

Progetto KAIROS

Gli indirizzi dell'oncologia medica ospedaliera
2012-2022

1	Perché Kairos
2	La Vision di CIPOMO
3	Il progetto Kairos
4	Le dieci priorità

Perché Kairos



Kairos

- **Il significato**

"Momento giusto o opportuno" o "un tempo nel mezzo", un momento di un periodo di tempo indeterminato nel quale "qualcosa" di speciale accade

- **Il progetto**

"Kairos" sintetizza l'importanza dell'Associazione come comunità di professionisti che ha il compito di dare le linee guida di indirizzo, con il coinvolgimento delle diverse parti interessate, per la gestione del cambiamento nel tempo, tenendo conto degli scenari futuri

- **I passi futuri**

Sviluppo di progettualità sulla base delle priorità individuate in forma congiunta tra i soci del CIPOMO

1	Perché Kairos
2	La Vision di CIPOMO
3	Il progetto Kairos
4	Le dieci priorità

La Vision CIPOMO

Esserci

Esserci come specialisti

Esserci in sicurezza

Esserci con le risorse

Esserci come

organizzazione

1	Perché Kairos
2	La Vision di CIPOMO
3	Il progetto Kairos
4	Le dieci priorità

Il progetto Kairos e la Vision CIPOMO



Il progetto KAIROS

Obiettivo del progetto

Definire le aree prioritarie d'intervento della Oncologia Medica Ospedaliera per il decennio 2012 - 2022

Le tappe

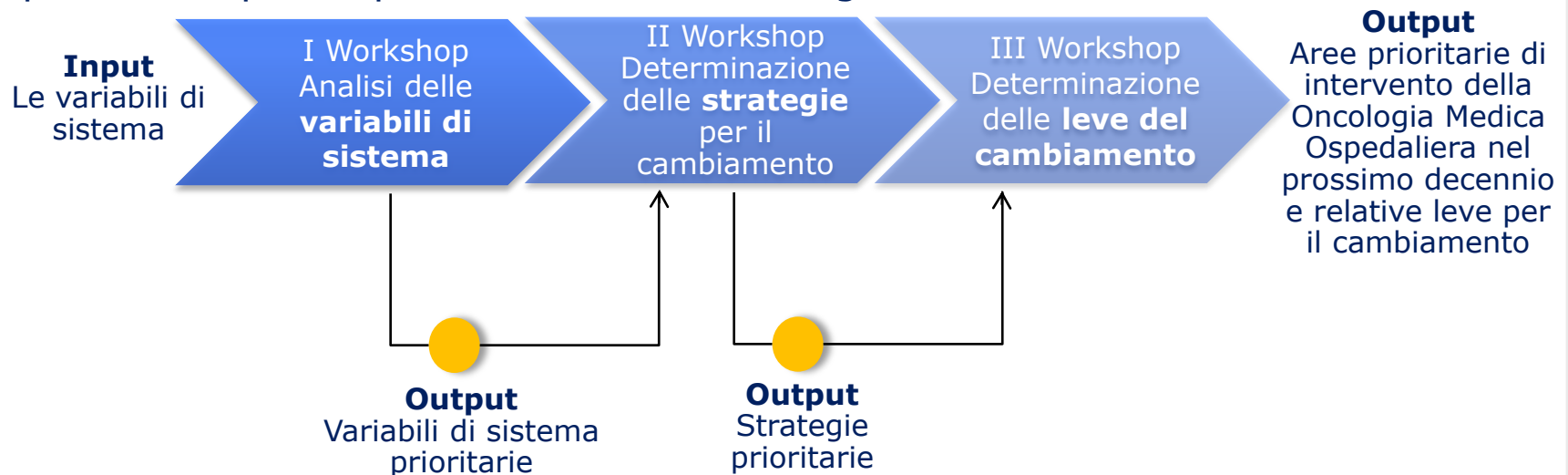


Documento di indirizzo 2011-2021 per l'Oncologia medica ospedaliera

Il progetto KAIROS

Il metodo

Il progetto ha previsto lo sviluppo di tre fasi ognuna strutturata in un workshop a cui ha preso parte un Advisory board che ha contribuito operativamente allo sviluppo delle attività previste. Il terzo workshop ha previsto la partecipazione di tutto il Consiglio Direttivo CIPOMO



Le aree prioritarie sono state condivise con i soci CIPOMO in due incontri, Roma 19 marzo 2012 e Bologna 7 maggio 2012, ed i risultati saranno presentati al congresso CIPOMO di Cosenza 17-19 maggio 2012.

Il progetto KAIROS

I partner per lo sviluppo del progetto

I lavori sono stati svolti con la partecipazione dell'advisory board CIPOMO, del Consiglio Direttivo e dei soci partecipanti ai due incontri, Roma e Bologna, per la diffusione/condivisione dei risultati ed hanno avuto il supporto metodologico dalla società di consulenza EmmEffe S.r.l. – Management & Formazione, Milano e il supporto educativo di Astellas Pharma S.p.A, per lo sviluppo del progetto, e della stessa Astellas Pharma S.p.A e di Hospira S.p.A per la diffusione e condivisione dei risultati.



Le variabili di sistema: perchè tale scelta?

❖ Le tendenze del settore sanità a livello nazionale ed internazionale	È una variabile che consente di delineare il contesto nazionale e internazionale in cui si svilupperà l'oncologia medica ospedaliera
❖ L'introduzione dei costi standard	È una variabile che potrà rivoluzionare il sistema di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, con ricaduta su tutte le realtà sanitarie
❖ L'evoluzione delle spesa sanitaria	È una variabile economica , su cui pesa molto la spesa farmaceutica oncologica
❖ Il fenomeno della deospedalizzazione	È una variabile che caratterizzerà la modalità organizzativa della sanità, con un progressivo rafforzamento delle cure a livello di territorio e una diminuzione delle degenze. Questa tendenza è rafforzata dal fatto che al giorno d'oggi una percentuale elevata dei ricoveri ordinari potrebbero essere erogati in forme diverse
❖ La ricerca	È una variabile che rappresenta la forza trainante in grado di influenzare radicalmente le cure

1	Perché Kairos
2	La Vision di CIPOMO
3	Il progetto Kairos
4	Le dieci priorità

Strumenti e priorità

► Priorità 1

Sviluppo di modelli CIPOMO specifici e classificabili (es. da 1 a 3) sulla continuità di cura ospedale / territorio in oncologia.

Individuazione di modelli hub e spoke classificati secondo criteri definiti dal CIPOMO in funzione di due variabili: la tipologia di pazienti e la tipologia di aziende che costituiscono la rete hub e spoke. La gradazione dei modelli dovrebbe consentire la progettazione e contestualizzazione della nuova configurazione organizzativa a tutte le tipologie di aziende italiane consentendo uno sviluppo “uniforme” secondo gli indirizzi del CIPOMO

► Priorità 2

Sviluppo percorsi paziente per specifiche patologie/gruppi di pazienti evidenziando i costi evitabili (stadiazione e controllo, *follow-up* minimalisti). Analizzare le esperienze per individuare le *best practices* relative ad un approccio pro-attivo.

Integrazione del percorso paziente/ PDTA con focus dedicati ai costi evitabili.

Individuare le aree geografiche pilota nell’ambito dei costi standard, al fine di identificare eventuali best practices nell’ambito dell’Oncologia medica (es. Network per la condivisione dei costi standard sanitari – NISan)

Tali esperienze potranno essere utilizzate per la personalizzazione e l’adattamento alle indicazioni del CIPOMO.

Le dieci priorità

► **Priorità 3**

Definizione del processo territoriale con indicazione delle modalità di integrazione ospedale / territorio con il case manager dell'oncologia medica.

L'attività clinico assistenziale dovrà essere rivista per poter garantire integrazione ospedale / territorio. Tale integrazione potrà avvenire tramite due leve:

- *l'identificazione della figura del case manager che garantisca la continuità ospedale / territorio,*
- *la revisione dei processi ospedalieri e territoriali finalizzata a snellire il percorso del paziente.*

► **Priorità 4**

Adozione di strumenti (es. audit clinico) per la verifica dell'appropriatezza secondo le logiche HTA.

Attivare strumenti di verifica dell'appropriatezza nell'uso delle risorse all'interno del percorso paziente/PDTA anche nelle singole UO. La verifica dell'appropriatezza potrà essere sviluppata attraverso strumenti quali l'audit clinico e l'analisi dei dati utilizzando lo Health Technology Assessment (HTA).

Si ritiene fondamentale integrare tale strumento con l'audit clinico, al fine di mantenere il focus principale sull'efficacia del percorso paziente/PDTA rispetto ad un unico concetto di appropriatezza.

Le dieci priorità

► **Priorità 5**

Attivare il cambiamento dei comportamenti, delle attitudini e delle pratiche dell'oncologo medico (es. indicazioni dal *“The New England Journal of Medicine”* e dalla Green Oncology, per una sostenibilità culturale, economica, ambientale e sociale delle cure).

Attivare un cambiamento culturale negli oncologi medici.

I cambiamenti da attivare sono diversi e riguardano sia i comportamenti (es. limitare la chemioterapia solamente a pazienti che dimostrano un buon livello di performance, eccetto per casi con una elevata capacità di risposta), che attitudini e pratiche (es. gli oncologi devono riconoscere che i costi in oncologia dipendono da ciò che viene fatto e da ciò che non viene fatto; è necessario integrare meglio le cure palliative con le comuni cure oncologiche).

► **Priorità 6**

Sviluppare le reti e la costruzione dei data center nelle strategie di rete, istituzionalizzando il personale dedicato – Unità di ricerca: medico ricercatore, *Clinical research coordinator* (CRC), già riconosciuta a livello europeo/*Data manager*, bio-statistico infermiere di ricerca.

All'interno degli studi clinici è necessario istituzionalizzare la figura del Clinical research coordinator (CRC), al fine di attivare un ruolo pro-attivo nella fase di arruolamento del paziente.

Tale pro-attività, che può essere esercitata attraverso la fase di accettazione e presa in carico di nuovi pazienti potrebbe consentire un aumento dei pazienti arruolati ed un supporto significativo per il medico che gestisce lo studio clinico.

Le dieci priorità

► **Priorità 7**

Sviluppo di un processo di educazione terapeutica per il paziente per evolvere la consapevolezza in responsabilizzazione (stomie, cateteri venosi centrali, uso farmaci, etc.).

Il passaggio culturale del paziente da “consapevolezza” e “responsabilizzazione” nella gestione dei farmaci, delle stomie, dei cateteri venosi centrali può avvenire attraverso un processo di educazione terapeutica da implementare.

Il coinvolgimento attivo del paziente e dei famigliari potrà avvenire sviluppando strumenti di comunicazione dedicati (brochure informative) che possano indurre comportamenti responsabili da parte del paziente e dei suoi famigliari.

► **Priorità 8**

Formare il personale al miglior utilizzo degli strumenti per snellire i processi.

Al fine di snellire i processi sarebbe opportuno integrare lo sviluppo del percorso paziente/PDTA con gli strumenti dello snellimento (es. visual management, gestione a vista, mappatura del valore, etc.).

Ciò consentirebbe, in linea con le principali società di management internazionali, di integrare l'approccio scientifico a quello organizzativo gestionale avendo come riferimento sempre il paziente.

► **Priorità 9**

Identificare ed applicare strumenti EBM per migliorare la sicurezza paziente (FMEA, Incident reporting, RCA).

Sviluppare strumenti per la gestione del rischio clinico che siano EBM ed in linea con le prescrizioni obbligatorie nazionali e regionali. Lo sviluppo di tali strumenti rappresentano il mezzo per incrementare la sicurezza del paziente nei processi aziendali.

► **Priorità 10**

Confronto con istituzioni (Ministeriali e Regionali) per poter intervenire sulla definizione dei costi standard).

CIPOMO dovrebbe prendere parte ai tavoli di lavoro ministeriali e regionali per fornire indicazioni per la personalizzazione dei costi standard relativamente all'ambito oncologico.

Le 10 aree prioritarie sono state condivise con i soci CIPOMO nei due incontri, Roma 19 marzo 2012 e Bologna 7 maggio 2012, ed i risultati finali saranno presentati al congresso CIPOMO di Cosenza 17-19 maggio 2012.