

GLI SPECIALI

di **ΔBOUTPHARMA**
AND MEDICAL DEVICES



**L'integrazione tra ospedale
e territorio in oncologia**

ISSN 2611-5662

Editore

HPS – Health Publishing & Services Srl
Piazza Duca d'Aosta 12, 20124 Milano
tel. 02.2772991 – fax 02.29526823
www.aboutpharma.com
aboutpharma@aboutpharma.com
REA: 1935962

**Direzione, redazione,
amministrazione, pubblicità**
Health Publishing & Services Srl

Piazza Duca d'Aosta, 12 – 20124 Milano
tel. 02.2772991 – fax 02.29526823

Via Nairobi, 40 – 00144 Roma
tel. 06.69920913 – fax 06.5010561

www.aboutpharma.com
aboutpharma@aboutpharma.com

Direttore responsabile

Stefano Di Marzio
sdimarzio@aboutpharma.com

In redazione

Alessio Chiodi
achiodi@aboutpharma.com
Marcello Longo
mlongo@aboutpharma.com
Fabrizio Marino
fmarino@aboutpharma.com

Referenze fotografiche

Shutterstock

Stampa

Finito di stampare nel mese di agosto 2020
da GECA srl - San Giuliano Milanese (MI)

Autorizzazione

AboutPharma and Medical Devices
Tribunale di Milano n. 451 del 20/09/2002

© 2020 Health Publishing & Services S.r.l.
È vietata la riproduzione anche parziale di
testi e immagini presenti su tutta la rivista.

Progetto editoriale promosso da



01 L'INTEGRAZIONE TRA OSPEDALE E TERRITORIO IN ONCOLOGIA

03 LA RETE ONCOLOGICA E IL CHRONIC CARE MODEL

05 LE FASI DEL PERCORSO NELLE VARIE REALTÀ REGIONALI

08 SEI REGIONI A CONFRONTO

**12 LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE IN ONCOLOGIA:
L'ESPERIENZA DEL NETWORK DELLE REGIONI**

16 LE PROSPETTIVE FUTURE

L'INTEGRAZIONE TRA OSPEDALE E TERRITORIO IN ONCOLOGIA

L'epidemiologia dei pazienti oncologici negli ultimi anni vede una crescente prevalenza di pazienti in terapie croniche, pazienti anziani e pazienti con comorbidità. In tale panorama l'emergenza Covid-19 ha ulteriormente posto all'attenzione degli addetti ai lavori la necessità di ripensare alle scelte organizzative per la presa in carico del malato oncologico

L'integrazione tra ospedale e territorio in oncologia è stato il tema centrale di un board, che ha visto coinvolti i referenti di sei Reti regionali oncologiche e del Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Negli ultimi anni vi è stato infatti un mutamento epidemiologico intercorrente a causa dell'invecchiamento della popolazione, cui si accompagna un aumento dei tempi di sopravvivenza del paziente oncologico. Il fenomeno della cronicizzazione del decorso clinico di molti pazienti oncologici ha portato anche a un significativo incremento della prevalenza: oggi si parla di 3 milioni e mezzo di casi, con caratteristiche estremamente eterogenee, che rappresentano circa il 3% della popolazione italiana. Si stima che circa 900 mila di questi pazienti possano essere considerati guariti. Tutto questo pone il tema rilevante della gestione della qualità di vita durante e dopo il cancro. Parallelamente – osserva Gianni Amunni, direttore generale dell'Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO) con sede a Firenze – si è assistito negli ultimi anni a una serie di importanti mutamenti nell'ambito dell'oncologia, non solo riguardanti

le terapie chirurgiche, radioterapiche e farmacologiche. Si è passati, infatti, dall'ospedalizzazione al Day Hospital, alla gestione ambulatoriale, e da una gestione monospecialistica della patologia a una impostata sulla multidisciplinarietà. Il lungo periodo di durata della malattia, dovuto a una sempre maggiore curabilità dei tumori, rimanda inoltre al problema della gestione delle comorbidità, come per esempio nei pazienti anziani. Una pressione epidemiologica che obbliga a una serie di riflessioni. Innanzitutto – continua lo specialista – si sente la necessità della presa in carico dei

bisogni nel setting territoriale perché ormai la fase ospedaliera copre solo un periodo limitato della malattia. Da tenere presente anche variabili come la famiglia, lo status socio-economico e il livello di autonomia. La pandemia virale, inoltre, ha sottolineato l'importanza di salvaguardare la risorsa ospedale, a fronte dell'emergenza epidemiologica, trasferendo attività specifiche nel setting territoriale: una strategia che si è imposta anche in considerazione dei rischi di contagio cui sono esposti i pazienti affetti da tumore, spesso fragili e immunodepressi.

IL DIBATTITO E I PARTECIPANTI

L'organizzazione e le esperienze delle Reti oncologiche regionali italiane sono state il tema di un recente confronto tra esperti, organizzato a Milano da *AboutPharma and Medical Devices* in collaborazione con Novartis Italia: questa pubblicazione ne riassume i contenuti. Al dibattito hanno preso parte **Gianni Amunni**, direttore generale dell'Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO) di Firenze; **Ettore Attolini**, direttore dell'Area Innovazione di Sistema e Qualità, Agenzia Regionale Strategica per la Salute e il Sociale (AReSS) Puglia; **Oscar Bertetto**, direttore del Dipartimento Funzionale Interaziendale Interregionale Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta; **PierFranco Conte**, ordinario di Oncologia presso l'Istituto Oncologico Veneto IRCCS di Padova; **Francesca Ferré**, Laboratorio MeS (Management e Sanità) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa; **Paolo Pronzato**, direttore di Oncologia medica 2, Ospedale policlinico San Martino di Genova; **Tiziana Spinosa**, direttore del Distretto sanitario ASL Napoli 1 centro; **Milena Vainieri**, Laboratorio MeS (Management e Sanità) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

CINQUE PUNTI SU CUI PUNTARE PER AFFRONTARE LA SFIDA CANCRO

A fronte dei mutamenti epidemiologici e guardando a tutte le fasi del percorso oncologico, balzano all'attenzione alcune considerazioni di fondo:

1. la durata del percorso di malattia si è allungata;
2. il controllo della qualità di vita è ormai diventato parte della terapia;
3. ne consegue non solo la necessità di coinvolgere il medico di medicina generale, ma anche di lavorare su un governo unitario di tutte le risorse, non solo di quelle ospedaliere; ampia integrazione tra ospedale e territorio e modulazione delle risorse sono le parole chiave;
4. la gestione della cronicizzazione della malattia si deve giocare non solo sul piano prettamente sanitario ma anche socio-sanitario;
5. da considerare il tema dei supporti logistici che consentano l'esercizio del diritto al lavoro.

PANDEMIA VIRALE, UN'ESPERIENZA DI CUI FARE TESORO

Durante la fase di emergenza Covid si sono registrate esperienze organizzative di cui si potrà tenere conto. In particolare, come spiegano Gianni Amunni (Rete oncologica toscana) e PierFranco Conte (Rete oncologica veneta) si è assistito a:

1. attività di follow-up gestite a domicilio in collaborazione con la medicina generale;
2. trattamenti a domicilio anche per i farmaci ospedalieri orali;
3. televisita e teleconsulto per il monitoraggio del trattamento;
4. presa in carico dei bisogni assistenziali da parte del medico di medicina generale e delle strutture territoriali;
5. maggiore attenzione riposta sul profilo rischio-beneficio delle terapie dedicate alle fasi avanzate di malattia e maggiore ricorso ai programmi di cure palliative o di supporto.

LA NECESSITÀ DI UNA MAGGIORE CONDIVISIONE

In tale contesto diventa imprescindibile il link tra ospedale e territorio che si presenta già al momento del trattamento primario in ospedale, rendendo necessaria la condivisione della cartella clinica.

Un'altra esigenza molto sentita è una disponibilità H24 nel gestire in modo coordinato le tossicità, compresa quella tardiva. Il follow-up deve essere sempre di più condiviso tra i vari attori.

PIÙ INTEGRAZIONE CON IL TERRITORIO

In realtà, non mancano le sperimentazioni organizzative. Si parla, ad esempio, di alcune proiezioni territoriali dell'oncologia, della condivisione delle terapie a domicilio, dei

modelli di ospedalizzazione domiciliare, dell'individuazione di percorsi che funzionino da ponte tra ospedale e territorio, con l'allargamento dei dipartimenti oncologici alle figure specialistiche territoriali.

Si deve condurre una riflessione sulla cronicità e sulle fragilità connesse al paziente oncologico, conclude Amunni, puntando sulla medicina d'iniziativa che si sviluppa sul territorio piuttosto che su quella d'attesa. Ma è soprattutto importante favorire la contaminazione tra le due realtà, intra ed extra-ospedaliera. In sintesi, prendendo atto del cambiamento epidemiologico, si deve tenere certamente conto che il trattamento oncologico comporta una fase di intensità intra-ospedaliera. Dall'altro, già in questo momento c'è bisogno di un'integrazione con la medicina

territoriale: dopo il ricovero in ospedale segue, infatti, una lunga fase extra-ospedaliera che richiede la presenza di Reti esperte sul territorio. È necessario, al riguardo, sviluppare un contesto organizzativo culturalmente preparato per affrontare il problema.

Nei mesi scorsi proprio nelle realtà che, a fronte dell'emergenza virale, sono state capaci di realizzare forme più avanzate di sanità territoriale nonché in grado di interagire con l'ospedale, si sono osservate risposte più efficaci e articolate. Ma sono ancora ampi gli spazi di miglioramento e numerose le proposte sul tappeto ricordate dai due specialisti. Si pensa ad attività del personale ospedaliero declinate in proiezione territoriale, al coinvolgimento degli specialisti a domicilio o nelle strutture intermedie (coltivando le sinergie per realizzare anche l'ospedalizzazione domiciliare), a un'unica cartella clinica informatizzata. Fondamentale, al riguardo, consentire il flusso del paziente nelle diverse tipologie assistenziali in base alle esigenze poste dalle diverse fasi di malattia. Così come sarebbe importante l'individuazione di un "tutor" per ogni singolo paziente, punto di riferimento per tutti i professionisti coinvolti, e l'integrazione del caregiver e delle figure di volontariato nella cura e nella valutazione del percorso. ▴

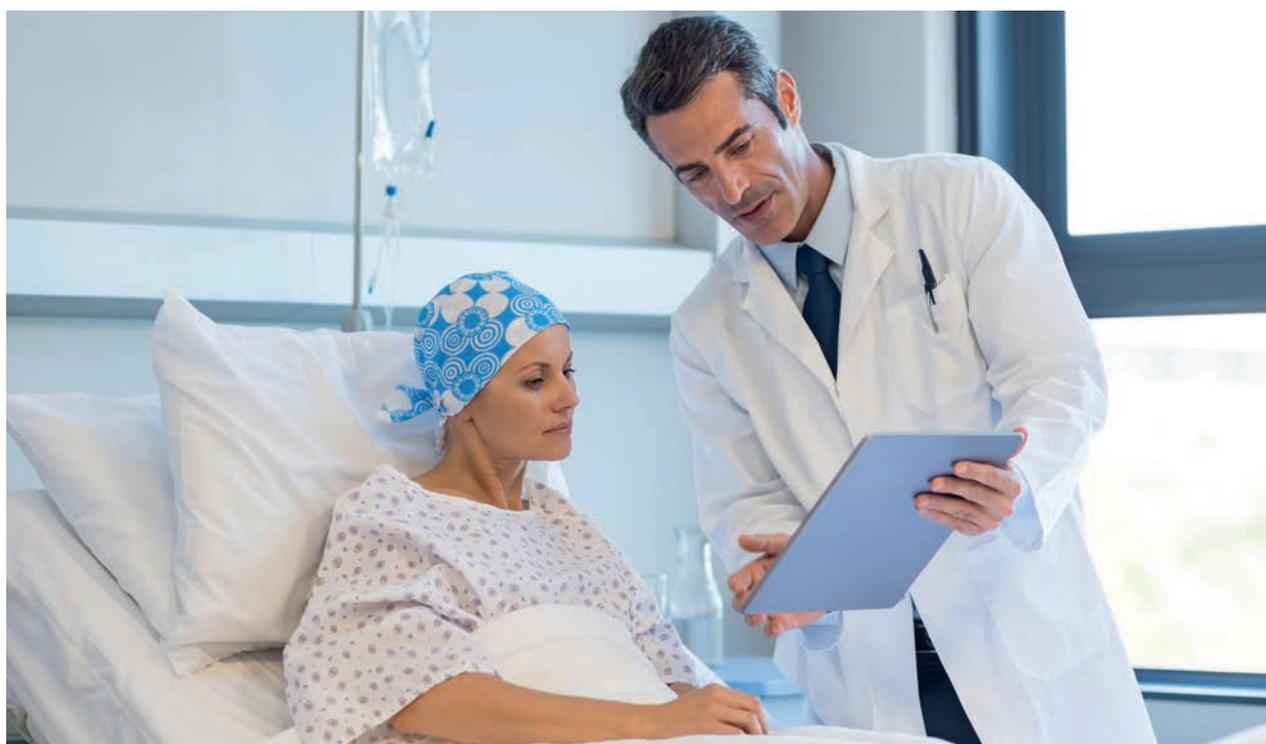
LA RETE ONCOLOGICA E IL CHRONIC CARE MODEL

A fronte di una rivoluzione culturale nella presa in carico dei pazienti oncologici, che vede i centri ospedalieri in prima fila, si prende in considerazione l'opportunità di puntare sul Chronic care model basato sulla condivisione con il territorio. Sempre tenendo presente le particolari caratteristiche del paziente oncologico

Per una tipica malattia cronica come lo scompenso cardiaco – ricorda Paolo Pronzato, direttore di Oncologia medica 2, Ospedale policlinico San Martino di Genova – il passaggio tra l'episodio acuto, che richiede l'ospedalizzazione, e il ritorno a domicilio avviene in una situazione diversa rispetto all'Oncologia

per la diversa cultura sulle malattie cardiovascolari acquisita dal medico di medicina generale, e poi esiste il supporto degli specialisti cardiologi ambulatoriali. Nel percorso oncologico, invece, il paziente riceve continuamente terapie avanzate, con un profilo di tollerabilità particolare che può richiedere l'ospedalizzazione, e lo stesso avviene durante il follow-up.

Il cancro è una malattia “a ottovolante”, caratterizzata da tossicità e peggioramenti intercorrenti, che richiedono il ricovero. Il bisogno di accedere all'ospedale o al Pronto Soccorso si può tuttavia comprimere con un buon processo di follow-up territoriale. In proposito, Oscar Bertetto – direttore del Dipartimento Funzionale Interaziendale Interregionale Rete Oncologica del



Piemonte e della Valle d'Aosta – evidenzia la necessità di una struttura intermedia che gestisca i problemi acuti ma non gravi, come il vomito profuso o la diarrea. Anche per liberare da problemi banali i posti-letto delle strutture ad alta specializzazione. Strutture intermedie di quel tipo esistono già in Puglia – osserva Ettore Attolini, direttore Area Innovazione di Sistema e Qualità, AReSS Puglia – e si chiamano ospedali di comunità. Sulla falsariga delle RSA, si potrebbe pensare alla costituzione al loro interno di moduli operativi oncologici che coinvolgano i medici di medicina generale e gli specialisti.

IL CHRONIC CARE MODEL

Il paziente – fa notare Amunni – trascorre gran parte del suo percorso di malattia al di fuori degli

ospedali ad alta specializzazione e ad alta intensità di cura. Fermo restando che ospedale e territorio sono due mondi operativamente e gerarchicamente ben distinti, se la terapia oncologica fa riferimento all'ospedale, la successiva tossicità si osserva sul territorio: la risposta ospedaliera al problema non dovrebbe essere il Pronto Soccorso, bensì la possibilità di accedere direttamente al reparto di Oncologia, sotto la gestione del medico di medicina generale (di cui vanno definite chiaramente le competenze nella presa in carico dei pazienti oncologici).

È altresì vero che dal punto di vista del paziente la risposta nosocomiale offre sicurezza. Ma, con una prevalenza di 3 milioni e mezzo di pazienti, le strutture ospedaliere non possono adeguarsi, così come risul-

ta insostenibile la presa in carico ospedaliera anche per le patologie più banali. Le competenze necessarie per coltivare la qualità di vita dei pazienti non dovrebbero rimanere riservate all'oncologo. Inoltre – continua Amunni – il ruolo del territorio è importante per la prevenzione, come recentemente dimostrato dalla correlazione tra screening e diminuzione dei casi di cancro del colon-retto.

L'obiettivo è mettere in campo una buona programmazione, partendo dalla consapevolezza della carenza di risorse ospedaliere; diverso è il caso del territorio, dove si pensa a grossi investimenti per il Chronic care model. È vero che le Reti oncologiche sono nate come ospedaliere – conclude il clinico toscano – ma sin dall'inizio era sottinteso che avrebbero dovuto coinvolgere anche le strutture territoriali, dallo screening ai servizi. Non si deve pensare a una Rete oncologica esclusivamente ospedaliera.

POSSIBILITÀ DI INTERFACCIA OSPEDALE-TERRITORIO

Il 95% del percorso del paziente oncologico è ospedaliero a causa della complessità, del costo dei farmaci (distribuiti nei Centri) e dell'alta specializzazione richiesta. A porre l'accento sulla natura "ospedaliera" delle persone alle prese con un tumore è Pier-Franco Conte, ordinario di Oncologia presso l'Istituto Oncologico Veneto IRCCS, che sottolinea i dati emersi dal progetto PERIPLLO – la "Rete delle Reti oncologiche" – analizzando più di 16 mila donne affette da carcinoma mammario in sei Regioni italiane. Pazienti che si gestiscono attraverso la Rete oncologica. Permangono però quattro situazioni di interfaccia delle Reti col territorio che lo specialista individua nei seguenti punti:

1. lo screening;
2. la terminalità, che è diventata molto breve, perché con i farmaci più avanzati i pazienti vengono trattati fino a pochi giorni dall'exitus;
3. il follow-up del paziente guarito, non più in trattamento attivo, il cui attore dovrebbe essere il medico di medicina generale;
4. il trattamento dei pazienti in trattamento attivo con malattia cronicizzata. Almeno una parte di questi pazienti, in terapia orale continuativa, può effettuare una parte dei controlli necessari sul territorio, qualora siano previsti percorsi definiti che coinvolgono specialisti oncologi territoriali che collaborano con i medici di medicina generale.

Per i pazienti oncologici cronici – aggiunge Tiziana Spinosa, direttore del Distretto sanitario ASL Napoli 1 centro – è bene distinguere tra i vari livelli di intensità. Serve una gestione ottimale delle risorse anche per garantire l'accesso ai trattamenti personalizzati e più costosi. In Campania, ad esempio, gli oncologi territoriali sono stati concentrati in team che si interfacciano con la Rete. È l'epidemiologia che spinge a muoversi verso l'integrazione tra ospedale e territorio.

ABBATTERE LE DOGANE

La Rete oncologica – evidenzia Bertetto – non è un sistema a sé stante, bisogna "abbattere le dogane" non soltanto tra territorio e ospedale, ma anche tra ospedali e all'interno dei singoli ospedali, e in primis a livello del Pronto Soccorso, dove spesso non c'è la necessaria competenza per gestire le problematiche della tossicità da farmaci oncologici. Molti medici, inclusi quelli della Rete oncologica, non conoscono pienamente le potenzialità del territorio anche perché in passato hanno ricevuto poche risposte da quell'ambito al momento della dimissione. Ancora non esiste una vera continuità assistenziale efficace e protratta nelle 24 ore, per sette giorni la settimana. ▴

LE FASI DEL PERCORSO NELLE VARIE REALTÀ REGIONALI

L'obiettivo: delineare un progetto comune da estendere all'intera nazione. Da tenere presente innanzitutto l'esperienza accumulata a livello regionale, sebbene si notino diversi orientamenti, tuttora in discussione proattiva tra gli specialisti. Da una parte le cure più evolute a carico dei centri specializzati, dall'altra il coinvolgimento del territorio, da considerare anche per alleggerire il carico di lavoro dei centri. L'integrazione può dare una risposta concreta ai bisogni dei pazienti e facilitare il lavoro dei professionisti che se ne occupano, medici in primis

La sfida al cancro si gioca su vari campi di battaglia, con le relative regole regionali, ma tutti accomunati dalla necessità di implementare le relazioni tra le Reti oncologiche e il territorio.

PREVENZIONE PRIMARIA E SCREENING

Il panorama italiano varia a seconda delle Regioni, tutte d'accordo nel ritenere centrali la prevenzione primaria e le iniziative di screening. Di seguito alcuni esempi.

In Puglia sul piano della prevenzione si attesta il coinvolgimento delle farmacie di servizio, che partecipano allo screening del colon-retto, distribuendo e successivamente raccogliendo i kit relativi. Inoltre, le farmacie hanno in carico il controllo della compliance dei pazienti.

In Liguria si punta a superare la fase dello screening di massa, mirando alla prevenzione personalizzata in pazienti selezionati, per esempio per la diagnosi precoce del tumore alla mammella e al polmone. Ma per ottenere risultati si deve compiere un'azione di sistema: tutti gli atto-



ri devono acquisire consapevolezza delle nuove possibilità mettendo in atto programmi educazionali focalizzati su tutti gli attori, a cominciare dai pazienti.

In Campania il Distretto attiva anche le iniziative di screening, un importante capitolo in via di miglioramento. Attualmente le percentuali di copertura sono ancora basse rispetto al Nord Italia: per quanto

riguarda il tumore della mammella si situano intorno al 20% e non va molto meglio per lo screening del colon-retto. Sul melanoma, invece, si stanno instaurando esperienze di medicina d'iniziativa, non veri e propri screening. Si prevede l'esonazione dai ticket per la mappatura dei nei e ci si aggancia poi ai GOM (Gruppi Oncologici Multidisciplinari) nei casi in cui si renda necessa-

rio un approfondimento diagnostico. Importante, in caso di positività allo screening eseguito in ambito territoriale, l'indirizzo alla struttura adeguata per l'approfondimento diagnostico.

Per approfondire il tema dell'integrazione ospedale-territorio – ricorda Bertetto, attivo in Piemonte – è utile considerare il punto di vista del paziente. Il primo step è la prevenzione primaria, cioè il cambiamento degli stili di vita, sul quale tuttavia persiste una cultura inadeguata. Il secondo step sono gli screening, con una variabilità nella loro adesione ancora inadeguata per quanto riguarda il colon-retto. Il terzo step è la diagnosi tempestiva. Il territorio dovrebbe essere al centro e le Reti

oncologiche dovrebbero governare l'intero processo.

FOLLOW-UP

La presa in carico del follow-up dei pazienti deve essere ampiamente condivisa. La complessità del tema, che riguarda anche il reinserimento sociale e la qualità di vita dei pazienti, necessita di una riflessione profonda sulle modalità di collegamento tra l'ospedale e il territorio. Molto dipende dal tipo di malattia con cui si ha a che fare, per individuare le competenze che si rendono necessarie. Come evidenzia l'esperienza piemontese, in alcune città si è partiti dal tumore della mammella, che però è denotato dalla comparsa di metastasi tardive con una sintomatologia molto più subdola e che, spesso, il medico di medicina generale non è in grado di intercettare. Attualmente – riferisce il responsabile della Rete piemontese – si sta cercando di ripartire con il follow-up del colon-retto, nel quale il coinvolgimento del medico di famiglia è più agevole, in previsione di passare successivamente a quello della mammella. In Liguria, sul tema follow-up sono stati definiti i perimetri delle competenze. Si conclude che alcuni tipi di follow-up risultano gestibili dal medico di medicina generale, sulla base di precedenti esperienze positive.

CURE PRIMARIE E CRONICITÀ

Il medico di medicina generale può assumere un ruolo importante nella gestione del paziente cronico, intervenendo nelle situazioni che richiedono atti medici finalizzati a risolvere le problematiche che possono presentarsi. All'interno del Chronic care model le cure primarie sono anche decisive nel processo di follow-up e nell'indirizzare il paziente al centro di riferimento più adeguato.

Al proposito, è decisivo promuovere una ben definita integrazione tra i professionisti territoriali e l'ospedale, puntando anche sullo sviluppo di reti informatiche connesse alla medicina generale, come sta avvenendo in Puglia. L'innovazione procede sulla gestione della cronicità che, fin dalla fase iniziale, chiama ad attivarsi i medici di medicina generale e gli infermieri, anche per visite a domicilio. Non si può lasciare tutto sulle spalle dell'ospedale. Un altro punto cardine è, infatti, la presa in carico a lungo termine dei pazienti: alcune ASL pugliesi si sono già dotate di Nuclei di assistenza domiciliare per i casi oncologici avanzati e terminali.

CURE PALLIATIVE E TERMINALITÀ

Le nuove opzioni registrate in Oncologia anche nel trattamento dei casi più avanzati hanno ridotto la durata della degenza nelle strutture di cure palliative. È importante, però, differenziare setting e ambiti di erogazione delle cure caratterizzati da diversi livelli di intensità assistenziale e differenti livelli di complessità dei bisogni. Da tenere presente, al riguardo, la posizione della Società Italiana di Cure Palliative (SICP): si parla di interventi palliativi anche nei casi a bassa complessità, forniti da personale non specializzato ma con le necessarie competenze.

Secondo questa visione, l'approccio è applicabile sin dall'inizio nel trattamento dei pazienti che rimangono a lungo asintomatici. Anche nelle situazioni ad alta complessità, la SICP propone, accanto al coinvolgimento di équipe specializzate in cure palliative, il coinvolgimento della medicina generale e degli oncologi. Si ritengono necessarie periodiche rivalutazioni globali cui corrisponde un progressivo adeguamento del livello di intensità delle cure, del setting e delle professionalità coinvolte



con un percorso dai livelli più bassi a quelli più alti della piramide. Un orientamento all'ordine del giorno in Liguria, dove è in atto un ripensamento rispetto all'impostazione iniziale. Non da sottovalutare, però, le problematiche che questo tipo di approccio pone dal punto di vista del consumo di risorse. Le cure palliative sono obbligatoriamente transaziendali ma, proprio a causa della complessità organizzativa, sarà necessario un nuovo documento chiarificatore, poiché dal punto di vista del profilo normativo le aziende sono obbligate a seguire le indicazioni stabilite dai Dipartimenti interaziendali e a livello regionale.

ASSISTENZA DOMICILIARE

Anche in questo caso è fondamentale puntare sull'integrazione di tutte le figure professionali coinvolte nell'assistenza domiciliare, dall'oncologo all'infermiere, passando per il medico di medicina generale. Ciò comporta una solida integrazione



tra gli attori attivi in ospedale e sul territorio.

La dimissione dall'ospedale è una fase decisiva per l'organizzazione delle cure e dell'assistenza domiciliare: deve subentrare il territorio in maniera concorde e strutturata. Nell'esperienza campana si punta sull'Unità di Valutazione Integrata e la Porta Unica di Accesso. A patto

che queste strutture siano ben conosciute: i medici di famiglia spesso ne ignorano l'esistenza e devono essere compartecipi del processo di cura. Da ciò deriva che la promozione dell'integrazione e della pianificazione delle risorse per portare le cure a domicilio dovrebbe sviluppare un processo di informatizzazione estesa. ▲

SEI REGIONI A CONFRONTO

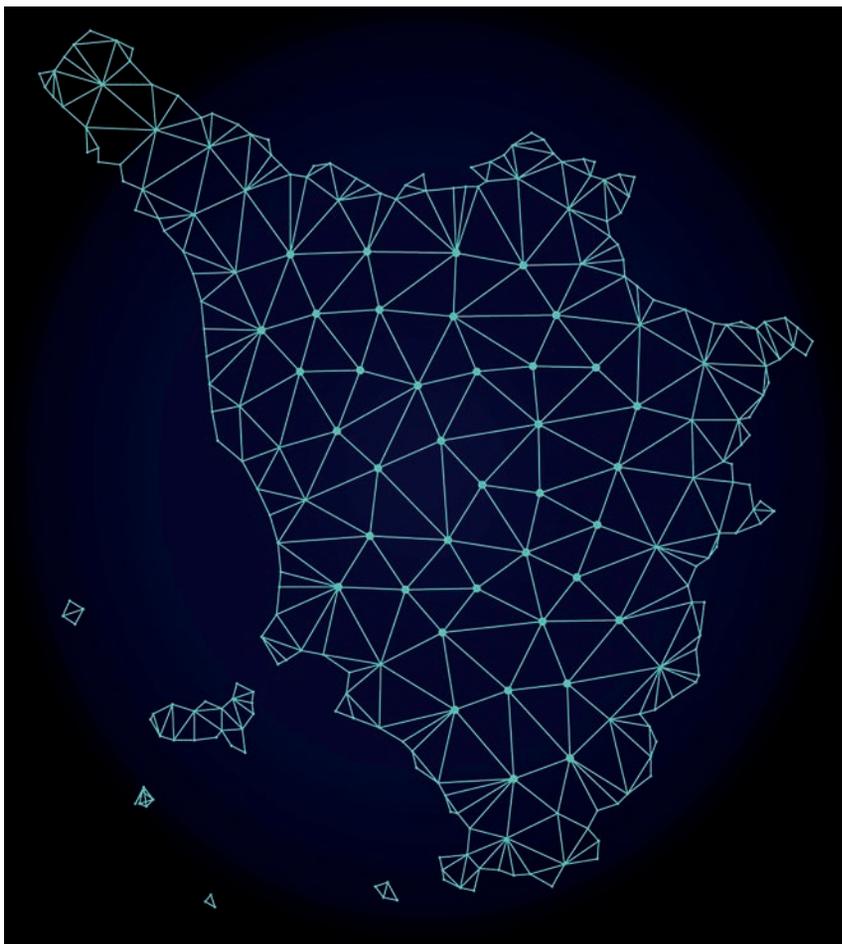
Le diverse esperienze condotte da Nord a Sud hanno in comune l'esigenza di raccordare le attività ospedaliere e territoriali nell'ottica di una corretta presa in carico del paziente in qualunque punto della rete assistenziale

REGIONE TOSCANA

La Rete Oncologica toscana nasce nel 1998 quando il piano socio-sanitario inserisce il modello programmato dell'oncologia puntando sul modello "a rete". Da quel momento – spiega Amunni – tutte le strutture oncologiche toscane afferiscono alla Rete. Il modello organizzativo prevede accoglienza in ogni sede,

un gruppo oncologico multidisciplinare per ogni patologia e il ricorso a protocolli e linee guida per garantire l'omogeneità dei percorsi. La Rete nel tempo si è evoluta in vari modi fino a quando tre anni fa nasce l'Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO) che corrisponde alla fusione di un organismo di governo clinico (Toscana

Tumori) con l'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO). ISPRO è un ente del Servizio sanitario regionale toscano con stato giuridico effettivo. Ricerca, prevenzione e cura dei tumori sono riunite in un unico sistema di governo. Oggi ISPRO coordina gli screening e i dipartimenti oncologici ai quali partecipano tutti i direttori e gli organismi regionali che hanno attinenza con l'oncologia. In più, è istituito il comitato strategico coordinato da ISPRO con un livello massimo di condivisione delle scelte che, ogni tre anni, si concretizza nella redazione del documento di indirizzo per l'oncologia. Valgono sempre i concetti di omogeneità dell'offerta, della differenziazione delle strutture in funzione della complessità e della condivisione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA). L'attività della Rete della Toscana – fa notare ancora Amunni – viene condivisa con le altre Regioni che si sono dotate di un sistema analogo, cioè Piemonte, Liguria, Veneto, Umbria e, più di recente, Puglia e Campania. Una specificità della Rete toscana è il forte legame con la programmazione sanitaria regionale basata su un'assunzione collettiva di responsabilità. Inoltre, la Rete si occupa anche delle attività di prevenzione oncologica, tra cui gli screening, non sempre garantite da altre reti. Infine, si coordina anche la ricerca che si è av-



valsa nel 2019 di 10 milioni di euro, stanziati dalla Regione e finalizzati all'oncologia. Un'altra caratteristica interessante, che avvicina la Toscana al Piemonte rispetto ad altre realtà, è che la Rete è tra pari: non c'è un Istituto che svolga un ruolo centrale. Il governo è di ISPRO che però non si esercita in attività clinica.

REGIONE PIEMONTE E VAL D'AOSTA

Si è assistito a un cambiamento istituzionale poiché la Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta si è concretizzata in un unico Dipartimento interaziendale, cui fanno riferimento aziende ospedaliere, del territorio e universitarie. Un passaggio importante che consente a tutti gli attori di partecipare. La Rete oncologica piemontese è partita da una realtà ospedaliera e tre centri oncologici. Il punto chiave della Rete, che deve ancora essere perfezionata, è l'individuazione di percorsi di cura che coinvolgano l'ospedale e il territorio. Attualmente – come precisa ancora Amunni – sono stati individuati sette punti di rapporto tra le reti ospedaliere e territoriali.

REGIONE PUGLIA

La Rete Oncologica Regionale Pugliese (ROP) viene istituita nel febbraio del 2017 (DGR n. 221/2017) come esito di un ampio e articolato processo di condivisione con i principali stakeholders (Istituzionali, del mondo delle Professioni e del Volontariato) del sistema valoriale di riferimento e dei modelli organizzativi, supportato in termini di progettazione dall'Agenda Regionale Strategica per la Salute ed il Sociale della Puglia (AReSS).

Asse strategico di sviluppo del processo è l'esigenza di garantire una presa in carico globale del paziente oncologico, integrata in un percorso

ESPERIENZA PIEMONTESE: I TAKE-HOME MESSAGES

1. Essenziale la collaborazione con il territorio per la prevenzione primaria e secondaria.
2. Puntare sulla tempestività diagnostica per ottenere in modo più semplice e veloce i risultati degli esami, diagnostici e di stadiazione.
3. Effettuare le terapie anche sul territorio, con un occhio di riguardo al rischio tossicità.
4. Coltivare il follow-up, incluso anche il reinserimento sociale dei pazienti guariti.
5. Cure palliative: per portarle a buon fine sono stati coinvolti prima i direttori di distretto poi i responsabili delle strutture infermieristiche domiciliari integrate per le cure palliative.
6. Implementato un sistema di newsletter dirette ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta. A tal fine è stato creato un comitato editoriale, coinvolgendo, insieme ai medici di famiglia, anche specialisti ambulatoriali come cardiologi ed ecocardiografi, data la tossicità cardiologica dei farmaci oncologici. Coinvolti anche i medici attivi nella continuità assistenziale (guardie mediche notturne e festive), per lo più di giovane età. Risultati positivi – rileva Bertetto – anche se inizialmente si erano create frizioni tra le vecchie e le nuove generazioni di medici.
7. "Progetto famiglie fragili": intende coinvolgere i servizi socio-assistenziali, delle comunità locali, dei gruppi di volontariato, del Rotary, in un programma che si rivolge alle famiglie ristrette, con due anziani soli, oppure con un bambino piccolo o in età scolare e un genitore ammalato; situazioni critiche da affrontare per soddisfare i bisogni quotidiani e consentire di reggere l'impatto della malattia. Il progetto è iniziato nell'area torinese ed è stato via via esteso a tutto il Piemonte, pur rimanendo ancora alcune aree scoperte.

che comprenda la gestione appropriata della fase acuta della malattia nel setting ospedaliero e la sorveglianza costante nella fase di follow-up, operata nel setting territoriale in una logica di prossimità.

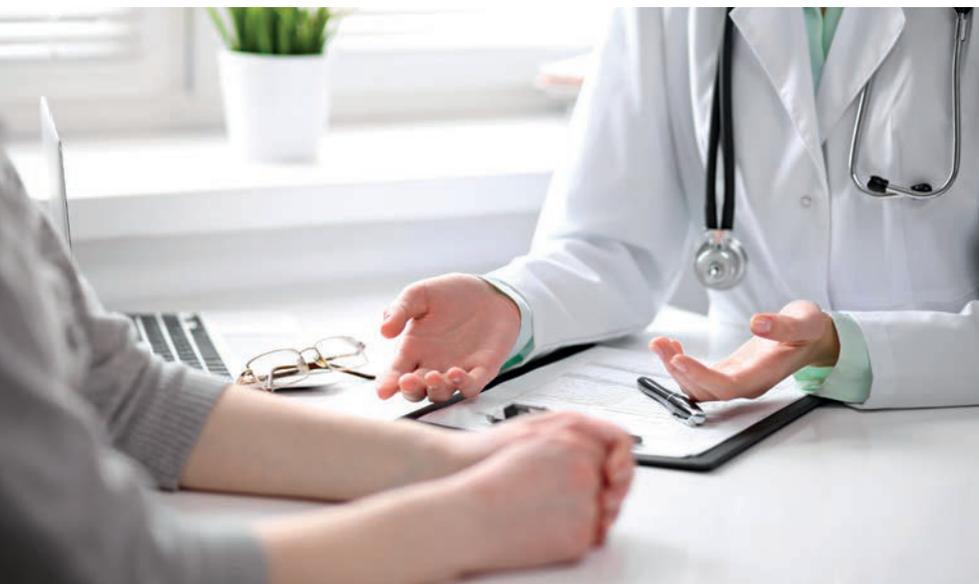
Questo approccio nasce dalla consapevolezza di un allungamento dell'aspettativa di vita con conseguente rischio crescente di esposizione alle patologie cronico-degenerative e alle patologie neoplastiche e al contempo dalla necessità di ridurre la migrazione sanitaria, che in Puglia registra tassi ancora troppo elevati per le principali patologie oncologiche (tra il 9% e il 20%).

La ROP inoltre si colloca all'interno di un articolato processo di sviluppo delle Reti cliniche e dei relativi PDTA quali strumenti operativi nell'ambito di un progetto di governo clinico regionale.

Le Reti cliniche identificano lo scheletro della rete di offerta per ciascuna area di bisogni (rete oncologica, pneumologica ecc.) e sono in corso di istituzione e di implementazione sulla base del modello *hub e spoke*.

Gli organismi di governance della ROP si articolano su tre livelli:

- la consulta oncologica regionale, organo misto composto da rappresentanti della politica, amministrazione sanitaria centrale, mondo accademico, società scientifiche e associazionismo, con compiti di indirizzo strategico;
- l'unità di coordinamento oncologico regionale, che ha compiti di coordinamento e attuazione degli indirizzi strategici impartiti dalla consulta, composta dai direttori generali delle aziende sanitarie e degli enti ecclesiastici, dal coordinatore regionale della ROP e dai



coordinatori dei dipartimenti oncologici (DIONc);
 – i DIONc con compiti di regia, coordinamento e governo locale dei servizi sanitari e sociali per i pazienti oncologici.

I primi due organismi hanno sede presso l'IRCCS Oncologico Giovanni Paolo II di Bari, mentre i DIONc, all'interno dei quali sono stati individuati i centri ad alta complessità, sono istituiti nelle quattro aree vaste pugliesi, con una popolazione omogenea di circa un milione di abitanti, al fine di garantire in maniera equa e uniforme su tutto il territorio l'accesso alla filiera di prestazioni e servizi dedicati alla presa in carico dei pazienti oncologici.

La porta di ingresso nella ROP è rappresentata da una unità funzionale denominata COro (Centro Orientamento Oncologico).

Ai COro, strutture operative collocate nei DIONc, accedono sia pazienti con sospetta diagnosi da accertare, sia con diagnosi già accertata, ma che devono completare l'iter stadiativo ai fini dell'avvio a terapia. La funzione del COro è avviare il paziente nel più breve tempo possi-

bile al team multidisciplinare per il completamento dell'iter diagnostico e stadiativo, con l'intento di ridurre sia la condizione di stress successiva alla comunicazione della diagnosi di tumore, sia la migrazione sanitaria. Ciascun COro è diretto da un medico oncologo e la dotazione minima di personale comprende anche uno psico-oncologo, un infermiere professionale care-manager, un amministrativo con funzione di data entry, un assistente sociale e 1-2 rappresentanti di associazione di volontariato. Il paziente al termine della fase acuta di malattia e completata la terapia viene avviato alla fase di follow-up. Il processo si ispira ai principi del Chronic care model (sviluppato da tempo nella Regione Puglia) e vede il coinvolgimento attivo dei medici di medicina generale, dei caregiver e dei presidi territoriali di prossimità. In questa prospettiva, si sta valutando l'ipotesi di individuare all'interno degli istituendi ospedali di comunità (strutture territoriali intermedie) dei moduli oncologici da affidare alla gestione del medico di medicina generale in collaborazione con una équipe infermieristica. Inoltre, in relazione alla recente emergenza Co-

vid-19, è stato avviato un progetto di telemedicina basato sull'utilizzo di una webapp (Hcasa), cui il paziente accede su base volontaria.

REGIONE LIGURIA

Il processo di implementazione della Rete oncologica ligure e dei percorsi di cura è avviato. Le Reti, nate come reti ospedaliere – spiega Pronzato – fanno sì che ancora adesso il paziente faccia riferimento all'ospedale per i problemi intercorrenti. Nella consapevolezza della cronicizzazione però, anche sulla base del Decreto Ministeriale 70 che prevede il collegamento ospedale-territorio, è necessario che si collabori almeno per la prevenzione, il follow-up e le cure palliative.

L'esperienza ligure si configura come un Dipartimento interaziendale (DIAR Oncoematologia) che coinvolge il territorio nelle attività di diagnosi e cura. Tra gli obiettivi chiave che si pone la Regione c'è il coordinamento reale e sinergico tra tutte le strutture interessate. I centri hanno un ruolo importante in settori ben identificati come le funzioni di secondo livello, tra cui la richiesta di *second opinion* da parte dei pazienti: un ulteriore servizio che consente di ricevere, attraverso un canale precedentemente stabilito, un parere medico da un altro centro della Liguria, evitando mobilità verso altre Regioni. L'assistenza oncologica sarà più efficace con un modello integrato inter pares basato su una chiara e concreta collaborazione reciproca.

REGIONE CAMPANIA

La Regione si è fin da subito orientata alla realizzazione di un progetto integrato. Ciò si deve al fatto che la stesura del Decreto 98/2016 (Istituzione della Rete Oncologica Campana) intendeva rispondere al problema specifico della "Terra dei fuochi". Si doveva infatti tene-

re conto dell'esigenza di creare un sistema preventivo e di screening, prima inesistente – spiega Tiziana Spinosa, direttore del Distretto sanitario ASL Napoli 1 centro. Il coordinamento della Rete oncologica è operato in esclusiva dall'Istituto nazionale tumori, Fondazione Pascale di Napoli, mentre i servizi sono organizzati e coordinati nell'ambito delle attività del Distretto a partire dalla Porta Unica di Accesso territoriale che si avvale dell'Unità di Valutazione Integrata coi servizi socio-sanitari e focalizzata su diverse patologie, non solo oncologiche. Il sistema della Porta Unica di Accesso è allertato anche al momento della dimissione, perché il reparto oncologico invia una checklist di interventi domiciliari sul paziente

coinvolgendo i medici di famiglia e gli specialisti territoriali.

Il team domiciliare è costituito da oncologi, medici di medicina generale, nutrizionisti, infermieri e psicologi. Tutto il processo viene gestito dal Distretto, anche tramite gli Aggregati Funzionali territoriali, che raccolgono in media una decina di medici di famiglia ciascuno.

REGIONE VENETO

La Rete Oncologica Veneta (ROV), inserita nell'ambito dell'Istituto Oncologico Veneto IRCCS, è nata come rete ospedaliera finalizzata a garantire percorsi assistenziali condivisi che prevedono anche l'individuazione di Centri di Riferimento Regionale per Patologia. Questo ha consentito di centralizzare molte procedure,

evitando una dispersione della casistica e garantendo una maggiore appropriatezza clinica. Esempio molto chiaro è quello delle *Breast Unit* che, una volta identificate e deliberate, ha indotto una evidente riduzione di interventi chirurgici senologici in ospedali in cui non è presente una *Breast Unit*. Una volta creata la Rete Oncologica, sono stati definiti i rapporti con le strutture territoriali deputate allo screening, attraverso le quali i pazienti individuati durante lo screening vengono indirizzati ai Centri di Riferimento della ROV. I passaggi successivi che devono ancora essere ottimizzati riguardano la gestione territoriale della terminalità e la possibilità di svolgere sul territorio alcune attività oncologiche oggi ancora ospedaliere. ▲

LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE IN ONCOLOGIA: L'ESPERIENZA DEL NETWORK DELLE REGIONI

A partire dal 2017 il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa ha introdotto nel sistema di valutazione della performance in sanità la possibilità di visualizzare i risultati del percorso oncologico nelle varie fasi come su un pentagramma. Il nuovo sistema integra i dati amministrativi con i riscontri provenienti da indagini ai pazienti. L'analisi permette una lettura basata sulla logica dei percorsi in una prospettiva più vicina a quella degli utenti. In prospettiva, il pentagramma dovrà essere arricchito di dati per monitorare la performance anche nel collegamento fra ospedale e territorio e indicatori di esito

L'analisi di performance delle varie fasi del percorso assistenziale per il paziente oncologico non può basarsi solo sui dati amministrativi. Alcuni aspetti si possono recuperare sulla base di un approccio multi-livello e multi-attore, trasparente ed evidence-based che tenga conto anche del punto di vista dei pazienti. Nell'esperienza del Laboratorio MeS (Management e Sanità) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, sono stati utilizzati dati provenienti anche da interviste raccolte in focus group organizzati nei punti di accoglienza/CORD (Centro Oncologico di Riferimento Dipartimentale) della Toscana. L'interesse è sempre di più quello di analizzare non solo ciò che avviene in ambito ospedaliero, che è solo una parte dell'iter del paziente, ma anche quello che succede prima (screening e diagnosi) e in seguito (follow-up e fine vita). Dal concetto di “bersa-

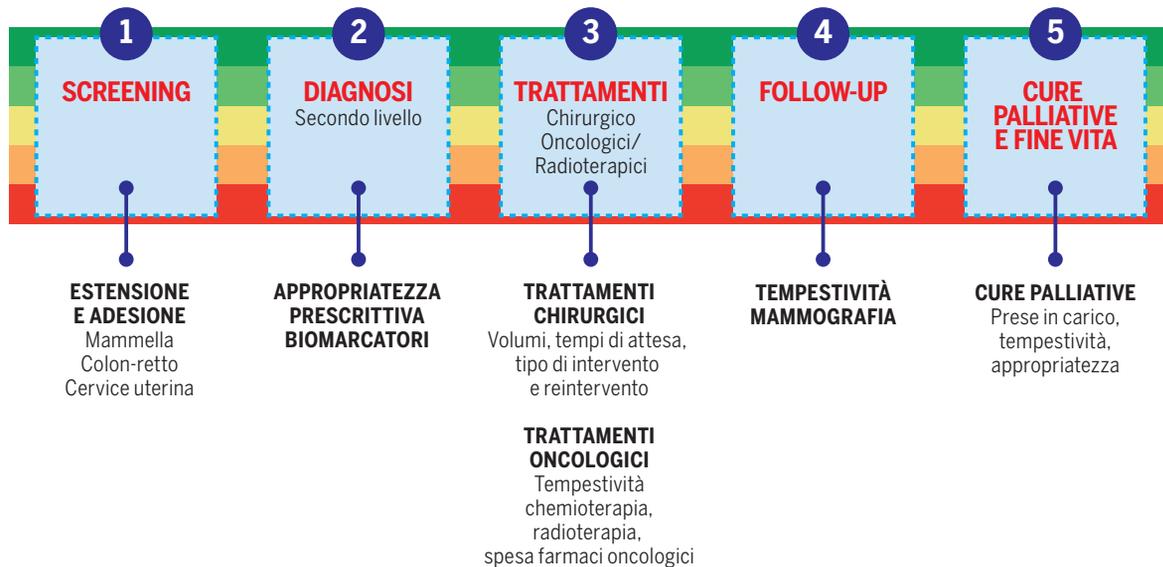
glio” al “pentagramma”. Lo scopo è mettere insieme le varie fasi del percorso assistenziale degli utenti, dallo screening fino al fine vita, per fornire una visione immediata della qualità dei servizi erogati complessivamente dalla sanità lungo il percorso seguito dai pazienti, con il dettaglio delle Aziende sanitarie che intervengono nell'erogazione dei servizi. Questo approccio è stato adottato in primis nella Regione Toscana e successivamente anche dalle dieci Regioni che attualmente partecipano volontariamente al Sistema di Valutazione delle Performance dei sistemi sanitari regionali coordinato dal MeS (<http://performance.sssup.it/netval/start.php>).

GLI INDICATORI UTILIZZATI DAL MeS

Il lavoro – come spiegano Milena Vainieri e Francesca Ferrè del MeS – si basa sullo strumento “pentagramma” che illustra cinque macro fasi

del percorso oncologico, rappresentate dalle battute del pentagramma. Gli indicatori invece sono disposti su una delle cinque fasce colorate di valutazione a seconda della performance ottenuta (Figura 1). La prima fase è quella dello screening, che presenta indicatori circa l'estensione e l'adesione ai programmi di screening di popolazione organizzati per la prevenzione dei tumori della mammella, del colon-retto e della cervice uterina. Per la diagnosi si è valutata l'appropriatezza prescrittiva dei biomarcatori, un indicatore proxy ancora poco esplicito ma l'unico attualmente misurabile dai flussi amministrativi correnti. La fase di trattamento presenta i dati sulla tempestività di accesso dalla diagnosi all'intervento chirurgico, seguendo le linee-guida nazionali, alla chemio e radioterapia, oltre a indicatori relativi ai volumi di intervento e alla concentrazione (dispersione) della casistica per il tumore

Figura 1 – Esempio di pentagramma per il percorso oncologico



della mammella e della prostata, seguendo l'impostazione delle comunità scientifiche di settore e ripresa dalla normativa ministeriale (DM 70 del 2015). Nella fase del follow-up si valuta la tempestività alla mammografia post-intervento. Infine, ci si è serviti di indicatori dell'efficienza dei servizi, sempre segnalati dalle linee-guida ministeriali (DM 43 del 2007), per i pazienti in fase terminale (assistenza domiciliare, capacità di presa in carico degli hospice e appropriatezza).

UN NUOVO MODO PER VALUTARE IL PERCORSO ASSISTENZIALE

Sulla base di tali indicatori è possibile mappare e valutare, in un'ottica di *population medicine*, la performance lungo il percorso assistenziale. La qualità dei servizi varia da Regione a Regione e all'interno delle stesse. I pallini bianchi attribuiscono un valore agli specifici indicatori. La valutazione degli indicatori è piuttosto intuitiva: sono rappresentati in uno spettro che comprende i valori più elevati (ottimo: verde) e critici (molto scarso: rosso). Il pen-

tagramma è sicuramente uno strumento grafico, oltre i classici istogrammi e al bersaglio, che dà una visione immediata della performance nelle diverse fasi e tra le diverse organizzazioni che intervengono nell'assistenza, e aiuta a evidenziare le opportunità di integrazione tra i vari setting assistenziali. I primi risultati riportati riguardo alla Regione Toscana evidenziano una buona performance degli indicatori utilizzati, con alcuni punti critici o migliorabili (Figura 2).

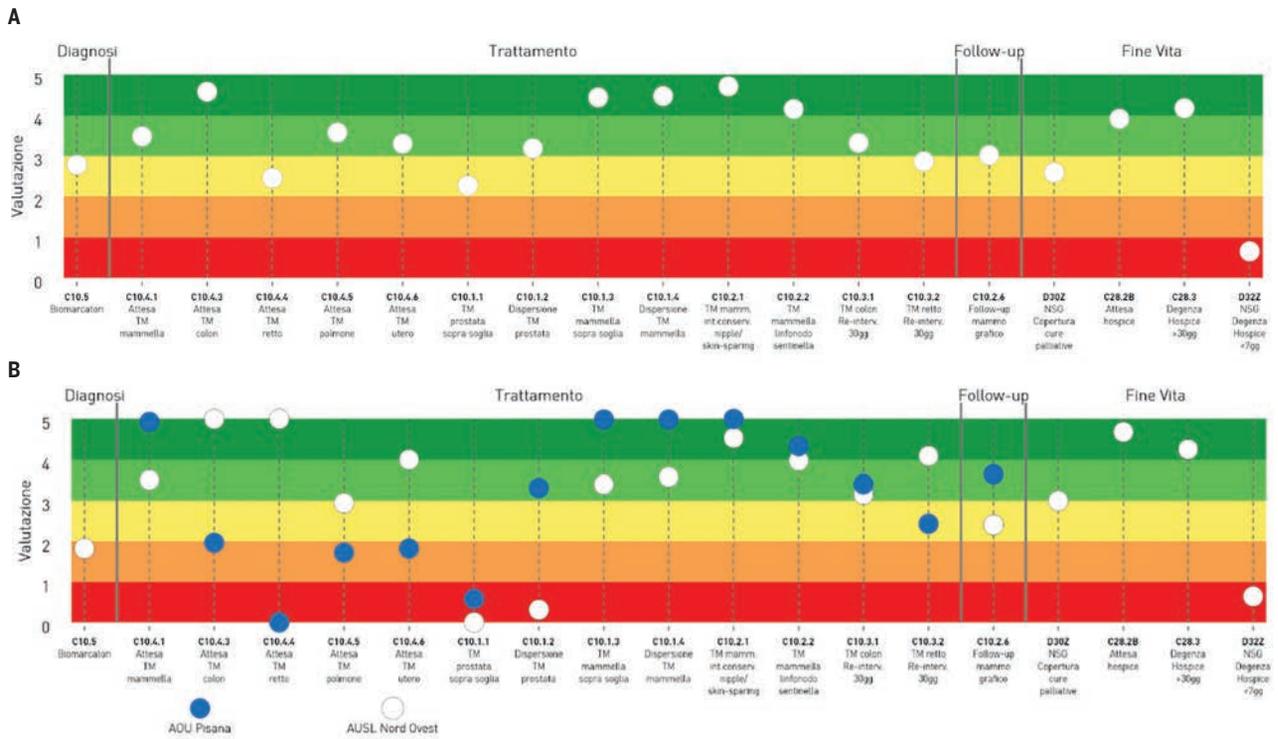
Questo approccio di valutazione delle performance è stato applicato anche in altre realtà regionali come Liguria (Figura 3), Puglia (Figura 4) e Veneto. Osservando i grafici si nota una minore performance (pallini nella fascia rossa) nei tempi di accesso alla chirurgia. Risulta, tuttavia, ancora limitata la capacità degli attuali sistemi informativi di leggere l'intero percorso.

LAVORI IN CORSO SUGLI INDICATORI DI PERFORMANCE

Il sistema di valutazione del Laboratorio MeS offre inoltre la possibilità

di confronto tra le Regioni. Si sta compiendo uno sforzo ulteriore per integrare le attuali fonti informative con i dati raccolti dai pazienti relativi alla percezione di esperienza e di esito delle cure. Molti sono i margini di miglioramento nell'ambito della valutazione delle performance del percorso oncologico, in particolare per migliorare la codifica di alcuni indicatori e, più in generale, per integrare i flussi informativi correnti con fonti-dati raccolte in maniera sistematica, quali registri regionali, flussi informativi sugli screening o di anatomia patologica. Per ora, come osservano i clinici, sui tempi d'attesa non esiste una codifica per individuare i professionisti che si attivano e in quale momento sia appropriato l'intervento chirurgico; inoltre, molte biopsie (citologia e istologia) vengono eseguite in regime di pre-ospedalizzazione e possono rivelarsi non congrue oppure non standardizzate. Il panel concorda sul fatto che attualmente permane un deficit di misurabilità in base agli indicatori disponibili. Permangono spazi per acquisire

Figura 2 – Pentagrammi della Toscana e dell'Area Vasta nord-ovest Toscana



In alto (A) i risultati della Regione Toscana, in basso (B) l'Area Vasta nord-ovest Toscana cui concorrono Aziende ospedaliere universitarie e Strutture che afferiscono all'Azienda territoriale. Si può vedere il comportamento dei due erogatori sulla stessa area

Figura 3 – Pentagramma Regione Liguria (2018)

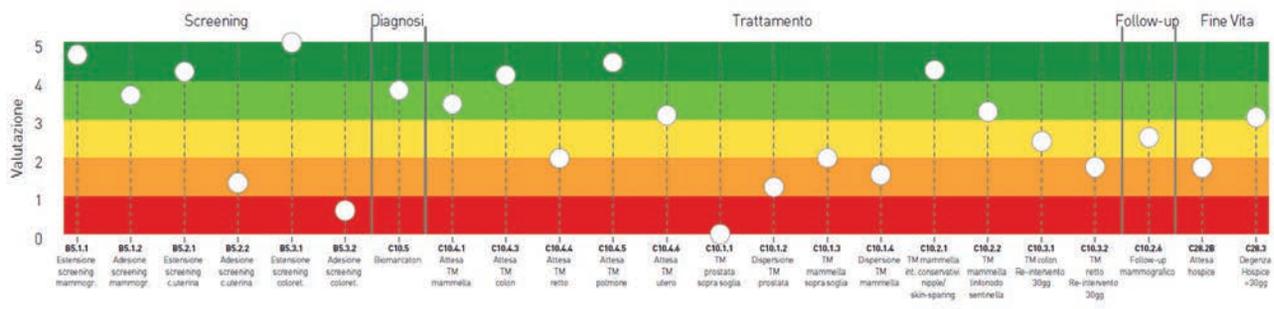
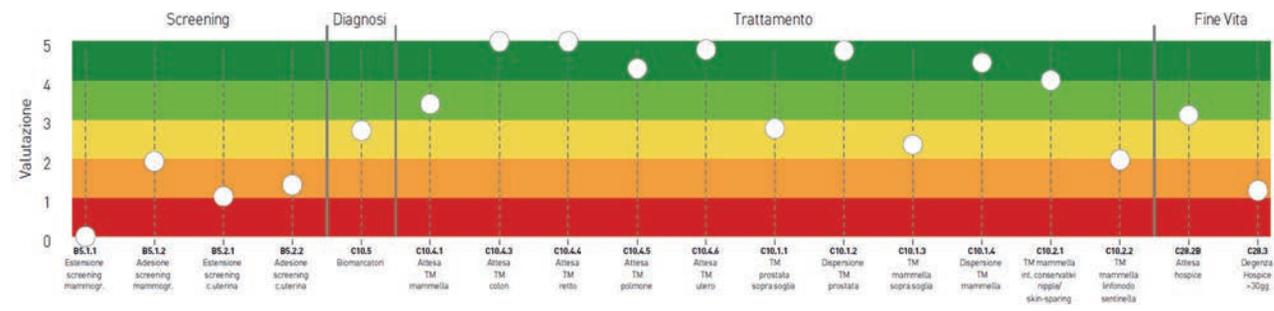


Figura 4 – Pentagramma Regione Puglia (2018)



INDICATORI SU CUI LAVORARE PER VALUTARNE L'APPLICABILITÀ

Al fine di acquisire orientamenti organizzativi e operativi, gli addetti ai lavori si concentrano nel definire gli indicatori che, a loro parere, possono risultare più utili per fotografare la realtà dei percorsi clinici e di facile raccolta. I clinici avanzano le seguenti proposte.

- Il numero di accessi al Pronto Soccorso durante qualsiasi fase della malattia e in particolare negli ultimi sei mesi: è il primo indicatore da considerare e anche il più semplice. Si tratta di un indice in grado di valutare quanto non ha funzionato a livello territoriale in ogni momento della malattia e in particolare negli ultimi sei mesi. Il numero di accessi è una buona base di partenza, fermo restando che poi si dovrà andare più nel dettaglio per capire in profondità la causa degli accessi.
- Lo stadio della malattia al momento della diagnosi, che dovrebbe essere già riscontrabile sulle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) dal gennaio dell'anno scorso. È un dato che, a grandi linee, misura l'efficacia della diagnosi tempestiva e dello screening.
- La percentuale di popolazione sottoposta a screening per alcuni tumori nelle diverse Regioni.
- Importante individuare altri indicatori che possano misurare le attività dei medici di famiglia nella presa in carico del paziente oncologico. Il tema è complesso, variabile su base territoriale, ma se si incrociasse il numero di accessi dei pazienti con diagnosi di cancro (tracciabili in quanto contraddistinti dal codice 48) presso il medico di medicina generale, si potrebbe valutare l'entità delle prestazioni effettuate dai medici medesimi. Le prestazioni tracciate nelle fasi attive dovrebbero abbassarsi mentre nelle fasi croniche elevarsi, tenendo conto che molti esami sono stabiliti dall'ospedale cui i malati afferiscono.
- Capire a quale tipo di visite specialistiche, e in che misura, si sottopone il paziente.

fonti d'informazione aggiuntive che arricchiscano i dati su cui tracciare il quadro della situazione, per capire meglio che cosa succede ai pazienti nel loro percorso, tenendo conto anche dell'offerta di servizi territoriali. Resta ancora molto lavoro da fare. Attualmente sono in fase di discussione con le Regioni del Network le modalità di calcolo di alcuni indicatori proposti nel Nuovo Sistema di Garanzia non appartenenti al cosiddetto nucleo "core", così come indicatori studiati da altre esperienze e progetti come ad esempio PERIPLO.

PER UNA VISIONE PIÙ APPROFONDATA

Non bastano i dati amministrativi, è importante incrociarli con l'esperienza dell'utente e dei professionisti coinvolti. Il disegno di percorsi assistenziali omogenei è un passo fondamentale, ma la loro applicazione può

variare per questioni inerenti l'organizzazione o le relazioni personali all'interno delle singole realtà. Occorre capire di più, al di là dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) deliberati dalle Regioni. Va delineato un progetto comune per comprendere meglio quali siano le reali necessità e ricavare dati utili per la programmazione di Rete.

Il punto – osserva Amunni – è mettere a fuoco il tema dei percorsi territoriali e delle Reti oncologiche con indici di misurazione affidabili sui vari setting.

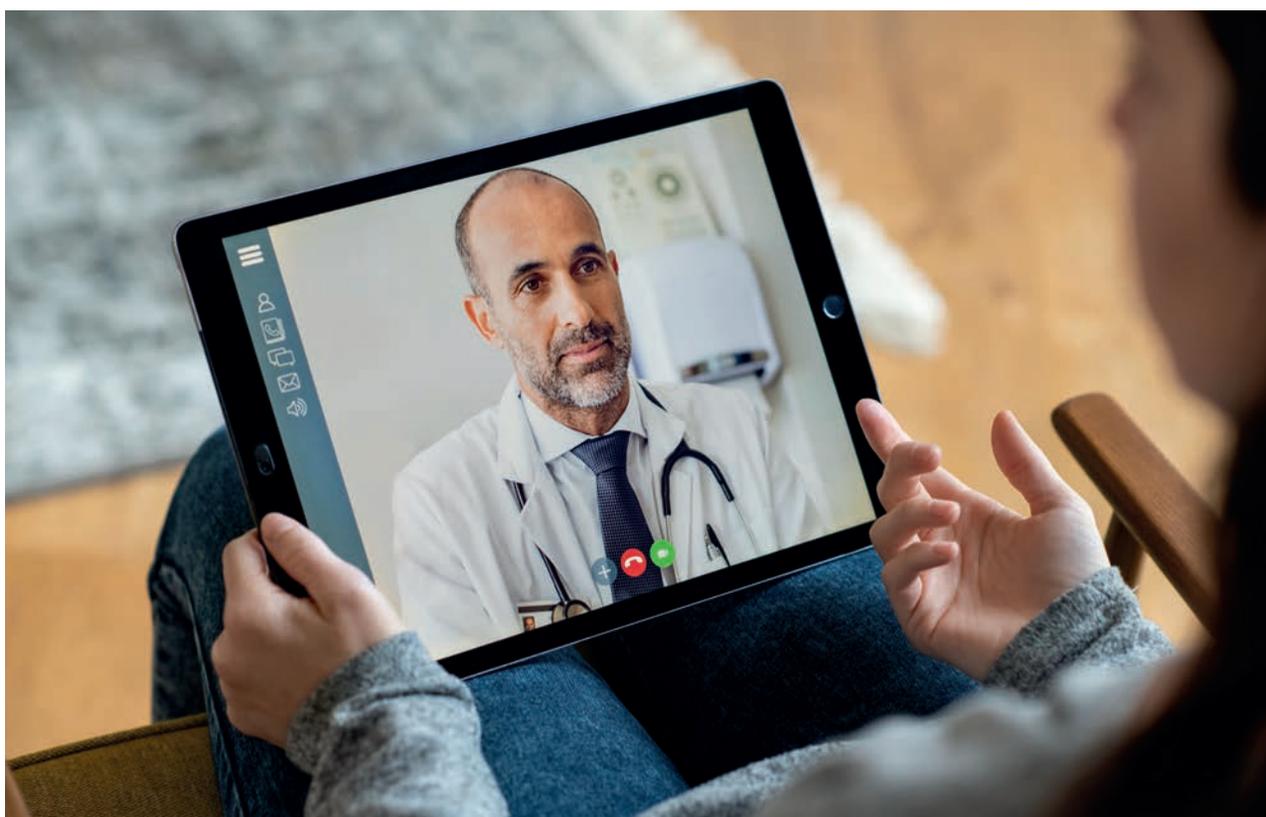
Al riguardo, alcuni degli attuali indicatori, pur riconoscendone i limiti, restano strumenti utili per iniziare a orientarsi nel variegato panorama del percorso del paziente tra ospedale e territorio. Su questo punto sarebbe utile includere indicatori che comprendono – come suggerisce Pronzato – ad esempio gli accessi al Pronto Soccorso dei pazienti oncologici.

IL TEMA FORMAZIONE RESTA CENTRALE

Sul tema della performance, inoltre, la formazione diffusa, non limitata ai centri di riferimento della Rete, è una necessità di prima istanza nei confronti delle figure professionali che agiscono sul territorio (un obiettivo che può riguardare anche il progetto PERIPLO). L'obiettivo consiste nel migliorare le attività a livello territoriale, per dare risposte ai bisogni dei pazienti oncologici e per far convergere i pazienti in ospedale nel momento giusto, a seconda del grado di intensità e di specializzazione delle cure richieste caso per caso. Anche per alleggerire il carico di lavoro dei centri di riferimento. Strumenti come il pentagramma che illustrano i dati fino al livello di zona-distretto (come avviene in Regione Toscana) sono strumenti per supportare l'integrazione e il confronto anche per la formazione. ▀

LE PROSPETTIVE FUTURE

I lavori procedono su più livelli, delineati in maniera diversa nei vari ambiti regionali, ma con esigenze comuni. Il tema di fondo resta l'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare tra le figure che agiscono all'interno degli ospedali e sul territorio. Anche se è sempre opportuno alimentare le iniziative di formazione, le risorse professionali certamente non mancano, ma devono essere poste a confronto sulla base di indicatori che tutti gli attori riconoscano validi



Attualmente sono stati identificati due punti fondanti – come spiega Amunni. In primo luogo comprendere meglio le possibili criticità dei percorsi ospedalieri e/o territoriali. Il secondo punto, utile per rispondere ai bisogni dei pazienti, dei medici e dell'intero sistema, riguarda la possibilità di superare le criticità stesse. Al momento, anche con azioni mini-

me ma che vadano nella giusta direzione, con interventi di correzione dell'esistente o con proposte più strutturate. Sarà importante, in prima battuta, fornire un elenco delle criticità rilevabili, condivise da tutti, lavorando sulla definizione degli indicatori e sulle possibili azioni da mettere in campo.

Tra le altre possibilità – ricorda Amunni – si presenta quella di analizzare a campione i comportamenti

dei medici di medicina generale sui vari territori, come quello cittadino e rurale. Va sempre tenuto presente l'essenziale contributo delle Reti oncologiche, che hanno negli ospedali il punto di riferimento, ma che si trovano nelle condizioni di dover liberare risorse per svolgere il proprio lavoro d'eccellenza. Infine, il focus dovrebbe essere posto sul comportamento dei pazienti, incluso il loro ricorso alle visite specialistiche. ▶

Edito da



Progetto editoriale promosso da

