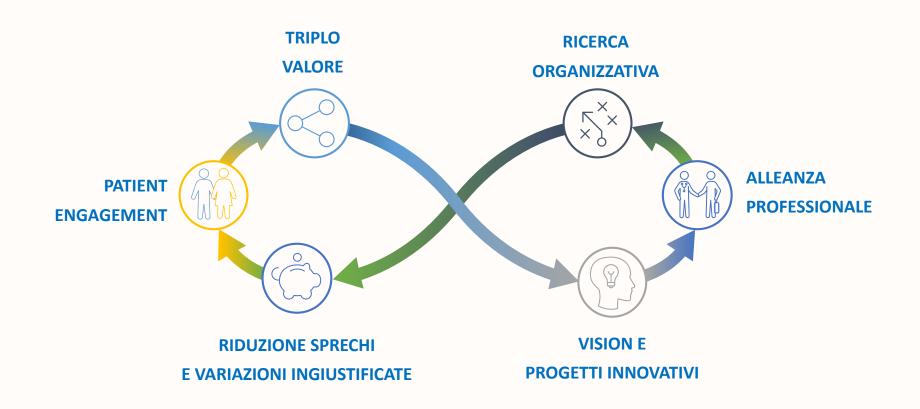
MEDMAL ITALIA - 7A EDIZIONE

Medici: **6,95**% Infermieri: **2,79**%

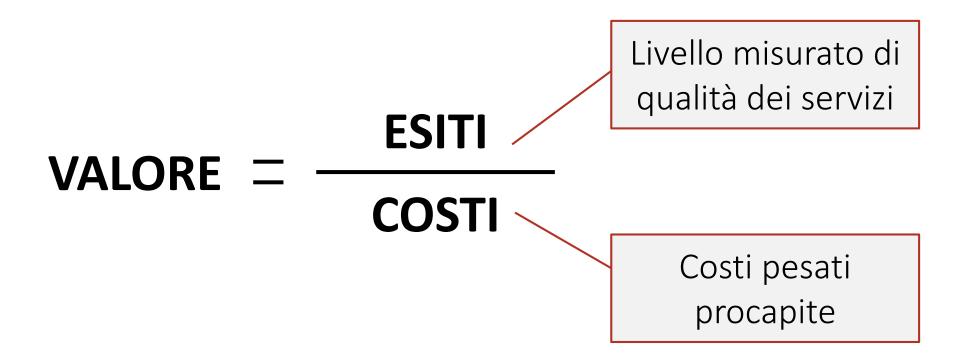
9 GIUGNO 2016



LA STRATEGIA IL VALORE IN SANITÀ



IL VALORE IN SANITÀ



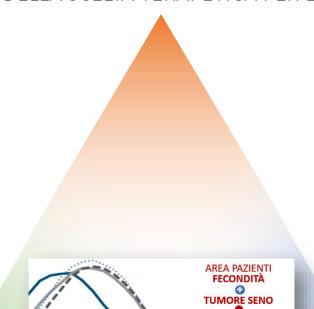


"Sebbene un intervento sanitario di qualità e con bassi sprechi possa esser considerato efficace, esso può produrre un basso valore, se con le stesse risorse sarebbe stato possibile trattare un altro gruppo di pazienti <u>a più alto valore</u>. I medici, per quanto debbano essere concentrati sulle esigenze del singolo paziente, debbono nel contempo prendere decisioni sull'utilizzo delle risorse che massimizzino il valore per tutti i cittadini serviti."

TRIPLO VALORE

PERSONALISED VALUE

L'IMPATTO DELLA SCELTA TERAPETICA PER LA PERSONA



TECHNICAL VALUE

QUALI SONO LE ATTIVITÀ A MAGGIOR VALORE SULLE QUALI INVESTIRE

ALLOCATIVE VALUE

QUALI ASSETS ORGANIZZATIVI HANNO PRIORITÀ

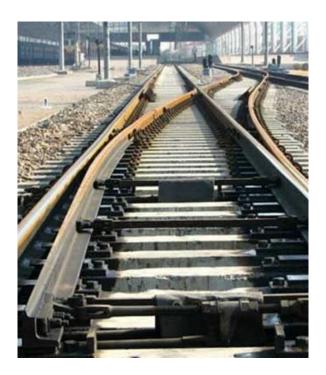
STRATEGIA

POPULATION HEALTH MANAGEMENT

POLICY CHANGE

PER IL GOVERNO DELLE RISORSE





INPUT-BASED	POPULATION HEALTH MANAGEMENT		
Approccio verticale	Approccio orizzontale		
Logica silos servizi	Logica bisogni per patologia		
Assunzione: stabilità mix fattori produttivi	Assunzione: apprendimento del valore realizzato dai fattori produttivi		
Nessuna gestione dell'interdipendenza tra silos	Riallocazione dinamica delle risorse tra setting assistenziali		

Le competenze manageriali necessarie alle aziende: standardizzazione o specializzazione?

«[...] l'impianto normativo e regolatorio sembra ancora povero, non riuscendo neanche a concettualizzare l'eterogeneità delle istituzioni pubbliche del SSN.

Questo impedisce la maturazione di una riflessione su diversi possibili modelli di governance, su specifiche forme organizzative, sulla differenziazione delle competenze, dei ruoli professionali e forse anche dei contratti di lavoro.»

OUTCOME RESEARCH

identificazione attività a valore più elevato

EDUCATIONAL VALUE

VALUE

nuova competenza di collegamento tra clinici e manager

Why Value in Health Care Is the Target

Thomas W. Feeley

University of Texas MD Anderson Cancer Center

https://catalyst.nejm.org/why-value-in-health-care-is-the-target/

PROCESS & RESOURCES VALUE

Tier 1 SURVIVAL / DEGREE OF HEALTH

Is the health status that is achieved or, for patients with some degenerative conditions, retained.

Tier 2 TIME TO RECOVERY / DISUTILITY

Outcomes are related to the recovery process.

Tier 3 RECURRENCES OF THE ORIGINAL DISEASE / NEW HEALTH PROBLEMS CREATED

Is the sustainability of health

What Is Value in Health Care?

Michael E. Porter

N Engl J Med 2010; 363:2477-2481

DOI: 10.1056/NEJMp1011024

https://doi.org/10.1093/jnci/92.3.195

CLINICAL OUTCOME VALUE

CLINICAL TRIALS

OUTCOME RESEARCH



OUTCOMES



CLINICAL DECISIONS

POLICY DECISIONS

Outcomes Research in Oncology: History, Conceptual Framework, and Trends in the Literature

Stephanie J. Lee Craig C. Earle Jane C. Weeks *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, Volume 92, Issue 3, 2 February 2000, Pages 195–204 https://doi.org/10.1093/jnci/92.3.195

ESPERIENZE INTERNAZIONALI

ICHOM International Consortium for Health Outcomes Measurements

Fondato da Michael F. Porter nel 2006

Promuove la misura degli esiti su tutte le patologie: definizione di outcome per 23 condizioni patologiche.





- 19 condizioni patologiche
 - definizione di dataset e outcomes con le Società Scientifiche di riferimento
 - supporto agli ospedali e ai professionisti per la raccolta dati
 - Analisi dati e restituzione risultati agli stakeholders coinvolti
 - supporto in tema di data protection e privacy.



A National collaboration for valuebased reimbursement and monitoring of health care in Sweden

Ampia disponibilità di registry Diffusione della "cultura della misura"

Coinvolgimento di 8 tipologie di pazienti

Una piattaforma informatica (metodi di analisi e salvaguaridia della privacy)

Misurazione rapport costi/outcome

Comprensione delle variazioni ingiustificate e stima potenziale risparmio

Value based payment: a case-study

- Patologia muscolo-scheletrica in Bedfordshire (England)
- I costi classificati in "fissi" e "variabili"
- Incentivi ai fornitori, fino al 20%, in base alla performance:
 - uso di tecnologie innovative
 - assistenza integrata
 - miglioramento degli esiti
 - PROs
 - produzione di annual report

SOSTENIBILITÀ DEL SERVIZIO SANITARIO

OBIETTIVI DI SALUTE

RICERCA E MODELLI ORGANIZZATIVI

VISION

- Linee guida nazionali e internazionali
- Migliori pratiche cliniche
- Ottica multidisciplinare

flussi sanitari•ricoveri•farmaceutica ambulatoriale•registri di patologia dimissioni•somministrazioni•cartella clinica database amministrativi•database ricerca

> BUON USO DI TUTTE LE FONTI INFORMATIVE

COSA E QUANTO PUÒ ESSERE MISURATO?

DIMENSIONE PAESE

DESIGN

- Data source investigation
- Data science
- Data quality

INDICE MISURAZIONE DEL VALORE

DATI DI PROCESSO PREDITTIVI DI ESITO

TIMING DI CURA



(RI)ALLOCAZIONE RISORSE

APPLICATION

- · Key Performance Indicators
- Processi produttivi e PDTA
- · Policy & Managment

RICADUTE GESTIONALI
NUOVI MODELLI DI BUDGET E OBIETTIVI CONDIVISI

DAL BUDGET STORICO ALLA PERFORMANCE



Dalla tradizione alla modernità: dal budget storico all'analisi della performance Il grado di diffusione di una funzione strutturata di gestione operativa nelle aziende sanitarie del SSN: un'analisi empirica

OPERATIONS MANAGEMENT

Insieme delle procedure, degli strumenti e dei ruoli che presidiano il funzionamento dei processi caratteristici di un'azienda mediante l'adeguata gestione dei servizi e delle attività ausiliarie e di supporto (Davies e Walley 2000, Langabeer 2008).

Le direzioni aziendali investono in percorsi di accompagnamento e di action research per il miglioramento delle operations aziendali.

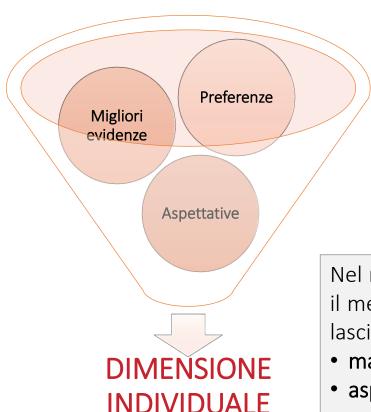
Sono sempre più numerosi i corsi di formazione manageriale, con destinatari i practitioner, dedicati allo sviluppo di competenze e all'applicazione di strumenti di gestione operativa.

OBIETTIVO

Progettare e organizzare le attività aziendali e i processi in modo tale che la produzione dell'output finale risulti efficiente, ossia senza sprechi di risorse, ed efficace, capace cioè di rispondere ai bisogni e alle attese dei clienti (Villa 2012).

TRIPLE VALUE: PERSONALISED VALUE

VALORE PERSONALE



Per aumentare la dimensione individuale del value dei servizi erogati, le decisioni cliniche devono non solo essere basate sulle migliori evidenze scientifiche, ma anche condivise e personalizzate tenendo conto delle condizioni cliniche e sociali oltre che alle preferenze e aspettative dei pazienti.¹

Nel nostro SSN questa dimensione non è di facile attuazione, il medico fatica ad <u>abbandonare il modello paternalistico</u> per lasciare posto al processo decisionale condiviso per

- mancanza di alfabetizzazione sanitaria dei cittadini
- aspettative irrealistiche dei cittadini nei confronti di una sanità infallibile alimentano il consumismo sanitario e il contenzioso medico-legale²

¹Gray M, Jani A, Promoting Triple Value Healthcare in Countries with Universal Healthcare, Health Pap. 2016; 15:42-8 ²Rapporto Gimbe sulla sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale 2016-2025

TRIPLE VALUE: PERSONALISED VALUE ESEMPI APPLICAZIONE IN IRST IRCCS

STRUMENTI IN CAMPO IN IRST

Progetto Educazione Terapeutica

Rilevazione Qualità percepita

Focus Group

Health Literacy

Gruppo Con-tatto

Comitato Consultivo Misto

Composizione CdA

VALORE AGGIUNTO

Al fine di garantirne la continuità, sono stati attribuiti obiettivi dalle tre direzioni dell'IRST (Scientifica, Sanitaria e Generale) a tutte le figure professionali coinvolte in questi progetti che vengono considerati al pari dell'attività clinica e di ricerca.

TRIPLE VALUE: PERSONALISE VALUE

Educazione del paziente oncologico sul buon uso dei farmaci

BISOGNI

- ☑ RESPONSABILIZZARE il paziente relativamente alla corretta somministrazione, secondo le istruzioni mediche, dei FARMACI ORALI forniti e assegnati alla sua GESTIONE AUTONOMA.
- ☑ AIUTARE IL PAZIENTE A RICONOSCERE i possibili effetti indesiderati e reazioni avverse anche a fronte di interazioni con altri farmaci.
- ☑ PREVENIRE E CONTRASTARE la tossicità provocata dai farmaci oncologici attraverso la somministrazione di apposite cure (sia prima che in corso di terapia).

DIRETTIVE

- → Diritto del paziente all'informazione
- → **Health literacy:** semplificazione del linguaggio sanitario
- → Preferenze e al punto di vista dei pazienti
- → Rafforzamento del potere decisionale del paziente-cittadino a vari livelli
- → Patient-Centered Care

TRIPLE VALUE: PERSONALISE VALUE

QUALITÀ DELLE CURE: IL PUNTO DI VISTA DEL PAZIENTE

INSIEME PER MIGLIORARE nasce nel 2013 e serve per analizzare il grado di soddisfazione dei pazienti (o dei loro familiari) che accedono ad ogni filiera assistenziale dell'IRST (DH, Degenza e Ambulatori), potendo così valutare la qualità percepita dall'utente, al fine di poter migliorare i servizi erogati.

OBIETTIVI

- Favorire l'empowerment del cittadino

 valorizzando le sue opinioni e permettendogli di acquisire una posizione di potere
 decisionale, fornendogli quelle risorse che lo mettono in grado di effettuare scelte
 consapevoli ed in modo autonomo
- Mettere a disposizione del paziente uno strumento di valutazione della qualità percepita in IRST
- ➤ Valorizzare la relazione fra cittadino/utente, operatore e servizio

I dati vengono analizzati con cadenza annuale e i risultati sono condivisi con tutti gli operatori in specifici audit



FOCUS GROUP

Diviene necessario riflettere sul modo in cui la persona vive e valuta l'intero percorso di cura, soprattutto quando parliamo di categorie di pazienti particolarmente "sensibili" quali giovani donne affette da patologie tumorali

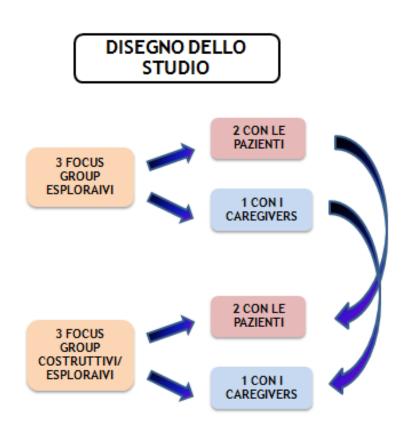
OBIETTIVI

❖PRIMA FASE

Indagare in giovani pazienti donne e nei loro caregivers, i bisogni relativi a servizi di supporto al fine di far emergere eventuali necessità o lacune nell'attuale presa in carico

❖SECONDA FASE

Con gli stessi partecipanti, valutare se i servizi di supporto esistenti rispondono alle loro esigenze (cattiva informazione) e in caso contrario ipotizzarne un' implementazione e/o cocostruirne nuovi progetti/servizi.



BISOGNO INFORMATIVO

SOSTEGNO PSICOLOGICO

GRUPPO AUTO-MUTUO AIUTO

TRIPLE VALUE: PERSONALISE VALUE

GRUPPO CON-TATTO

Creato con delibera ufficiale del Direttore Generale, il Gruppo "Con-Tatto" è formato da pazienti o expazienti che è consultato per ricevere **opinioni** o **suggerimenti** su iniziative, progetti e materiali informativi già presenti in IRST o da predisporre/organizzare.

Il gruppo che affianca gli operatori in modo continuo e regolare per capire quali informazioni e eventi possono essere più utili per i pazienti, e ha l'obiettivo di creare un rapporto più stretto e condiviso tra il nostro Istituto, i pazienti e loro familiari.

Organismo che permette ai cittadini di partecipare al miglioramento dei servizi sanitari

Il CCM IRST è costituito da rappresentanti di associazioni di volontariato, rappresentati dell'IRST, un rappresentante dei MMG e un rappresentante della Conferenza sociale e sanitaria territoriale ed è coinvolto negli aspetti riguardanti la rilevazione, il controllo e le verifiche per il miglioramento della qualità dei servizi dalla parte dei cittadini

Per una maggior tutela dei pazienti e dei cittadini IRST, Il CdA è formato anche da rappresentanti dei cittadini e volontari

È infatti presente lo IOR - l'Istituto Oncologico Romagnolo è una ONLUS operante in Romagna dal 1979 grazie al lavoro di oltre 1.200 volontari, 45 collaboratori tra medici, biologi, psicologhe e ricercatori, 18 impiegati amministrativi in 10 sedi e 100 punti IOR

vicino a chi soffre.

TRIPLE VALUE: ALLOCATIVE VALUE

PROGETTO PROF COLLABORAZIONE CON FARMACIE DEL TERRITORIO

OBIETTIVI

Sviluppo di percorsi di ottimizzazione del processo di ricognizioni farmacologica a livello territoriale

DE-OSPEDALIZZAZIONE

Sviluppo e realizzazione di formazione e informazione correlata

Studio sull'integrazione tra i gestionali informatici della rete integrata tra IRST e farmacie di comunità

OSPEDALE

PAZIENTE

RISULTATI

Realizzazione rete IRST-Farmacie

• Potenziamento supporto territoriale al paziente oncologico

Prevenzione e riduzione delle interazioni farmacologiche

Diffusione cultura sui farmaci oncologici, processo terapeutico assistenziale, correlazione con altri farmaci, stili di vita e medicine non convenzionali

Realizzazione di modelli di integrazione professionale per il sostegno a pazienti fragili e complessi

MMG FARMACIA

GOVERNANCE

AMBITO DI GOVERNANCE

baseline

MEASUREMENT

- INCIDENZA
- **PREVALENZA**
- COSTO PER PAZIENTE
- KPI CHIAVE
- NUOVI PAZIENTI
- **→ % ASSEGNAZIONE RISORSE**



VERIFICATION

VERIFICHE, AUDIT, CONFRONTI, IDEE, NASCITA PROGETTUALITÀ COME RENDERE
OPERATIVE
LE STRATEGIE E
GLI STRUMENTI
NEL CONTESTO
ECONOMICO
E SANITARIO

alleanza professionale

ENGAGEMENT

PROCESSO BUDGET
CONDIVISIONE PRINCIPI
MISSION
DEFINIZIONE OBIETTIVI
NEGOZIAZIONE RISORSE

ACTIONS

AZIONI OPERATIVE
RIALLOCAZIONE RISORSE
APPLICAZIONE PRINCIPI E BEST PRACTICES
COLLEGAMENTO A BUDGET E
RETRIBUZIONE DI RISULTATO

KNOWLEDGE RETURN

REPORTISTICA ONLINE FOCUS ANALYSIS



GESTIRE LA PERFORMANCE

MISURARE

Attivare e consolidare un'allenza tra medici manager e Direzioni Aziendali per gestire la sostenibilità del Sistema Sanitario in ottica valore Riallocaz risorse in

Dati e tecnologie
informatiche, possono
essere utilizzati per
realizzare un ciclo di
gestione per le patologie
per l'incremento del
valore dei servizi del SSN.

INCIDENZA **PREVALENZA** COSTO PER PAZIENTE **KPI CHIAVE Gestione** per **NUOVI PAZIENTI** patologia % ASSEGNAZIONE RISORSE Monitoraggio e Riallocazione delle distribuzione risorse intra e inter reportistica patologia **ONLINE GOVERNO DELLA** PERFORMANCE E **CONFRONTO NAZIONALE** Individuazione Coinvolgimento e variazioni ingiustificate responsabilizzazione su costi e outcome professionisti su percorsi, esiti e costi rispetto a standard Percorso di budget per

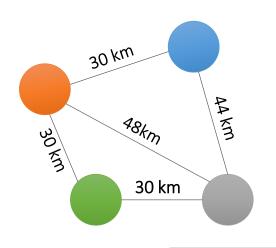
patologia

ESEMPI APPLICAVITI ESPERIENZA IRST IRCCS



L'IMPORTANZA
DELLA MISURAZIONE
PER IL RAGGIUNGIMENTO
DEGLI OBIETTIVI

VARIAZIONI INGIUSTIFICATE





Indice Comparativo di Performance Oncologia

Indice di disomogeneità 24%



Costo procapite farmaci oncologici

Indice di disomogeneità 12%



Indice di consumo radioterapia
Nr. pazienti / 1.000 abitanti

Indice di disomogeneità 35%



Degenza Media Linfoma e leucemia acuta senza complicanze

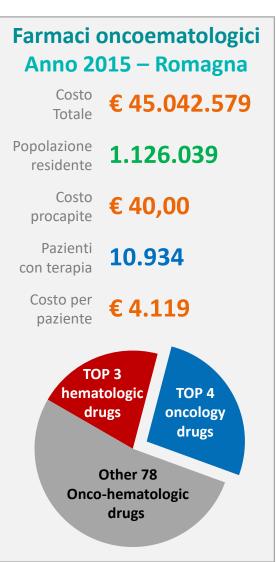
Indice di disomogeneità 23%

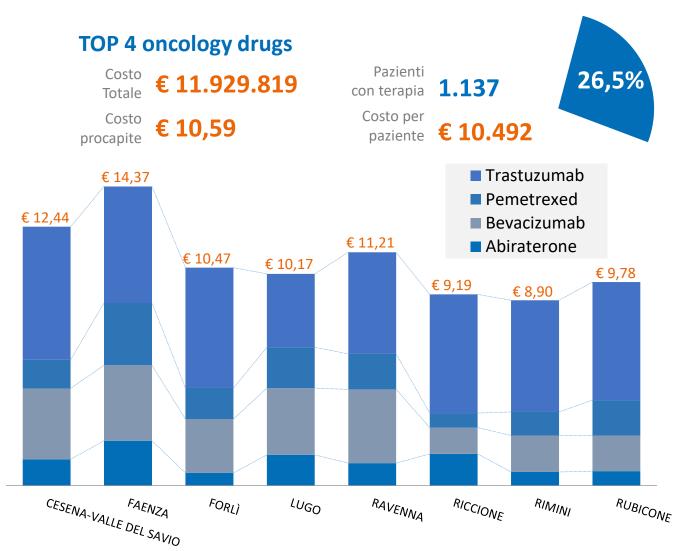


Somministrazioni di Chemioterapia negli ultimi 30 gg di vita

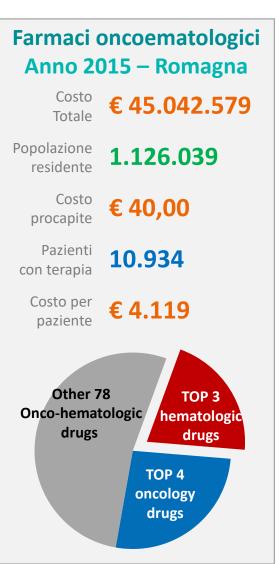
Indice di disomogeneità 45%

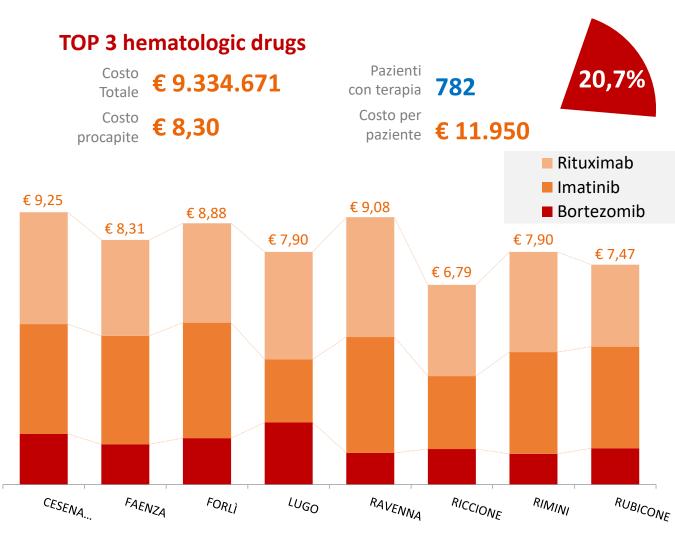
PRIMI 4 FARMACI ONCOLOGICI





PRIMI 3 FARMACI EMATOLOGICI



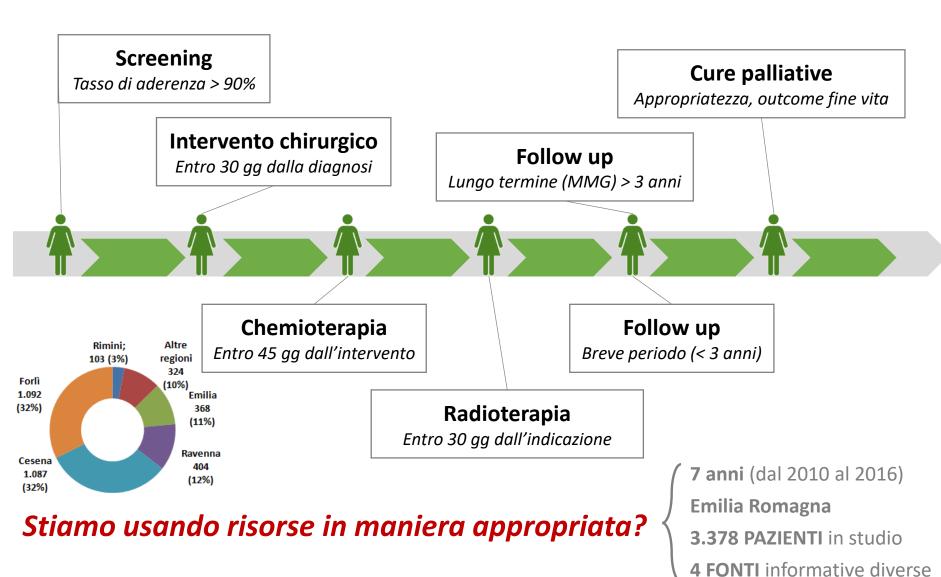


APPROPRIATEZZA ECONOMICA DEL PERCORSO INTEGRATO DI CURA



PROGETTO E.PIC.A. • MAMMELLA

Esempi misurazione del rendimento delle risorse impiegate nel percorso di pazienti affetti da tumore della mammella





PROGETTO E.PIC.A. • RAZIONALE



Individuare le risorse pubbliche impiegate in attività a basso valore aggiunto

Riallocare in attività ad alta redditività in termini di esito per i pazienti





KPI TUMORE DELLA MAMMELLA

CA	KPI 1	% di pazienti con stadiazione di mallattia di stadio I e II (TNM alla seconda Anatomia Patologica) che PTRE-intervento (2 mesi) hanno fatto: ECO epatica o TAC o RMN o Scintigrafia ossea e PET (anche per lo stadio III)	0% 10% per RMN
DIAGNOSTICA STRUMENTALE	KPI 2	% di pazienti con stadiazione di mallattia di stadio I e II (TNM alla seconda Anatomia Patologica) che POST-intervento (2 mesi) hanno fatto: ECO epatica o TAC o RMN o Scintigrafia ossea e PET (idem per lo stadio III)	< 5 %
DI/ STF	KPI 3	% di pazienti di stadio I e II che nei primi 12 mesi dall'intervento eseguono almeno una, tra le seguenti prestazioni specialistiche ambulatoriali: TAC, RMN, scintigrafia ossea o PET	< 5 %
IRGIA	KPI 4	% di pazienti con svuotamento ascellare e/o ricostruzione in intervento successivo alla mastectomia entro 3 mesi	< ?? %
CHIRURGIA	KPI 5	% di pazienti che ricevono un re-intervento entro 120 gg da intervento chirurgico conservativo per tumore maligno alla mammella (identificazione del tempo al re-intervento)	?%</th
LOGIA	KPI 6	% di pazienti libere da malattia che iniziano la terapia adiuvante (CHEMIOTERAPIA e ORMONOTERAPIA) entro 60 giorni dal primo intervento	→ 100 %
ONCOLOGIA	KPI 7	% di pazienti con resezioni parziali con RADIOTERAPIA entro 90 giorni dall'ultimo intervento (se senza adiuvante) o entro 180 dall'ultimo intervento (se con adiuvante)	→ 100 %

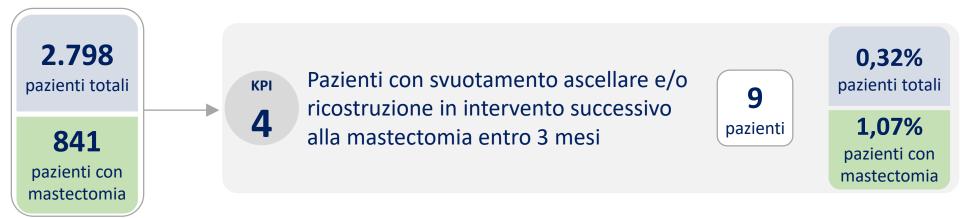


QUALITÀ DEI DATI

Fonte	Qualità	Completezza	Tempestività
Cartella clinica informatizzata LOG80	Sufficiente	Informazioni complete su tutta la parte di percorso effettuata in Istituto	Realtime
Flussi sanitari SDO, ASA, FED, REM	Sufficiente	Informazioni complete su tutto il percorso, tutti gli erogatori. Assenza di collegamento alla Diagnosi	Aggiornamenti mensili Consolidamenti annuali
Registro Tumori	Elevata definizione della malattia: diagnosi	Informazioni complete sulla diagnosi	Aggiornamenti annuali Disponibilità dati fino a 4 anni fa



PERFORMANCE CHIRURGICA





enti con ervento rurgico

Pazienti che ricevono un re-intervento entro 120 gg da intervento chirurgico conservativo per tumore maligno alla mammella (con identificazione del tempo al re-intervento).



Tempo medio di re-intervento	42.62 giorni ≈ 1,42 mesi
Tempo mediano di re-intervento	36.5 giorni ≈ 1,22 mesi

Si rilevano 146 re-interventi per un costo a tariffa DRG pari a € 427,466.9

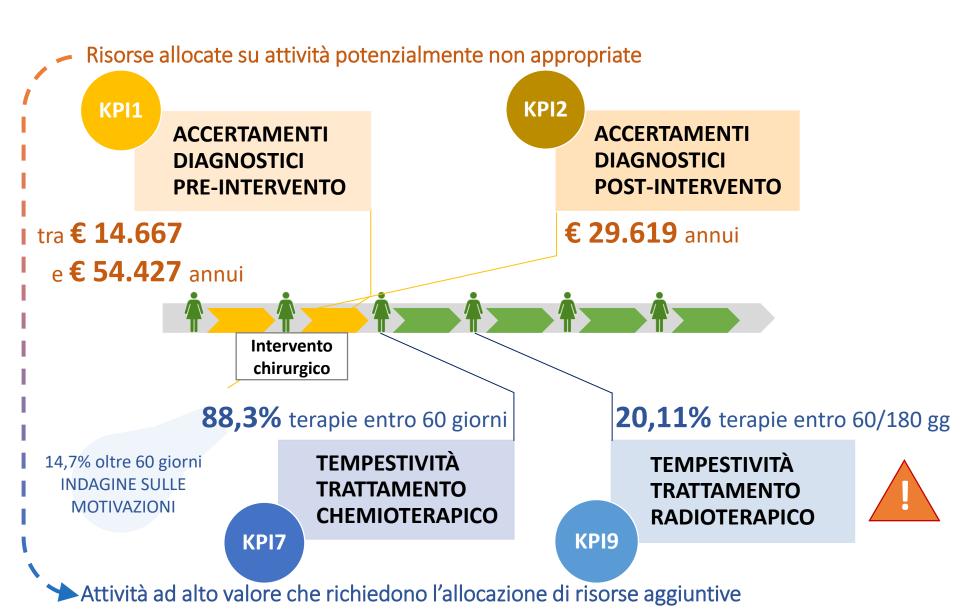


DIAGNOSTICA E ONCOLOGIA

1	Gruppo di patologia:	Mammella (adiuvante)
2	Risorsa ad alto impatto:	Farmaci ad alto costo
3	Studio KPI di legati alle risorse:	Esami diagnostici pre intervento
	e ai timing di cura	Esami diagnostici post intervento Timing inizio chemioterapia Timing inizio radioterapia
4	Potenziali usi inappropriati:	tra i 45 e i 75 mila euro annui per accertamenti diagnostici potenzialmente inappropriati
	Aree con risultati ottimi: e aree critiche:	88,3% chemioterapie con timing adeguato 20,11% chemioterapie oltre timing atteso
5	Azioni:	Riallocazione dei costi per prestazioni potenzialmente inappropriate per ridurre la % di chemioterapie oltre timing atteso



INAPPROPRIATEZZE E PRIORITÀ



PROGETTO DI RIORGANIZZAZIONE

RADIOTERAPIA 2.0

PRENOTAZIONE

PRIMA VISITA o VISITA MULTISCIPLINARE

Obiettivi:

- massimo utilizzo risorse
- tempi di attesa omogenei per classi di priorità
- Stesse risposte ai bisogni

88,5% terapie oltre 60/90 giorni

entro 3 gg Compressione del midollo spinale Emorragie neoplastiche entro 15 gg Linfomi cerebrali primitivi o localizzazioni secondarie di linfomi/mielosi, sintomatiche Masse linfomatose intracanalari o crolli vertebrali con rischio di compressione midollare Dolore osseo o viscerale resistente a farmaci Tumori non operabili, localmente avanzati Tumori non operabili, istologicamente sfavorevoli entro 21 gg Terapia palliativa di masse linfomatose chemio refrattarie in crescita rapido Tumori non operabili, in stadio iniziale, con grading sfavorevole Tumori operati, con istotipo o grading sfavorevole, in modo non radicale (R2-R1) entro 28 gg Irradiazione splenica nelle sindromi mieloproliferative croniche/in trasformazione Su bulky di linforma (HD e NHD) Tumori non operabili con istologia favorevole (p.es. gliomi a basso grado di malignità) entro 35 gg Tumori in stadio iniziale con istologia e grading favorevole (bene/mediamente differenziati) Metastasi asintomatiche o paucisintomatiche in sede tuttavia "critica" Tumori operati in modo non radicale (R2-R1), con istologia favorevole entro 42 gg Pazienti operati radicalmente (RO) con istologia e/o grading sfavorevole, per i quali sia indicata

2 AZIONI DEL MEDICO

- Definizione della data di indicazione per la terapia
- Definizione della priorità

in collaborazione con l'UNIVERSITÀ di BOLOGNA

Implementato nell'anno 2015

Attivazione prototipo in produzione aprile 2016

Prima revisione ottobre 2016

Organizzazione automatica¹ del calendario di assegnazione alle macchine di radioterapia.

¹ Elaborata attraverso un modello matematico di ottimizzazione

Determinazione della data ottima di inizio terapia





CONTORNAMENTO



PIANIFICAZIONE



APPROVAZIONE PIANO



TERAPIA

Circa 30 giorni max



PROGETTO E.PIC.A. • COLON RETTO

 Calcolo definitivo dei KPI secondo protocollo Ver 6.0

Pubblicazione del protocollo e dei dati





KPI TUMORE COLON RETTO

	KPI-0	% di pazienti operati che provengono dallo screening	?? %
DIAGNOSTICA STRUMETALE	KPI-1	% di pazienti che hanno eseguito nei 60 giorni precedenti l'intervento chirurgico almeno 1 esame diagnostico di PET o scintigrafia ossea, sono da escludere le diagnostiche che nei 90 giorni precedenti sono precedute da una TAC (esplicitare il numero di urgenze rispetto al totale)	→ 0%
TICA STR	KPI-2	% di pazienti con carcinoma del retto che hanno eseguito nei 112 giorni (16 settimane) precedenti l'intervento chirurgico almeno 1 esame diagnostico di RMN pelvica o ecografia transrettale o TAC	→ 100 %
GNOS	KPI-3	% di pazienti che hanno eseguito più di 1 colonscopia nei 365 giorni successivi l'intervento chirurgico di carcinoma del colon	→ 0%
DIA	KPI-4	% di pazienti che eseguono più di 3 volte nello stesso anno (365 giorni) lo stesso marcatore tumorale o entrambi i marcatori, nei due anni successivi l'intervento. I marcatori oggetto di analisi sono il CEA e il CA 19	→ 0%
SIA	KPI-5	% di pazienti con biopsia e tempo di intervento chirurgico entro 60 giorni (quando non siano candidati a trattamenti neoadiuvanti) o entro 90 giorni (quando siano candidati a trattamenti neoadiuvanti)	?? %
CHIRURGIA	KPI-6	% di pazienti con durata di degenza per intervento chirurgico oltre 10 giorni se DRG non complicato e oltre 15 giorni se DRG complicato	% media Regionale
	KPI-7	% di pazienti con re-intervento successivo all'intervento indice, all'interno della stessa SDO	< 10%
ONCO	KPI-8	% di pazienti con più di 8 settimane di intervallo tra intervento chirurgico e inizio della terapia adiuvante	% media Regionale



COLON RETTO TOTALE

KPI TUMORE COLON RETTO

	KPI-0	% di pazienti operati che provengono dallo screening	?? %	71.05%	73.53%	71.62%
NUMETALE	KPI-1	% di pazienti che hanno eseguito nei 60 giorni precedenti l'intervento chirurgico almeno 1 esame diagnostico di PET o scintigrafia ossea, sono da escludere le diagnostiche che nei 90 giorni precedenti sono precedute da una TAC (esplicitare il numero di urgenze rispetto al totale)	→ 0%	0.00%	0.00%	0.00%
TICA STR	KPI-2	% di pazienti con carcinoma del retto che hanno eseguito nei 112 giorni (16 settimane) precedenti l'intervento chirurgico almeno 1 esame diagnostico di RMN pelvica o ecografia transrettale o TAC	→ 100 %		44.12%	44.12%
DIAGNOS	KPI-3	% di pazienti che hanno eseguito più di 1 colonscopia nei 365 giorni successivi l'intervento chirurgico di carcinoma del colon	→ 0%	0.00%		0.00%
DIA	KPI-4	% di pazienti che eseguono più di 3 volte nello stesso anno (365 giorni) lo stesso marcatore tumorale o entrambi i marcatori, nei due anni successivi l'intervento. I marcatori oggetto di analisi sono il CEA e il CA 19	→ 0%	46.49%	50.00%	47.30%
GIA	KPI-5	% di pazienti con biopsia e tempo di intervento chirurgico entro 60 giorni (quando non siano candidati a trattamenti neoadiuvanti) o entro 90 giorni (quando siano candidati a trattamenti neoadiuvanti)	?? %	85.37%	66.67%	82.98%
CHIRUR	KPI-6	% di pazienti con durata di degenza per intervento chirurgico oltre 10 giorni se DRG non complicato e oltre 15 giorni se DRG complicato	% media Regionale	21.24%	32.35%	23.81%
	KPI-7	% di pazienti con re-intervento successivo all'intervento indice, all'interno della stessa SDO	< 10%	0.88%	0.00%	0.68%
ONCO	KPI-8	% di pazienti con più di 8 settimane di intervallo tra intervento chirurgico e inizio della terapia adiuvante	% media Regionale	53.85%	55.56%	54.29%

TIMING DI CURA





STRATIFICAZIONE PER INIZIO CHEMIOTERAPIA ADIUVANTE					
MAMMELLA	Intervallo gg	Teste	%		
	0-30	59	7,66%		
Somministrazione di terapia adiuvante entro 60 giorni	31-45	383	49,74%		
	46-60	238	30,91%		
Somministrazione di terapia adiuvante	61-90	66	8,57%		
oltre 60 giorni	> 90	24	3,12%		

					cel Parcasa hitograte di tara
STRATIFICAZIONE PER DI INIZIO CHEMIOTERAPIA ADIUVANTE					
COLON		Colon		Retto	
RETTO	Intervallo	Teste	%	Teste	%
entro 8	0-30 gg	2	2.67%	0	0.00%
settimane (56 giorni) post	31-45 gg	19	25.33%	4	17.39%
intervento	46-56 gg	26	34.67%	5	21.74%
oltre le 8 settimane	57-90 gg	22	29.33%	14	60.87%
(56 giorni) post intervento	> 90 gg	6	8.00%	0	0.00%

LA RICERCA È SOLO UN COSTO?

RICERCA CLINICA IN IRST

Costi emergenti – Costi cessanti

Esempio: studio CEREBEL (GSK) - Mammella

22 pazienti residenti in un AUSL di AVR – Anno 2010

Costo Esami Extra Routine

Handle Minor Costo Farmaci

-120.148

ACADEMIC CENTER

Qualità di cura maggiore

SOSTENIBILITÀ DEL SSN STRUMENTI DI FINANZIAMENTO

Research & knowledge exchange strategies and supporting the delivery of the IRST's research, knowledge exchange and commercialisation objectives

Investigators support • Grants research, funding allocation • Research contracts management • Research standards and ethics policies • Research business plan & financial forecasting • Relationships with firms and community actors • Provide assistance on intellectual property • Startup, spinoff utilising Institution's technology

Sponsored & Academic Trial Activation and management • Probability and Quality in Research • Reporting and network with patients and physicians • International networking • Training on Clinical Research

Communication with patients and their families, employees and workers, citizens, professionals, supporters, public and private institutions or companies, scientific and technological partners • IRST Territories, Region, State and World

Grant and Fund Raising Office

Technology
Transfer
Office

Biostatistics and Clinical Trials Unit

Public relation and press office

Risultati Grant Office

BANDI COMPETITIVI 2015-2016

BANDI POR-FESR: 2 progetti

di cui uno in graduatoria ma non finanziato per esaurimento dei fondi disponibili



Progetto: Centro per l'innovazione in Farmacia Ospedaliera

finanziato al 50% con 1,5 milioni di euro

gfondi regionali per lo sviluppo di attività produttive e infrastrutture di ricerca



16 progetti di cui 13 da coordinatori e 3 da Partner

CONTO CAPITALE

2013 - 1 progetto € **840.000**

[§]2015 - 2 progetti per un totale di **€ 681.052**



2016, presentati 6 progetti (1-IG, 4-MFAG, 1-Startup)

2017, 8 progetti (3-IG, 4-MFAG, 1-Startup).

AGENDA DIGITALE

Costituzione e informatizzazione del CCCN (non finanziato)

INDUSTRIA SOSTENIBILE

CCC Allestimento linea produttiva per allestimento Farmaci e radiofarmaci oncologici in GMP (in valutazione)

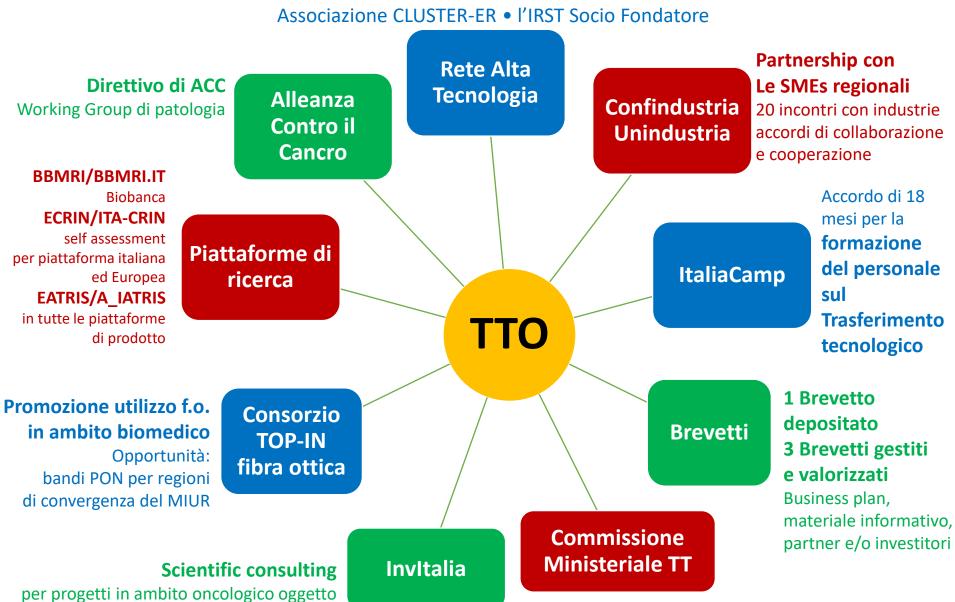
BANDO AIFA: presentati 6 progetti che sono in valutazione

82 APPLICATIONS				
	REGIONALE	2		
Ξ	NAZIONALE	51		
AMBITO	EUROPEO	24		
Q	INTERNAZIONALE	5		
Q	COORDINATORI	58		
RUOLO	PARTNER	21		
R	SUB-UNIT	3		

FARE RETE

di possibile investimento, a titolo gratuito





TT la valorizzazione della ricerca

Ufficio Trasferimento Tecnologico IRST – Sede di Bruxelles

FUND RAISING



giorni

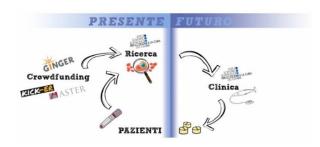
TRACe è un progetto di ricerca sviluppato dal gruppo di ricerca sulle cellule tumorali circolanti (CTC) dell'Istituto scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori di Meldola (IRST).

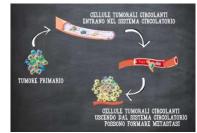
PER RIUSCIRE A FAR AVANZARE LA NOSTRA RICERCA, ABBIAMO BISOGNO DEL CONTRIBUTO DI OGNUNO DI VOI.



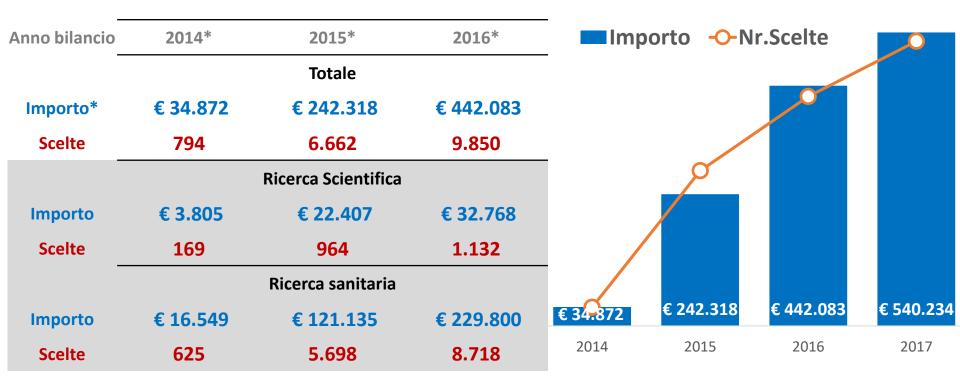
TRACe mira ad aprire la strada verso un nuovo metodo di diagnosi del tumore, basato sull'identificazione delle cellule tumorali circolanti.

È un nuovo modello di collegamento tra la ricerca oncologica e la cittadinanza, tra il lavoro in laboratorio e la vita quotidiana, tra il contributo di tutti e il risultato finale.









Anno bilancio*: sono iscritti a bilancio gli esiti delle dichiarazioni effettuate due anni prima, sui redditi dell'anno precedente

Importo*: complessivo scelte espresse + ripartizione scelte generiche

FUND RAISING

PAYROLL GIVING 1 € per la vita Romagna solidale

dipendenti delle aziende associate e vicine possono far decurtare dallo stipendio una cifra fissa CAUSE RELATED

Logo IRST su packaging Uova Tedaldi

D3 caramelle

campagna prevenzione, risparmio per il produttore, finanziamento per IRST e Associazione Tison

CORPORATE E

□ ✓ Fabbrica del sorriso

750mila € per Progetto radioterapia pediatrica

MPM assicurazioni

10mila € per acquisto tromboelastografo o AXOT 1.500 per studio cure palliative SPONSORHIP

Galà musicale natalizio Cesena

FARE RETE

Rete oncologica della Romagna



VISION

Sviluppare un modello integrato per l'attività clinica e la ricerca in ambito oncologico

"COMPREHENSIVE CANCER CARE AND RESEARCH NETWORK" volto a valorizzare il ruolo dell'IRCCS della Romagna e di tutti i nodi della rete dell'Azienda USL della Romagna

1.200.000 RESIDENTI



INNOVAZIONE ED ECONOMIA DI SCALA

Primo obiettivo strutturale di rete

La realizzazione della nuova farmacia oncologica



NUOVA FARMACIA ONCOLOGICA



VISION

Realizzare un ambiente di lavoro

- SICURO •
- EFFICIENTE •
- SOSTENIBILE
- ORIENTANTO ALL'INNOVAZIONE E ALLA RICERCA •

MISSION



- Centralizzazione allestimento farmaci ed erogazione delle terapie in prossimità
- » Riduzione dei costi
- » Qualità ed efficacia elevate





Progetto vincitore di due bandi competitivi

Regione Emilia Romagna 2017

"Insediamento e sviluppo nuovi insediamenti produttivi"

Bando Ministero dello Sviluppo Economico 2017

"Industria sostenibile"



FESTIVAL DELLA SCIENZA MEDICA

BOLOGNA, 4 MAGGIO 2018

GRAZIE



Mattia Altini

Direttore Sanitario IRST IRCCS di Meldola