

# COSÌ L'ONCOLOGIA SI AVVICINA AL TERRITORIO

Un progetto messo a punto dalla Società italiana di leadership e management in medicina (Simm) e da Periplo mira a creare un modello organizzativo capace di dislocare al di fuori degli ospedali alcune delle terapie e delle prestazioni assistenziali. In partenza due esperienze pilota in Emilia-Romagna e Toscana

▲ A cura della redazione  
di AboutPharma and Medical Devices  
redazione@aboutpharma.com

**S**i dice che dai momenti critici possano nascere opportunità. È il caso della pandemia di Covid-19 che senza dubbio – al di là delle tragiche conseguenze sanitarie ed economiche – sta accelerando alcuni processi prima solo teorizzati, come quello di delocalizzare sul territorio parte dell'assistenza dei malati oncologici: una popolazione in crescita, grazie alla maggiore sopravvivenza, ma fragile, che soprattutto in un momento come questo ha bisogno più che mai di maggiori attenzioni.

## RIDURRE GLI ACCESSI IN OSPEDALE

Secondo l'ultimo report stilato dall'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom), "I numeri del cancro in Italia 2020", sarebbero 3,6 milioni i malati oncologici sul territorio, con circa mille nuovi casi ogni giorno. Un quadro complesso dal punto di vista assistenziale e gestionale, soprattutto se si considera che tutti questi pazienti sono gestiti quasi esclusivamente dalle strutture ospedaliere, con una domanda sovradimensionata rispetto all'offerta. "È impensabile che tutta questa casistica faccia riferimento soltanto alle strutture di oncologia ospedaliere" commenta Gianni Amunni, direttore generale di Ispro (Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica) Toscana e vicepresidente di Periplo. Un problema già evidenziato nel corso di

questi anni, ma che è emerso con ancora più prepotenza nei primi mesi del 2020, quando il Sars-CoV2 ha fatto la sua comparsa, con tutti i problemi sanitari connessi. Com'è noto infatti gli ospedali sono diventati il fulcro della gestione dei malati Covid-19 con un'inevitabile ripercussione su tutti gli altri pazienti e in particolare sugli oncologici.

## LA FRAGILITÀ DEI PAZIENTI ONCOLOGICI

Come ricorda Pierfranco Conte, ordinario di Oncologia presso l'Istituto Oncologico Veneto (Iov) IRCCS di Padova e presidente di Periplo, "la pandemia Covid-19 ha reso il paziente oncologico, particolarmente fragile per una serie di motivi". "Il primo è il maggior rischio di contrarre l'infezione stessa, così come di andare incontro a complicanze severe anche fatali" continua Conte. "Lo dimostra anche un recente studio condotto in Veneto. Un rischio dovuto da una parte alla malattia oncologica in sé e alle terapie che inducono spesso una depressione del sistema immunitario; dall'altra ai maggiori accessi in ospedale, luogo di contatto con altre persone e potenziale fonte di contagio. In attesa di trovare una soluzione per Covid-19 si può provare a risolvere almeno quest'ultima problematica, riducendo il più possibile gli accessi non strettamente necessari in ospedale per il paziente oncologico".

## COVID-19: UN DISRUPTIVE INNOVATOR

Senza dubbio l'emergenza coronavirus è stata anche un banco di prova che ha costretto a mettere in pratica alcune innovazioni organizzative da tempo solo teorizzate, accelerando i processi di evoluzione sia tecnologica sia organizzativa. Come fare ricorso a soluzioni di medicina digitale e iniziare a delocalizzare sul territorio alcune prestazioni. In Emilia-Romagna per esempio, nei mesi di marzo e aprile il numero di prestazioni sanitarie ambulatoriali erogate ha avuto una riduzione significativa, con oltre il 60% delle prestazioni non erogate. Mattia Altini, presidente della Simm e direttore sanitario dell'Ausl Romagna, racconta che si è riusciti a limitare il danno assistenziale dovuto al lockdown riducendo al minimo possibile le attività procrastinate. "Ma la programmazione delle attività sanitarie poteva essere molto più tempestiva, potendo contare su luoghi al di fuori dell'ospedale per l'erogazione delle prestazioni" aggiunge. "Perché il sistema di presa in carico territoriale non è ancora una realtà diffusa". La pandemia inoltre, secondo Altini, ha evidenziato con forza la necessità di un potenziamento sempre maggiore dell'integrazione dei servizi territoriali con il sistema ospedaliero.

## IL PROGETTO SMART CARE

È proprio questo il punto di forza del progetto progetto S.M.A.R.T. Care

## Le dodici direttive di intervento

1. L'oncologia ospedaliera può prevedere attività anche in proiezione territoriale con modalità innovative di flessibilità e mobilità del personale;
2. Si devono individuare "recettori oncologici" a livello territoriale con specialisti del settore operanti a domicilio o nelle strutture di cure intermedie in continuità con il Mmg e l'oncologo ospedaliero di riferimento;
3. Le cure intermedie, l'ospedalizzazione domiciliare sono modalità di assistenza territoriale che devono, secondo precise indicazioni, ospitare anche pazienti oncologici che necessitano di media/bassa intensità assistenziale (in sinergia tra Mmg, specialista territoriale e ospedaliero);
4. Il paziente oncologico e la sua presa in carico devono essere inseriti nelle diverse articolazioni del cronic-care model con adeguate competenze specialistiche e precisi criteri di elezione;
5. Alcuni trattamenti oncologici, di basso impegno assistenziale, possono essere eseguiti a domicilio del paziente sotto controllo specialistico in sinergia con il Mmg;
6. Un'adeguata infrastruttura telematica deve garantire e promuovere pratiche di tele visita e teleconsulto con attivazione di tutte le figure coinvolte sia a livello territoriale che ospedaliero;
7. Deve essere prevista una cartella clinica informatizzata unica (ospedale e territorio) che deve essere alimentata da tutti i professionisti coinvolti nelle diverse fasi del percorso;
8. Il follow-up si configura come un esempio di medicina di iniziativa e deve essere modulato tra specialista e Mmg con momenti strutturati di interazione;
9. Viene individuato per ogni paziente un "tutor" che è punto di riferimento per tutti i professionisti coinvolti nel percorso e che agevola i passaggi delle diverse fasi di presa in carico da parte di strutture diverse;
10. Il caregiver ed il volontariato sono parte integrante dell'equipe di cura e partecipano, o comunque sono coinvolti, nelle valutazioni di percorso;
11. Si definisce per ogni fase di malattia il modello assistenziale più appropriato (ospedaliero e territoriale) facilitando al massimo lo spostamento nell'ambito delle diverse tipologie;
12. Si definiscono nei Pdta con precisione i luoghi di presa in carico e di cura e la tipologia di professionista sanitario di volta in volta coinvolto.

(Soluzioni e metodi avanzati di riorganizzazione territoriale in sanità) messo a punto da Simm (Società italiana di leadership e management in medicina) e Periplo (Rete delle reti oncologiche). Nato per realizzare un modello organizzativo capace di dislocare al di fuori degli ospedali alcune delle terapie e delle prestazioni rivolte ai malati oncologici cronici. Modelli simili sono già attivi per patologie come diabete e malattie cardiovascolari, ma nulla di concreto si è fatto finora per i malati oncologici, che pure, con il progredire delle cure e l'avanzamento della sopravvivenza, stanno (fortunatamente) andando ad aumentare le fila dei malati cronici italiani. Obiettivo dell'intervento Smart Care è dunque creare un modello organizzativo capace di garantire la migliore assistenza per il paziente oncologico anche sul territorio, ricollocando i servizi sanitari in maniera più appropriata e coordinando tutti i soggetti coinvolti. Con l'idea di individuare il miglior setting di cura che garantisca la massima qualità dell'assistenza, l'ottimizzazione delle risorse con

una maggiore sostenibilità del Servizio sanitario nazionale e l'appropriatezza organizzativa. "Il nostro obiettivo è ridisegnare l'assistenza oncologica con un forte livello di integrazione tra ospedale e territorio" spiega Amunni. "Siamo convinti che in alcune situazioni il paziente oncologico trovi più corretta attenzione alle sue esigenze in un setting assistenziale territoriale, che può essere quello del domicilio, dei letti di cure intermedie o delle strutture del cronic care model. Riteniamo inoltre necessario riscrivere i Pdta del paziente oncologico, che tengano conto di questi nuovi contesti assistenziali". Due elementi chiave del progetto sono il "Best Setting Model", ideato per garantire l'individuazione del setting erogativo a maggior valore per il Ssn per il paziente, per ogni attività delocalizzabile; e le micro-reti: definizione formalizzata dei soggetti coinvolti (specialista, Mmg, farmacista, infermiere, tecnico, Oss, paziente, caregiver, app, robot ...) per le specifiche attività, con l'obiettivo di garantire formazione, transito delle informazioni, individuazione delle tecnolo-

gie necessarie, azioni tra loro coerenti ed efficaci. Il collegamento ideale tra tutte queste figure e responsabilità potrebbe essere un nuovo Dipartimento Oncologico, secondo il progetto, quale struttura di governo e elemento di garanzia della quota sia territoriale che ospedaliera. Il progetto è consultabile all'indirizzo [www.smartcareproject.it](http://www.smartcareproject.it)

### ONCOLOGIA TERRITORIALE E TELEMEDICINA

Per mettere in pratica il modello organizzativo gli oncologi hanno condotto un'analisi dei bisogni, con potenzialità di applicazione nel breve termine. I professionisti di Periplo hanno poi identificato dodici direttive chiave di intervento (vedi box). La realizzazione di questa revisione organizzativa territoriale si basa essenzialmente su due prerequisiti: 1) la creazione di un'oncologia territoriale, con specialisti oncologi che operino e fungano da elemento di raccordo tra l'oncologo in ospedale e il Mmg, indirizzando nei centri ospedalieri solo i casi più gravi; 2) la presenza di una infrastruttura tecnologica e

di sistemi informativi interconnessi, che consentano un efficiente raccordo fra i diversi presidi assistenziali, abilitando una visione d'insieme del percorso di presa in carico e cura, l'adozione di soluzioni di digital health (quali ad esempio la telemedicina, il monitoraggio remoto, la comunicazione ospedale-territorio-domicilio, la robotica a supporto degli specialisti), l'attivazione della cartella clinica informatizzata oncologica. "Va creata un'oncologia territoriale che al momento non esiste" commenta Conte. "Essendo poi una patologia molto complessa, gestita da un team multidisciplinare, va implementato un sistema di telemedicina che consenta anche a distanza di acquisire informazioni e condividere decisioni terapeutiche". Proprio questi due aspetti rappresentano anche i nodi da sciogliere e i potenziali ostacoli per la realizzazione del progetto. Da una parte infatti, come ricorda Amunni, bisogna superare una visione culturale storica che vede l'oncologia come una branca tutta ospedaliera, coinvolgendo attivamente anche i Mmg. D'altra parte serve un'infrastruttura digitale: come ricorda anche Altini "È questa la parte più debole della colonna vertebrale delle aziende sanitarie del paese – sottolinea – perché non è mai stato fatto un piano complessivo, ma si è andati avanti con piccoli passi a macchia di leopardo". Su questo però gli esperti sono concordi nel sostenere che il Recovery Fund e il Mes potrebbero rappresentare una significativa opportunità dato l'orientamento della Commissione Affari Sociali e Sanitari della Camera verso un loro utilizzo a sostegno di sanità digitale, organizzazione della rete territoriale di assistenza, gestione domiciliare dei pazienti cronici, fragili e non autosufficienti, valorizzazione del personale sanitario.

#### I TAVOLI DI LAVORO

Il progetto Smart care prevede anche una serie di tavoli di lavoro che si occuperanno di diverse tematiche connesse alla delocalizzazione. Il gruppo di lavoro

strategico-scientifico, per esempio, sta definendo le linee di indirizzo per la riorganizzazione territoriale dei servizi assistenziali e il riposizionamento di alcune funzioni. Si sta valutando, ad esempio, come ottimizzare la somministrazione di terapie oncologiche orali, sottocutanee ed endovena associate ad una bassa intensità di cura, che potrebbero essere gestite anche fuori dall'ospedale, purché sotto la sorveglianza di specialisti adeguatamente preparati ad affrontare eventuali difetti collaterali e criticità. Allo stesso modo, il gruppo sta valutando le modalità possibili per delocalizzare l'attività di follow-up e di screening e per il coinvolgimento dei farmacisti nell'erogazione delle terapie. Secondo gli esperti già oggi sono molte le prestazioni che potrebbero essere de-ospedalizzate, come appunto le visite di follow-up e la terapia palliativa. "Su questi due aspetti ci sono già evidenze che l'assistenza dovrebbe essere svolta al di fuori dell'ospedale – commenta Conte – anche se purtroppo c'è ancora tanto da migliorare nel concreto per garantirlo. I Mmg non vengono coinvolti o non si sentono pronti a farlo e non sempre l'assistenza domiciliare o gli hospice sono in grado di dare una risposta adeguata in termini numerici di disponibilità di operatori sanitari e posti letto, per i pazienti che hanno necessità di terapia palliativa". "Si pensi al follow-up del tumore mammario – aggiunge Altini – una visita di controllo che tutto sommato non ha criticità e riguarda pazienti con sopravvivenza decennale, che rischia di riempire le attività ambulatoriali ospedaliere. Spazio che dovrebbe essere lasciato alle prime diagnosi di cancro, più complesse da gestire, che richiedono esami specialistici come risonanza magnetica, biopsie ecc".

Sono parallelamente attivi altri due tavoli di lavoro, dei quali uno è dedicato all'ambito regolatorio, quindi alla valutazione del contesto normativo di riferimento in relazione alle attività potenzialmente delocalizzabili. Un gruppo

tecnico si occuperà invece di seguire le tecnologie disponibili, partendo da una valutazione della situazione attuale, finalizzata a individuare gli interventi necessari per l'interconnessione dei sistemi e l'abilitazione interazioni tra i soggetti coinvolti.

#### PROGETTI PILOTA

Il prossimo step sarà la partenza di due progetti pilota: uno in Emilia-Romagna l'altro in Toscana, che prevede, quest'ultimo, tre sperimentazioni di oncologia territoriale, una per ciascuna area vasta della Regione. In Romagna in particolare sarà messa a disposizione la Casa della Salute di Forlimpopoli che dista circa 10 km dall'Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori (IRST) IRCCS di Meldola. "Abbiamo già composto il tavolo di lavoro interprofessionale, tra noi e l'istituto, e stiamo analizzando quali attività relative alla presa in carico del paziente oncologico possono essere delocalizzate sulla Casa della Salute di Forlimpopoli" spiega Altini, che confida di poter disporre dei primi dati già la prossima primavera. Dopodiché l'intenzione è di mettere in discussione a livello nazionale le raccomandazioni organizzative che scaturiranno dal progetto pilota e che saranno messe a disposizione anche delle altre regioni italiane. "La percezione – conclude Amunni – è che ci sarà un miglioramento in termini di qualità della vita del paziente oncologico, ma anche un migliore utilizzo delle risorse sanitarie e quindi economiche dei percorsi oncologici".

*\*articolo realizzato in collaborazione con Roche Italia* ▼

#### Parole chiave

Oncologia, reti oncologiche, territorio, ospedale, telemedicina, covid-19

#### Aziende/Istituzioni

Società italiana di leadership e management in medicina (Simm), Periplo, Rete delle reti oncologiche; Associazione italiana di oncologia medica, Aiom; Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica, Ispro, Toscana; l'Istituto Oncologico Veneto (Iov) IRCCS di Padova; Ausl Romagna; Istituto tumori della Romagna (Irst), Irccs, Meldola