

**INSTANT
BOOK**

Periplo

sim
SOCIETÀ ITALIANA
Leadership - management - medicina

S.M.A.R.T. CARE

Soluzioni e Metodi Avanzati di Riorganizzazione Territoriale in Sanità

Reti oncologiche:

il progetto SMARTCare

e la presa in carico territoriale

Sommario

Introduzione

Perché è necessaria un'oncologia territoriale

I nuovi bisogni dell'oncologia in epoca Covid

Ridisegnare i percorsi dell'oncologia: il progetto SMARTCare

Il coinvolgimento del territorio
nella gestione del paziente cronico

Le presa in carico territoriale del paziente oncologico

La nascita del progetto SMARTCare

Le organizzazioni coinvolte nello sviluppo

Obiettivi del progetto

Declinazione sul territorio

- Campania
- Liguria
- Piemonte
- Puglia
- Toscana
- Umbria

Introduzione

L'**Associazione PERIPLO** è un gruppo tecnico di lavoro di oncologi e coordinatori/responsabili di rete oncologica regionale. Ha l'obiettivo, tra gli altri, di definire Percorsi Diagnostico-Terapeutici in oncologia che mettano al centro le necessità del paziente e che siano applicabili e condivisi a livello nazionale.

L'obiettivo a cui si è puntato è stato quello di evitare che nelle reti ci fossero difformità nella produzione dei PDTA e soprattutto nell'individuazione di quegli indicatori che consentono di definire se un percorso è appropriato, quindi se le risorse siano usate correttamente e in maniera efficace.

La Società Italiana di Leadership e Management in Medicina (**SIMM**) si pone come obiettivo di sviluppare e consolidare anche in Italia il ruolo e la funzione manageriale della professione medica.

Nel pieno della pandemia, SIMM ha deciso di unire le proprie competenze con l'Associazione PERIPLO e di collaborare alla realizzazione del **Progetto SMARTCare**, con l'obiettivo primario di favorire la presa in carico territoriale del paziente oncologico.

Tra novembre 2020 a gennaio 2021, in sei Regioni italiane, clinici, personale delle ASL e rappresentanti della Regione si sono riuniti in modalità virtuale per valutare lo stato d'avanzamento della territorializzazione ed evidenziare eventuali criticità.

Scopo ultimo degli incontri era di facilitare la condivisione dei progetti che hanno portato a risultati positivi in modo da essere fonte di ispirazione anche alle altre Regioni, per trovare soluzioni alternative sulla base delle diverse esperienze già realizzate e arrivare a ottenere quello che è il fine ultimo di tutte le cure: migliorare la salute globale del paziente, in questo caso di quello oncologico.

Da più di 20 anni **Over Group** si occupa di sviluppare progettualità e network in ambito farmaceutico, scientifico e sanitario. Il progetto SMARTCare sposa le visioni complementari di due importanti partner di Over Group: l'Associazione PERIPLO, che riunisce le reti oncologiche territoriali, e la SIMM, Società di Leadership e Management in Medicina.

Questo Instant book di **PharmaStar** fa suo il compito di sintetizzare, condividere e disseminare le conoscenze e le esperienze frutto di questa meritevole iniziativa. Ci auguriamo di essere di utilità e vi auguriamo buona lettura.

Danilo Magliano

Direttore PharmaStar

Silvia Grassi

Coordinatrice progetto SMARTCare

Over Group

Perché è necessaria un'oncologia territoriale

Il quadro dell'oncologia è profondamente cambiato nel corso degli ultimi anni. La grande prevalenza della patologia oncologica e le cure sempre più efficaci, che consentono la guarigione di molti pazienti o la cronicizzazione della malattia, comportano un carico notevole sulle strutture ospedaliere; non sempre, però, il livello assistenziale della prestazione richiederebbe l'accesso alle strutture ospedaliere stesse.



Prof. Pierfranco Conte

La pandemia Covid, a sua volta, ha messo in evidenza la difficoltà delle strutture a sostenere questo carico di lavoro e ha evidenziato il problema connesso all'accesso ospedaliero da parte dei pazienti oncologici, più fragili ed esposti al rischio di infettarsi.

La sostenibilità del sistema sanitario è un altro aspetto da tenere in considerazione: qualunque accesso a un ospedale e ogni procedura ospedaliera comportano costi maggiori per il Servizio Sanitario rispetto alla prestazione effettuata in ambito ambulatoriale o territoriale.

D'altro canto, la tecnologia può venire in aiuto alle prestazioni territoriali, grazie alla telemedicina, e in particolare al teleconsulto che consente di interagire tra colleghi condividendo immagini, esami e informazioni a distanza; personalmente, sono uno dei sostenitori della telemedicina come mezzo di comunicazione soprattutto tra i professionisti, in quanto il rapporto medico-paziente richiede un rapporto empatico che è difficilmente realizzabile a distanza.

Molte terapie oncologiche sono croniche e alcune orali, con una somministrazione più semplice, che potrebbe non richiedere un'alta intensità di cura.

Questo quadro d'insieme porta con sé la possibilità e la necessità di spostare alcune attività oncologiche sul territo-

rio; su questo tema ci sono molte speranze, ma poco è stato realizzato, in quanto l'oncologia a tutt'oggi è esclusivamente ospedaliera e sono note alcune criticità.

I medici di medicina generale, anche quando motivati, non sempre hanno le competenze necessarie per prendere in carico questi pazienti; per esempio, il follow-up potrebbe essere a loro carico, mentre la gestione delle terapie croniche, anche quelle orali, presenta alcune criticità; le terapie a bersaglio molecolare, per esempio, sono di non facile gestione in quanto presentano tossicità peculiari, spesso anche severe, che necessitano di competenze oncologiche specifiche.

Infine, anche se ci sono stati avanzamenti tecnologici importanti, ci troviamo davanti a una babilonia nella realizzazione dei sistemi informatici, con ogni ospedale, o addirittura ogni reparto, che parla una sua lingua, con i suoi programmi e la sua architettura tecnologica.

Da questi spunti nasce il progetto SMARTCare, che vuole mettere in evidenza la necessità e le potenzialità di un'oncologia territoriale, ma la cui realizzazione richiede investimenti tecnologici, di personale e anche culturali. Le reti oncologiche sono i setting ideali per testare la territorializzazione; nate come reti ospedaliere, adesso vogliono realizzare un'oncologia territoriale che garantisca continuità per un'assistenza di qualità.

Prof. Pierfranco Conte

Professore Ordinario di Oncologia Medica

Università di Padova

Istituto Oncologico Veneto I.R.C.C.S.

I nuovi bisogni dell'oncologia in epoca Covid

È noto a chi si occupa di analisi dei sistemi sanitari che l'ospedale ha rappresentato sempre più la risposta principale ai bisogni di salute dei cittadini. Al contempo è da tempo teorizzata anche la necessità di ampliare l'offerta di servizi in prossimità tramite un approccio territoriale con il coinvolgimento della medicina di base; questo processo è però rallentato dalla resistenza al cambiamento e dal mantenimento di modalità di lavoro consolidate.



Dott. Mattia Altini

Il Covid-19 ha evidenziato i limiti della gestione ospedaliera della salute, evidenti nel momento in cui non sono state garantite risposte ai bisogni assistenziali dei pazienti per le limitazioni imposte all'accesso all'ospedale per necessità a basso carico assistenziale.

SIMM, Società Italiana di Leadership e Management in Medicina, in partenariato con Periplo, nel pieno della pandemia, si è posta l'obiettivo di un progetto pilota e ha studiato le casistiche oncologiche sull'assistenza fornita nei day-hospital dall'Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori (IRST) IRCCS di Meldola, per analizzare se l'aspetto assistenziale fosse adeguato ai bisogni della popolazione.

Abbiamo trovato almeno tremila prestazioni relative a cittadini del comune di Forlimpopoli (dove è presente una Casa della salute di notevoli dimensioni) che si presentavano per le prestazioni presso l'Istituto solo perché mancava un setting assistenziale alternativo più prossimo e adeguatamente competente. Abbiamo identificato queste prestazioni con l'idea di coinvolgere i geriatri dell'ambito forlivese, il distretto e la medicina generale, intesa come la medicina di gruppo che si occupa della casa della salute di Forlimpopoli, con l'obiettivo di trovare un modo per mantenere una responsabilità di percorso in capo all'istituto ma con la possibilità di spostare le attività a minor carico assistenziale in ambito decentrato.

Quanto detto è in realizzazione e a breve saremo in grado di proporre ai medici di medicina generale l'analisi delle prestazioni svolte, ripartita per classe di età e per medico di medicina generale di riferimento, in modo da capire quale tipo di assetto tra MMG, geriatra e oncologo è utile anche in funzione dell'età e delle comorbidità.

Il fine ultimo sarebbe ricondurre queste attività a bassa complessità nell'alveo della responsabilità della medicina di base, anche per consentire a quest'ultima di riappropriarsi della gestione di aspetti specialistici nell'ambito di una gestione generalista.

Questo progetto realizzato in Emilia Romagna è stato il punto di partenza sui cui si è sviluppato il progetto SMARTCare, con l'obiettivo di condividere le diverse proposte valutate su base regionale.

Dott. Mattia Altini

Direttore Sanitario AUSL Romagna

*Presidente Società Italiana di leadership e Management in
Medicina (SIMM)*

Ridisegnare i percorsi dell'oncologia: il progetto SMARTCare

In Italia, abbiamo oltre 3 milioni e mezzo di casi prevalenti di pazienti oncologici, in varie fasi della loro storia, suddivisi tra pazienti con trattamento in corso, in follow-up, guariti o in trattamento cronico; questi numerosissimi pazienti presentano bisogni molto diversi, che vanno dall'alta intensità di cura a bisogni sociali, ma sono accomunati dal fatto che tutti hanno come unico punto di riferimento l'oncologia ospedaliera. Ciò comporta che le attività ospedaliere siano caricate anche di compiti e bisogni che troverebbero più logica realizzazione a livello del territorio. Dato il numero dei casi, questo non è più sostenibile e rende necessario ripensare al percorso del paziente; ipotesi di lavoro potrebbero prevedere lo specialista oncologo nel territorio in stretta continuità con l'oncologia ospedaliera e con il medico di medicina generale, così come l'utilizzo nel territorio dei moduli assistenziali di cure intermedie o le articolazioni del *Chronic Care Model*.

Buona parte del follow-up del paziente oncologico potrebbe infatti essere gestita a livello territoriale; alcuni trattamenti, come quelli orali o a basso impegno assistenziale, potrebbero vedere il domicilio del paziente come una sede appropriata di presa in carico. In questa logica, tante attività centrali per la qualità di vita, come la riabilitazione oncologica, la psico-oncologia o il supporto nutrizionale, trovano una collocazione più logica nel territorio rispetto all'ospedale.

Devo però sottolineare come sia necessaria una forte integrazione di tutti questi percorsi per vedere l'oncologia come un *unicum* che si articola tra setting assistenziali territoriali e ospedalieri, assieme a una infrastruttura telematica adeguata e robusta, che consenta di integrare le fasi di presa in carico territoriali e ospedaliere.

Dovremo anche ripensare ai percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, ri-descrivendoli avendo a disposizione



Prof. Gianni Amunni

come setting assistenziali non solo il day-hospital e il ricovero, ma anche altri setting, modulabili secondo i bisogni che in quello specifico momento il paziente presenta.

È un cambiamento profondo dell'attuale organizzazione, ma è un cambiamento necessario, sia per le motivazioni di tipo epidemiologico, sia per una maggiore ergonomia del sistema, al fine di trovare la sede più opportuna per ciascun singolo bisogno del paziente.

Questa nuova visione sta prendendo piede grazie anche a PERIPLO, la rete delle reti oncologiche, che si sta muovendo per promuovere e coordinare iniziative al riguardo.

Il progetto SMARTCare nasce proprio dalla collaborazione di PERIPLO con la Società Italiana di Leadership e Management in Medicina (SIMM), con l'obiettivo di attivare percorsi di sperimentazione innovativa in questo terreno. Abbiamo raccolto esperienze dalle diverse Regioni e in ognuna di esse ci sono tentativi di attivazione di nuovi percorsi; forse l'esperienza più significativa è quella della Regione Toscana, che avvierà a breve una sperimentazione su tre AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e circa centomila abitanti in maniera strutturata e con l'utilizzo di indicatori precisi. Questo è un vero e proprio studio di fattibilità e in seguito sapremo quali attività sono attuabili in una specifica sede, con quali risultati e con quale livello di gradimento da parte dei pazienti; sarà possibile anche una valutazione economica di quanto messo in pratica e conoscere i costi da sostenere e gli eventuali risparmi realizzabili.

Oramai è accettata la possibilità che parte del percorso oncologico sia realizzato a livello del territorio, ma per ottenere questo risultato è necessario fornire al territorio le competenze e le sicurezze necessarie e comprendere appieno quale sia il percorso migliore da compiere.

In questo ci viene in aiuto questo Instant book: al suo interno sono raccolti, per ogni Regione attiva nel progetto, le attività in corso, le criticità emerse e gli obiettivi ancora da realizzare, per una condivisione dei risultati che consenta di diffondere una conoscenza di quanto fatto per migliorare la cura e il benessere dei pazienti.

Prof. Gianni Amunni

Direttore Generale Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (ISPRO)



Il coinvolgimento

del territorio

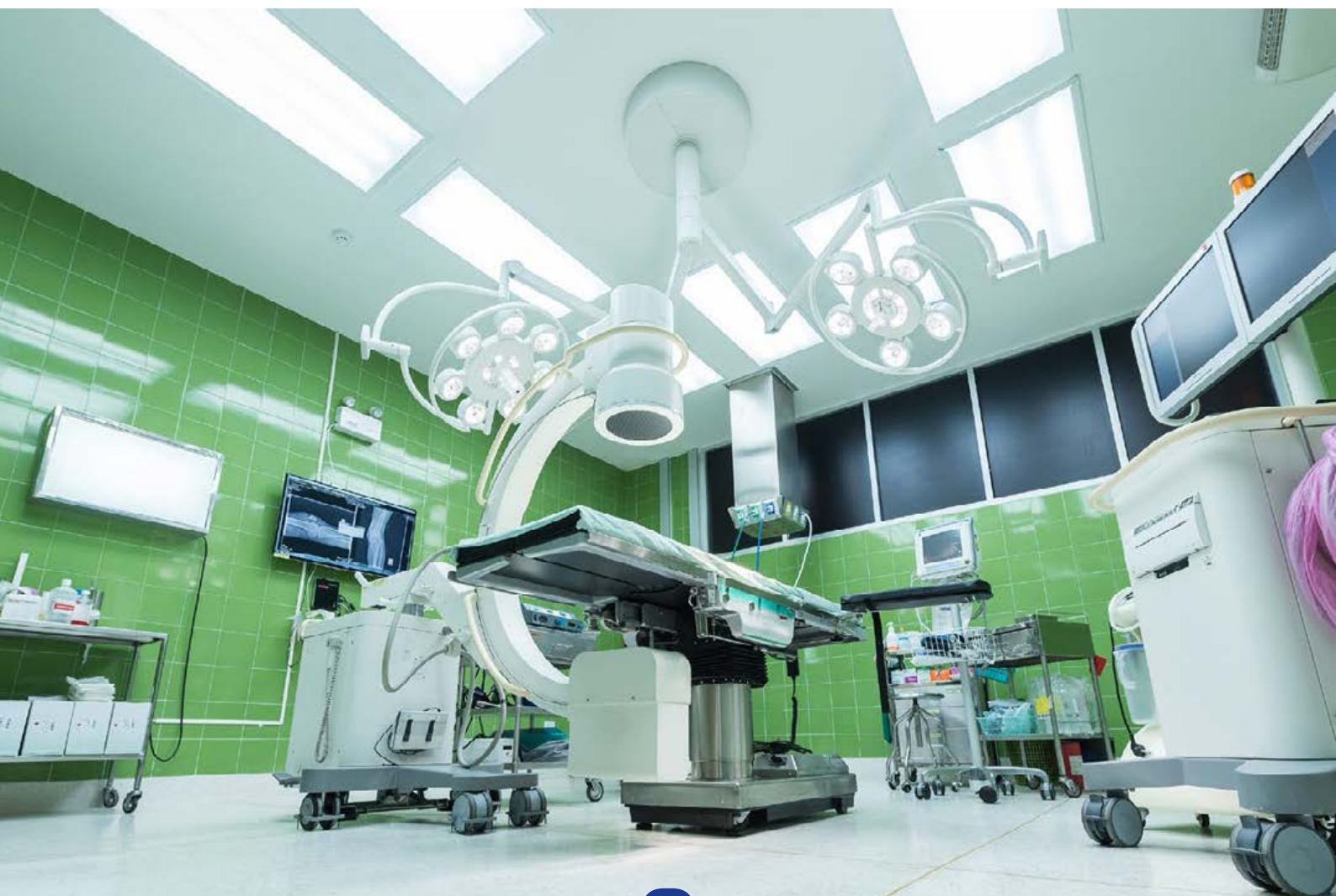
nella gestione

del paziente cronico

Quasi un quarto della popolazione italiana è costituito da anziani (di età superiore a 65 anni), percentuale destinata ad aumentare da qui al 2050; al crescere dell'età delle persone, aumenta anche la percentuale di coloro che presentano patologie croniche, con conseguenze dirette sulla sostenibilità del sistema sanitario e sulla capacità assistenziale, oltre che sul sistema sociale.

Dati questi presupposti demografici ed epidemiologici, è chiaro che dal punto di vista della sostenibilità economica non ci si può permettere di curare questo numero di pazienti solo a livello ospedaliero. Da qui la necessità di passare da una visione ospedalocentrica riguardante le prestazioni sanitarie a una visione maggiormente orientata verso il territorio. La presa in carico del paziente cronico deve essere ripensata a livello territoriale, con l'obiettivo di mantenere gli ospedali per il trattamento degli eventi acuti.

Per rendere operativa questa nuova visione della sanità è necessario pensare a un modello organizzativo che vada al di là delle reti ospedaliere, spesso strutturate con il modello Hub & Spoke; bisogna, infatti, considerare all'interno delle reti un ruolo anche per la medicina territoriale e la medicina generale.



Di sicuro, il modello Hub & Spoke trova applicazione pratica e funzionale a fronte di tecnologie complicate e difficili da realizzare, come alcune chirurgie ad altissime specializzazione e complessità, necessarie in specifiche condizioni come alcuni tipi di tumore, mentre per le altre aree, anche dell'oncologia, potrebbe essere maggiormente indicata una rete di distribuzione più diffusa, quali *Comprehensive Cancer Care Network* o il *Chronic Care Model*.

Questo secondo modello opera sulla cronicità dei pazienti fragili e il paziente oncologico viene attualmente considerato uno di questi.

«Nel tempo si è persa la gestione del paziente al domicilio e sul territorio e l'offerta sul territorio è diventata carente. Negli ultimi due anni, la Regione Piemonte, dove lavoro, ha cambiato modello, ha scelto come modello di riferimento il *Chronic Care Model*, che permette di ri-sistematizzare l'assistenza nel territorio dei pazienti attraverso una nuova distribuzione dei servizi del Medico di Medicina Generale, attraverso le case della salute dove il gruppo di medici opera di concerto con l'ospedale alla gestione del paziente», ha dichiarato **Davide Minniti**, Direzione Sanitaria di Presidio S.S. Organizzazione Sanitaria Intersede, Azienda Sanitaria Locale T03.

«Da anni, il nostro sistema sanitario è sotto-finanziato rispetto a quelli di altri Stati, come Germania e Francia, che hanno più risorse e hanno il doppio di posti letto per pazienti acuti rispetto all'Italia. Il dubbio che mi sorge è che abbiamo de-ospedalizzato senza costruire una reale alternativa all'ospedale, senza costruire qualcosa di nuovo sul territorio», ha dichiarato **Paolo Pronzato**, Presidente Comitato Scientifico Associazione Periplo e Direttore Oncologia Medica 2 IRCCS Ospedale Policlinico San Martino di Genova, durante la tavola rotonda virtuale sulla situazione della Regione Liguria.



Le presa in carico

territoriale

del paziente oncologico

Per i pazienti oncologici, il fattore tempo assume un ruolo fondamentale: il tempo necessario alla diagnosi, quello prima di iniziare le terapie e soprattutto quello per la prognosi. Su questa declinazione del tempo ruota gran parte della loro vita e delle loro speranze.

È necessario considerare che spesso i pazienti oncologici sono oramai considerati alla stregua di pazienti cronici, in quanto le nuove cure hanno migliorato la sopravvivenza di moltissime forme tumorali, portandola a livelli difficilmente immaginabili anche solo pochi anni fa. A questo miglioramento della sopravvivenza consegue, però, un aumento del numero di pazienti da gestire da parte delle terapie oncologiche.

A complicare ulteriormente il quadro, a questi due fattori (richiesta di velocità che si interseca con un aumento del numero di pazienti) si aggiunge il desiderio da parte del paziente di scegliere lo specialista che meglio risponde alle proprie necessità, sulla base di valori e aspettative del singolo paziente, spesso in assenza di criteri chiari di scelta.

Sono, quindi, numerosi i motivi che portano alla necessità di condivisione tra ospedale e territorio della gestione del paziente oncologico, un settore finora reputato unicamente di competenza ospedaliera. Questi possono essere riassunti in:

- l'enorme numero di casi prevalenti oncologici, molti dei quali non in trattamento attivo;
- l'evoluzione epidemiologica della malattia oncologica e la cronicizzazione della malattia stessa;
- i bisogni del paziente oncologico, che vanno da esigenze complesse con bisogni di alta specializzazione a problemi sociali di chiara pertinenza territoriale;
- la constatazione che i bisogni del paziente oncologico presentino momenti brevi in ospedale e lunghi intervalli a domicilio.

Ciò comporta la necessità di estendere e ampliare i luoghi della presa in carico del paziente oncologico, sapendo anche che alcune necessità del paziente trovano risposte migliori nel territorio rispetto all'ospedale, adatto a rispondere ad altre tipologie di domande.

L'oncologia territoriale ha infatti alcuni punti di forza: la prossimità al paziente, la capillarità di interventi che possono essere operati, la possibilità di migliore indirizzo dei pazienti nei percorsi diagnostico-terapeutici, un maggior coinvolgimento dei medici di medicina generale (MMG) e

una maggior attenzione ai bisogni dei pazienti. Un rapporto più stretto tra oncologo territoriale ed MMG potrebbe influenzare la tempestività diagnostica e il riferimento dei pazienti al centro oncologico, così come la capillarità di intervento dell'oncologia territoriale può aiutare nella gestione delle tossicità delle terapie del paziente nel momento in cui si trova a domicilio.

Bisogna, inoltre, notare come la familiarità sia una tematica nota e condivisa dall'MMG, che spesso ha in carico molti componenti di uno stesso nucleo familiare; l'MMG, quindi, è colui che potrebbe intervenire in maniera più puntuale su singoli pazienti in relazione a queste tematiche. Anche gli interventi sugli stili di vita e la partecipazione a programmi di screening sono tematiche che coinvolgono tipicamente l'MMG.

I punti di una possibile collaborazione tra ospedale e territorio potrebbero essere:

- la prevenzione portata avanti a livello territoriale con percorsi di prevenzione primaria che stimolino cambiamenti degli stili di vita, attività fisica, abitudine al fumo, mobilità, alimentazione, che hanno una grande importanza nell'induzione della patologia tumorale;
- il contributo degli MMG alla realizzazione di programmi di screening; nella Regione Liguria, per esempio, la richiesta di partecipazione a uno screening parte con una lettera del MMG al paziente;
- la sensibilizzazione degli operatori sanitari sulla tempestività della diagnosi;



- l'aiuto dell'MMG al paziente per decidere quali trattamenti effettuare, quando questi sono equivalenti per il paziente;
- la gestione a livello territoriale delle terapie meno complesse, come le terapie orali, o l'affrontare alcune tossicità in corso di trattamento oncologico; di conseguenza, va valutata la possibilità di avere strutture intermedie al fine di raggiungere questi obiettivi, strutture sanitarie che si pongono tra la domiciliarità e l'ospedale;
- la gestione del follow-up e dei processi riabilitativi post-trattamento (riabilitazioni logopedica, fisioterapia e psico-oncologica che seguono la terapia oncologica);
- i controlli periodici di follow-up e quelli per valutare eventuali tossicità tardive dei trattamenti;
- la gestione delle cure palliative e l'eventuale supporto all'elaborazione di un lutto.

La pandemia di Sars-Cov-2, con la conseguente emergenza sanitaria, ha reso ancora più chiaro che la gestione del paziente oncologico non può essere lasciata solo in carico agli ospedali e la necessità di spostare tale gestione dall'ospedale al territorio.

Tale pandemia ha trovato, infatti, impreparato il territorio, ma anche gli ospedali, perché se è vero che gli MMG spesso hanno avuto problemi ad assicurare l'assistenza sul territorio, anche molti ambulatori ospedalieri hanno chiuso per le stesse ragioni. Questo ha causato drammatici ritardi negli screening oncologici, con il 50% degli esami di screening per il cancro della mammella e il cancro del colon non effettuati nel 2020. La stessa ha messo in moto anche iniziative pilota lodevoli, necessarie per cercare di preservare la continuità delle cure nei pazienti, come la tele-visita, la domiciliazione dei farmaci e la presa in carico a livello territoriale di determinate attività. Queste esperienze devono però essere portate a sistema per ripensare a una nuova modalità di organizzazione dei percorsi, non solo oncologici.

Il ruolo delle associazioni di volontari

Le richieste dei pazienti sono di conoscere e capire; i pazienti chiedono una corretta comunicazione, per interagire adeguatamente con i professionisti, comunicazione che spesso, però, non avviene in maniera appropriata. Numerosi sono i motivi di questa non corretta comunicazione, in quanto per via dell'età o difficoltà personali i pazienti han-

no difficoltà non solo di comprensione della problematica clinica, ma anche di utilizzo della tecnologia che spesso è necessaria nell'interazione con il sistema sanitario.

Le soluzioni e le riorganizzazioni sul territorio devono partire da una corretta comunicazione e da un'umanizzazione ed è corretto far capire bene le cose, con un vero lavoro di gruppo. Le associazioni dei pazienti in questo campo svolgono un ruolo fondamentale.

«A titolo di esempio, riguardo alle necessità di comunicazione, abbiamo fatto una puntata speciale in diretta Facebook sulla telemedicina; fino a qualche ora prima c'era un rifiuto della telemedicina, ma dopo la diretta, dove Paolo Pronzato e Lucia Del Mastro hanno spiegato cosa si intende per telemedicina e come utilizzarla in maniera corretta, abbiamo avuto un ritorno molto positivo. All'inizio lo stesso direttivo non era convinto di quella diretta, ma la corretta comunicazione ha fatto passare un messaggio di comprensione e accettazione da parte dei pazienti e dei loro familiari», ha commentato **Daniela Misale**, rappresentante delle associazioni di volontariato Europa Donna Italia, Noi Ci Siamo.



La nascita

del progetto SMARTCare

Il Progetto SMARTCare è un progetto nazionale che nasce dalla collaborazione di PERIPLO (Rete delle Reti Oncologiche), associazione che riunisce le reti oncologiche presenti nel territorio nazionale, e la Società Italiana di Leadership e Management in Medicina (SIMM), che insieme hanno cercato di affrontare il tema dell'integrazione ospedale-territorio in oncologia, dandogli la veste di una progettualità prima discussa a livello regionale e poi portata a livello nazionale.

«L'obiettivo del progetto SMARTCare è passare dalle dichiarazioni di principio a una declinazione di questa tematica nelle diverse realtà regionali», ha spiegato **Gianni Amunni**.

L'assistenza ai pazienti oncologici rappresenta, infatti, un ambito particolarmente adatto a sperimentare il “*Best Setting Model*”, con lo scopo di migliorare ulteriormente la “presa in carico totale” del malato oncologico, in un'ottica di qualità dell'assistenza, equità di accesso alle cure, migliore utilizzo delle risorse e potenziamento delle reti.

Questo processo è iniziato a partire dal 17 marzo 2020, quando SIMM ha aderito all'iniziativa di PERIPLO, Fondazione per la Medicina Personalizzata e Cittadinanzattiva, quando una comunicazione diretta al Ministero della Salute e all'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha sottolineato, tra le altre cose, la necessità impellente della dislocazione territoriale delle terapie rivolte ai malati oncologici cronici.

SIMM e PERIPLO hanno immaginato un intervento destinato alla realizzazione di un modello organizzativo per un sistema sanitario distribuito anche territorialmente, coerente con le migliori pratiche e capace di coordinare tutti i soggetti coinvolti: oncologo, MMG, infermiere, altri operatori sanitari e non sanitari al servizio dei bisogni dei pazienti, fino a *caregiver* e associazioni di pazienti e di volontariato, e ricercatori, tutti coinvolti per loro parte nel *disease journey* o, più auspicabilmente, nell'*health journey*.

◀ Periplo

 **simmm**
società italiana
di leadership e management in medicina

L'obiettivo è posizionare i servizi sanitari nel luogo a maggior valore, spostando sul territorio una parte dell'assistenza sanitaria ai malati oncologici, tradizionalmente fatta esclusivamente in ospedale, nell'ottica di individuare il miglior setting di cura che garantisca la massima qualità, l'ottimizzazione delle risorse, la sostenibilità del sistema e l'appropriatezza organizzativa.

Gli obiettivi del progetto SMARTCare possono essere riassunti, da un punto di vista operativo, in una serie di azioni:

- coordinare tutti i nodi territoriali per ottimizzare la gestione del percorso dei pazienti cronici;
- facilitare l'accesso e l'*empowerment* del cittadino-paziente;
- ridurre le distanze tra centro di riferimento e territorio, favorendo la comunicazione e l'interazione strutturata tra medici specialisti, infermieri specialisti/*Case Manager*, MMG, operatori sanitari del territorio;
- ridurre i costi e gestire la complessità e favorire la sostenibilità del Servizio Sanitario secondo i principi della *Value-Based Healthcare*;
- creare un modello replicabile ed esportabile in contesti differenti.

Fondamentale in questo processo di riorganizzazione è misurare outcome e indicatori, in quanto questi sistemi devono dimostrare la loro efficacia nella realtà territoriale e non solo una valutazione teorica o ospedaliera. Se la sopravvivenza in caso di tumore è l'obiettivo principale, non è però un indicatore corretto in quanto potrebbe avere dei tempi troppo lunghi per consentire di osservare variazioni statisticamente significative. Conviene allora studiare indicatori che vanno a intercettare la qualità del lavoro fatto; per esempio la caratterizzazione molecolare nel caso di tumore della mammella consente di fornire la cura migliore e può essere considerato un indicatore proxy dell'outcome finale mortalità.

Le dodici direttive chiave di intervento identificate da PERIPLO

1. L'oncologia ospedaliera può prevedere attività anche in proiezione territoriale con modalità innovative di flessibilità e mobilità del personale (inclusa l'estensione territoriale delle Reti Formative delle Scuole di Specializzazione in Oncologia Medica).
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 l'MMG e l'oncologo ospedaliero di riferimento
3. Le cure intermedie e 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 specialista ospedaliero).
4. Il paziente oncologico e la sua presa in carico devono essere inseriti nelle diverse articolazioni del *chronic-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 l'MMG.
6. Un'adeguata infrastruttura telematica deve garantire e promuovere pratiche di televisita e teleconsulto con attivazione di tutte le figure coinvolte sia a livello territoriale sia 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* e 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 (domicilio, ospedalizzazione domiciliare, cure intermedie, DH, ricovero ordinario).
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.



Le organizzazioni

coinvolte

nello sviluppo

SMARTCare

Il **Progetto PERIPLO** è stato pensato e realizzato da un board di clinici, i quali hanno un ruolo di riferimento/coordinamento nelle reti oncologiche delle Regioni di appartenenza [Toscana, Istituto Toscano dei Tumori; Lombardia, Rete Oncologica Lombarda; Piemonte e Valle d'Aosta, Rete Oncologica interregionale di Piemonte e Valle d'Aosta; Veneto, Rete Oncologica Veneta; Liguria, Rete Oncologica Liguria] e/o hanno ricevuto l'*endorsement* della propria Regione di riferimento, con l'obiettivo di contribuire a elaborare percorsi diagnostico-terapeutici che, avendo al centro il paziente, consentano di coniugare efficacia, efficienza e sostenibilità.

PERIPLO si è evoluto nella direzione della costituzione di un'associazione [Associazione PERIPLO *onlus*] tesa a rispondere a un obiettivo di valore, sia dal punto di vista etico sia da quello economico, e a collocare la propria operatività nel quadro delle iniziative di programmazione sanitaria, a livello nazionale e regionale e di costruzione di un gruppo tecnico di lavoro che si adoperi per realizzare un confronto e offrire supporto sul tema delle reti oncologiche.

A fondamento di tale iniziativa vi è la condivisione del concetto di integrazione dei servizi per l'oncologia secondo un modello reticolare, considerato il più coerente ed efficace nella risposta ai bisogni clinici e organizzativi della moderna oncologia.

I principi ispiratori per la costituzione dell'associazione sono stati, tra gli altri, quelli dell'accessibilità, dell'utilizzo governato dell'alta specializzazione, dell'omogeneità delle procedure e dei processi, della sostenibilità delle strategie gestionali, del miglioramento continuo della qualità e della sicurezza e della centralità della persona.

La **Società Italiana di leadership e Management in Medicina** (SIMM) nasce nel 2006 come Società Italiana Medici Manager dalla stretta collaborazione con la British Association of Medical Managers e con l'American College of Physician Executives, per promuovere, sviluppare e consolidare anche in Italia il ruolo e la funzione manageriale nella professione medica, anche se in seguito si apre anche ai non medici.

La SIMM è aperta a tutti i professionisti sanitari che si interessano al management sanitario e sono intenzionati, nello svolgimento delle loro attività professionali, a crescere culturalmente sviluppando competenze legate al ruolo della leadership in sanità.



Obiettivi del progetto

Lo sforzo del progetto SMARTCare è partire da precedenze che ci sono state e che magari sono nate in una situazione di emergenza per pensare a un nuovo modello di organizzazione dell'oncologia, sapendo quali sono i bisogni sociosanitari del paziente oncologico non solo a livello ospedaliero, ma anche, e soprattutto, a livello territoriale, con bisogni insoddisfatti e necessità connesse ai lunghi periodi che il paziente trascorre al proprio domicilio dopo la dimissione o nell'intervallo tra le cure.

Non dobbiamo dimenticare che una sperimentazione prevede modelli, organizzazione, regole precise e modalità di confronto, che in questa contingenza storica cozzano con le nostre azioni, spesso guidate più dall'emergenza che da una vera e propria programmazione.

Una condizione irrinunciabile, evidenziata in tutte le Regioni, è la necessità di sviluppare una struttura informatica che consenta la condivisione di una cartella condivisa di percorso; in parallelo occorre rivedere i Piani Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA), soprattutto se realizzati a livello solo ospedaliero, ipotizzando per ogni attività il setting assistenziale più adeguato.

L'obiettivo del progetto è condividere quanto sviluppato e realizzato a livello delle Regioni, soprattutto quelle che hanno realizzato una rete oncologica, evidenziare le esperienze e verificare la fattibilità delle proposte, con l'obiettivo di condividere le eccellenze e diminuire le disparità possibili a livello regionale attraverso uno scambio delle esperienze e delle problematiche. Sapere quali progetti sono stati realizzati e quali criticità sono state evidenziate in alcune Regioni consente di migliorare l'operatività nelle altre. Il rischio di questi progetti è, infatti, che siano sviluppati a livello regionale senza avere un respiro nazionale, con conseguente disparità regionale.

I privati e l'industria devono lavorare per realizzare il futuro dell'oncologia e occorre definire correttamente il ruolo dell'industria, che non sia solo un ruolo di sostegno a un farmaco, bensì una sperimentazione che ridisegna i modelli organizzativi dell'oncologia, fatto rilevante. Aiutare il sistema e accogliere in maniera pronta i futuri farmaci e le tecnologie è il ruolo che dovrebbe avere l'industria.



**Declinazione
sul territorio**

Clicca sulle Regioni gialle per approfondire



Quando si sono svolti gli incontri

Campania: 9 novembre 2020

Liguria: 2 dicembre 2020

Piemonte: 18 novembre 2020

Puglia: 12 gennaio 2021

Toscana: 11 dicembre 2020

Umbria: 23 novembre 2020



Regione CAMPANIA

La riorganizzazione

ospedale-territorio

per migliorare la gestione

del paziente oncologico



Il quadro attuale

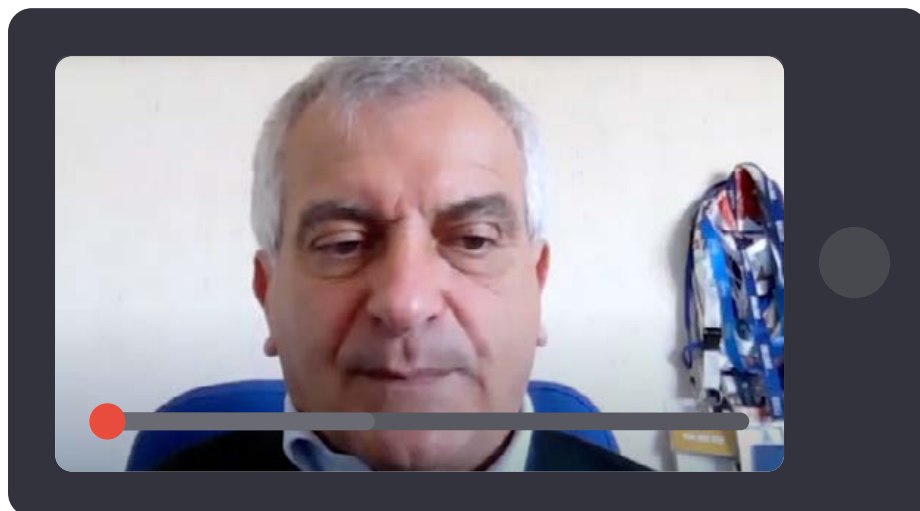
Un dato di partenza fondamentale è che i tassi di incidenza dei tumori nella Regione Campania sono più bassi o in linea rispetto ai Pool dei Registri Tumori italiani, ma è presente una maggiore mortalità tumore-correlata. La Regione si trova infatti ad affrontare una polverizzazione dei PDTA, con notevoli disuguaglianze, una scarsa multidisciplinarietà e una scarsa continuità di cura; il ritardo della presa in carico e la migrazione sanitaria sono, infine, due problemi strettamente interconnessi.

L'organizzazione della Rete Oncologica Campana (ROC)

Per affrontare questo quadro, la delibera 98 del 20/09/2016 ha istituito la Rete Oncologica Campana e ha ipotizzato una struttura costituita da:

- Centri Oncologici di Riferimento Polispecialistici (**CORP**) con funzioni diagnostico/stadiative, terapeutiche, riabilitative e di follow-up oncologico;
- Centri oncologici di riferimento regionali con attività specifica in campo oncologico (**CORPUS**);
- Centri per le cure di primo livello;
- Hospice e reparti/ambulatori di terapia del dolore.

Il GOM (Gruppo Oncologico Multidisciplinare), a sua volta, è una struttura generata all'interno degli ospedali principali (CORP/CORPUS) ma diventa pienamente operativo solo quando si mette in relazione anche con il territorio. «Il



▶ CLICCA E GUARDA IL VIDEO

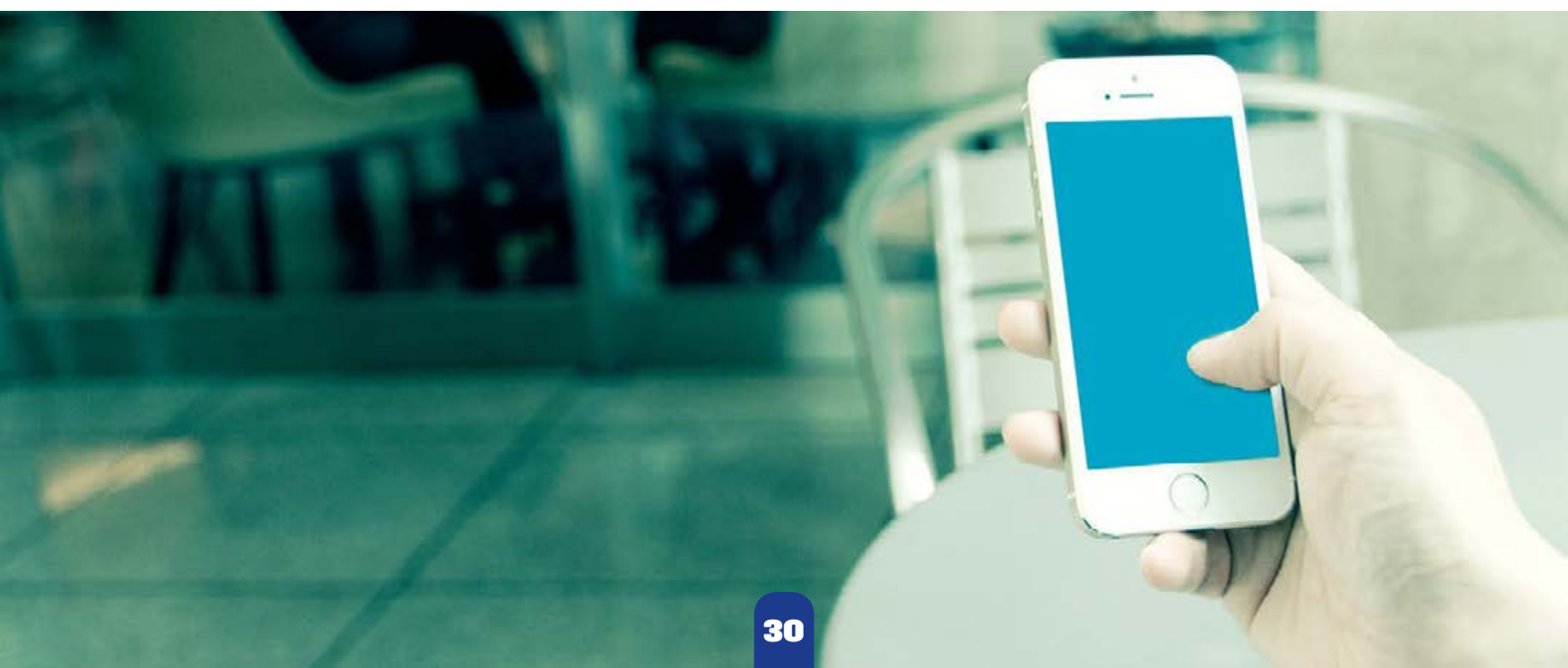
La rete oncologica della Campania

Prof. Sandro Pignata

GOM è il luogo dove il paziente deve ricevere la valutazione multidisciplinare. Non è importante chi presenta il caso al GOM, in quanto è una casa comune, di cui deve far parte anche l'MMG», ha dichiarato al riguardo **Sandro Pignata**, Direttore del reparto di Oncologia Medica Uro-Ginecologica dell'Istituto dei Tumori Pascale di Napoli.

Al momento, però, tre delle sette ASL coinvolte non hanno ancora completato il loro percorso di attivazione dei GOM e questo è un punto critico soprattutto in questo momento storico, nel quale occorre migliorare e potenziare la presa in carico da parte dei GOM; molti ospedali hanno, infatti, ridotto le attività ambulatoriali, con un conseguente rischio di ritardo diagnostico; infatti, anche se formalmente le attività oncologiche sono consentite, non effettuare la visita a un paziente con dolore addominale, per esempio, può comportare di non intercettare per tempo un eventuale caso di carcinoma coloretale. Con questo obiettivo, l'Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione G. Pascale di Napoli ha aperto un nuovo poliambulatorio che dovrebbe consentire di introdurre nella rete circa 4000 nuovi casi all'anno. Ridurre il percorso diagnostico per arrivare all'atto principale (intervento chirurgico o inizio della chemioterapia) può avere, infatti, effetti significativi sulla mortalità; un ritardo di 30 giorni nel percorso diagnostico di due pazienti con carcinoma ovarico allo stadio 3c comporta che la presentazione del tumore sia differente e l'aspettativa di vita passi da 55 mesi a 30 mesi.

«Il progetto SMARTCare vuol dire proprio questo: bisogna effettivamente integrare ospedale e territorio e nell'ambito della ROC abbiamo cercato di integrare la continuità territoriale e far sì che gli MMG facciano effettivamente parte della rete, per consentire al paziente di arrivare alla terapia presto e nel posto giusto», ha dichiarato Pignata.



A questo scopo, è stato fatto un censimento delle strutture con un'analisi dei volumi riferiti alle sedi specifiche del tumore e alle strutture regionali di diagnosi e cura; le strutture sono state classificate in tre modi: strutture con un numero di pazienti trattati adeguato; strutture con numeri non considerati pienamente adeguati, ma che sono o numericamente vicine o oggetto di investimento da parte delle aziende per incrementare il numero di pazienti trattabili e sono state pertanto poste in osservazione; infine, strutture che non trattando un numero adeguato di pazienti sono inibite dall'effettuare lo specifico intervento, in quanto il numero di pazienti trattati non è considerato sufficiente a consentire di acquisire un'esperienza adeguata e alle quali non deve essere riconosciuto il DRG per l'eventuale intervento.

Il Case Manager nella gestione del paziente oncologico

Il paziente nel suo percorso diagnostico e terapeutico ha bisogno di essere accompagnato dal lato strettamente operativo nella gestione delle visite e dei follow-up, ma anche, e soprattutto, nella definizione di quali siano le sue preferenze nella gestione a livello emotivo del problema sanitario, preferenze da condividere con i curanti. Questa figura di accompagnamento è stata identificata e implementata, nella Regione Campania, con il *Case Manager*.

«Il *Case Manager* è il compagno del paziente, lo deve seguire nel percorso; non è solo uno strumento di comunicazione, ma consente al paziente di entrare in un rapporto di familiarità con il problema; il paziente deve imparare a convivere con la malattia ed è il *Case Manager* a insegnare questa convivenza», ha dichiarato **Camillo Rossi**, referente Simm

Cosa è un GOM interaziendale?

Due CORP possono creare un GOM interaziendale, come successo tra gli ospedali Pascale e Ruggi nella ginecologia oncologia, al fine di mettere insieme le risorse e le competenze.

Nel caso si realizzi un GOM tra CORP e ASL la finalità sarà discutere assieme i casi, al fine di trovare per i nuovi pazienti la modalità terapeutica più appropriata; nel caso della diagnostica, per esempio, potrebbe essere possibile che non tutti i componenti del GOM siano in grado di fornire tutte le opzioni, ma questo diventa possibile all'interno della rete. In questo caso, per esempio, la scelta della sede ospedaliera dove effettuare l'intervento viene effettuata e condivisa in funzione del setting necessario all'intervento nel singolo paziente.

progetto SMART per la regione Campania e direttore sanitario dell'Azienda socio-sanitaria territoriale degli Spedali Civili di Brescia, nel corso della riunione.

Il *Case Manager* non è l'MMG, non è l'infermiere di famiglia, ma è una figura che si integra con loro, svolgendo un ruolo di ponte tra paziente, medicina del territorio e medicina specialistica.

Il *Case Manager* non lavora in modo verticale o per compiti, ma è una figura che opera in modo diverso dalle nostre abitudini culturali.

La piattaforma della ROC

La piattaforma della ROC è una piattaforma operativa di gestione e condivisione del paziente, funzionale a indirizzare il paziente verso il GOM; qualunque utente, infatti, può collegarsi alla piattaforma con le proprie credenziali, identificare la patologia, segnalare eventuali note o informazioni sul paziente, in modo tale da semplificare la valutazione da parte del GOM. Il *Case Manager*, all'interno del GOM interaziendale, prende in carico il paziente e lo indirizza verso il "posto giusto", per effettuare gli esami diagnostici nel posto più qualificato nei tempi migliori e per indirizzarlo verso gli specialisti maggiormente qualificati nel singolo caso. Nell'anno passato, circa 11.000 dei 30.000 pazienti oncologici campani sono stati presentati ai GOM tramite la piattaforma; questo è avvenuto anche durante il periodo Covid.

Con la stessa modalità avviene anche il ritorno del paziente al territorio, tramite l'attivazione di servizi territoriali dedicati al paziente. Alcuni servizi, infatti, sono stati attivati specificamente nel territorio; tra questi vi sono la nutrizione, la terapia del dolore, la gestione dei PICC (catetere centrale ad inserimento periferico) e delle stomie, la fisioterapia, tutte opzioni attivabili dalla piattaforma per tutte le ASL della Regione Campania e per tutti i cittadini, anche se questa lista deve aumentare nel tempo.

«Nella pratica, di fronte a un paziente che stiamo dimettendo dall'ospedale dopo un intervento o dopo una chemioterapia, per esempio, la piattaforma propone un menu, con una lista di servizi territoriali indicati dalla ASL; spuntiamo dal menu le voci che riteniamo necessarie per il paziente e in questo modo inviamo la richiesta alla ASL; i pazienti sono allora contattati dai servizi territoriali in un tempo che varia normalmente dalle 48 ore ai 4-5 giorni. Ricordiamo cosa comportava, a livello di burocrazia, attivare i servizi territoriali per un paziente critico; percorsi all'interno della ASL possono ancora esistere, ma con questa modalità

viene fatta una segnalazione unica di tutti i percorsi relativi al singolo paziente, in relazione a tutti i bisogni che quel paziente presenterà. Tra luglio e ottobre, nel pieno della pandemia, sono stati attivati oltre 1100 servizi di continuità territoriale», ha spiegato Pignata.

L'MMG è fondamentale nei GOM sia in entrata sia in uscita; è lui che può intercettare la totalità dei pazienti e può inviare il paziente al GOM, forte dell'impegno da parte del GOM che verrà ricevuto entro 7 giorni, una velocità senza precedenti. Al ritorno, lo stesso GOM, con modalità informatiche, comunica all'MMG cosa è accaduto e quali sono i servizi di continuità territoriale attivati; un call center è dedicato agli MMG per aiutarli nell'invio dei casi, anche se probabilmente sarà un servizio poco utilizzato in quanto le procedure sono molto semplici.

Il punto critico, al momento, è proprio l'ingaggio dei medici nella piattaforma. A novembre erano solo 130 su una platea di circa 4000 MMG iscritti al GOM, ma questi medici hanno iniziato a inviare pazienti e per gli stessi pazienti il processo diagnostico è stato probabilmente di 2-3 mesi più veloce rispetto a quanto sarebbe stato utilizzando le procedure abituali.

Il flusso è molto semplice: il paziente riceve la richiesta da parte del MMG, entro 7 giorni è convocato per la prima visita, il *Case Manager* lo prende in carico nella piattaforma e avvia il percorso diagnostico del GOM, attività prevista da svolgersi normalmente entro 15 giorni; l'MMG riceverà tutte le informazioni dalla piattaforma. Questo flusso comporta una riduzione notevole del ritardo diagnostico, ed è proprio il ritardo diagnostico uno dei fattori principali che influiscono sulla mortalità, più delle capacità del singolo medico chirurgo o oncologo e sulla qualità degli ospedali. Probabilmente, è proprio al ritardo diagnostico che bisogna imputare l'aumentata mortalità della Regione Campania rispetto ad altre Regioni italiane ed è su questa che si intende intervenire.

«La medicina generale è prontissima e disponibile a questa collaborazione», ha dichiarato **Gaetano Piccinocchio**, - Presidente della sezione provinciale di Napoli della Società italiana di Medicina Generale (SIMG) dal 1991. «Dobbiamo considerare che nelle altre discipline abbiamo avuto quasi sempre lo specialista territoriale con cui interfacciarci, tranne che nell'oncologia. Ora, il venir meno anche del confronto con le strutture di secondo livello di fatto isola sia il paziente sia il medico curante. Già prima la situazione non era ottimale, ma ora il dialogo con le strutture di secondo e terzo livello è assolutamente mancante. Come MMG siamo tutti informatizzati per cui dobbiamo trovare una modalità per condividere i dati dei pazienti. Dobbiamo ricordarci anche che alcuni

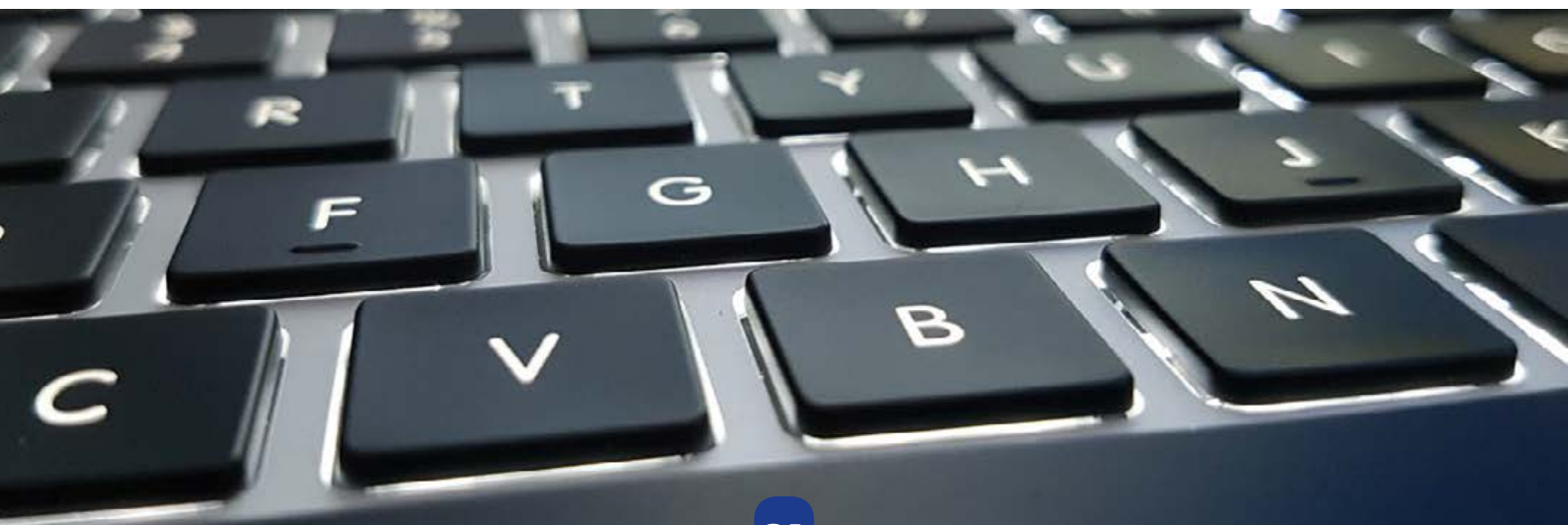
PDTA di diverse discipline sono già stati attivati, con un'integrazione ospedale-territorio; all'interno delle AFT, aggregazioni funzionali territoriali, obbligatorie da gennaio, viene identificato un referente, specialista o cultore della branca, che fa da riferimento per tutti gli altri medici dell'AFT. Questo format potrebbe essere utilizzato anche in oncologia».

«Per l'MMG la collaborazione con i GOM non è un aggravio di tempo, anzi, è un risparmio, in quanto consente di affidare a team dedicati pazienti altrimenti complessi, per cui occorre trovare ogni metodo per spiegare loro che questa collaborazione è utile sotto qualsiasi punto di vista», ha chiosato Pignata.

Prospettive e progetti

Il progetto ValPeROC

Il progetto ValPeROC è un progetto di valutazione di alcuni indicatori di performance all'interno della ROC. Si è deciso di analizzare una serie di pazienti sequenziali di tre diversi ospedali segnalati per i GOM relativi a tre diversi distretti (ovaio, polmone e colon). I dati della piattaforma sono stati uniti alle cartelle cliniche e al contatto diretto del paziente per valutare il percorso antecedente il contatto con il GOM. Se dalla prima riunione del GOM sul caso alla diagnosi i tempi sono di 11 giorni e in media entro 21 giorni inizia la terapia, il tempo pre-GOM nel 40% dei pazienti era superiore a 2 mesi. Il tempo alla diagnosi è influenzato fortemente dal grado di istruzione: nel 60% dei casi che ottengono la diagnosi entro un mese, il paziente ha un alto livello di istruzione, mentre, al contrario, nel 60% dei casi con diagnosi dopo oltre 2 mesi, il paziente ha un basso livello di istruzione. Consentire l'accesso alle cure indipendentemente dallo status sociale è fondamentale ed è necessario trovare meccanismi in grado di modificare questo dato; al riguardo, un ruolo chiave potrà essere svolto dalle associazioni dei pazienti.



Nel 10% dei casi è stato osservato che erano stati effettuati esami inappropriati e in un altro 10% gli esami effettuati prima dell'accesso al GOM sono stati ripetuti in quanto ritenuti non affidabili, con un costo stimato di circa 6500 € per i 90 casi oggetto dello studio; se questo rapporto fosse mantenuto per tutti i pazienti oncologici afferenti alla Regione, si potrebbe ipotizzare una spesa di circa 2,2 milioni di euro relativa a esami ripetuti, in quanto effettuati in setting inappropriati.

La telemedicina in supporto all'oncologia territoriale

L'emergenza pandemica ha messo in luce alcune criticità, connesse alla necessità di dover mantenere gli standard di cura per questi pazienti anche in condizioni eccezionali; ecco allora diventare operativi, dopo anni di discussione che spesso si bloccava su questioni burocratiche, la tele-sorveglianza e il teleconsulto.

«Integrare l'ospedale al territorio è una particolare modalità innovativa per seguire al meglio tutti i pazienti che hanno una minore intensità di cure e tutto ciò che abbiamo in cantiere è ottimo», ha dichiarato **Sabino De Placido**, Direttore Oncologia Medica Università degli Studi di Napoli Federico II «Un ulteriore passo che possiamo fare si chiama telemedicina; penso alla sua utilità nelle pazienti in follow-up, magari anziane, che devono inviare i risultati di esami diagnostici; per queste pazienti dobbiamo attivare meccanismi diversi».

La telemedicina potrebbe essere anche il veicolo con cui integrare maggiormente la medicina generale nella rete. A questo riguardo, occorre ricordare che a breve sarà cambiata la piattaforma della ROC e la nuova versione si connetterà al fascicolo sanitario elettronico, da cui prenderà l'anagrafica, la storia clinica del paziente, ma anche ad ambienti virtuali che consentiranno di costituire il GOM in modalità virtuale, con l'opzione di partecipazione da parte del paziente, e la gestione ambulatoriale della telemedicina.

«La telemedicina è una normale evoluzione del nostro percorso; è ovvio che parlare di telemedicina spaventa, in quanto realizzarla non è semplice quanto sembra. Dobbiamo però considerarci un e-hospital, un ospedale virtuale comune dove possiamo condividere il nostro operato», ha concluso De Placido.

«La telemedicina va normata, per poterla gestire e mettere al servizio dei cittadini».

Quali sono le criticità ancora da superare

Combattere il ritardo diagnostico è l'obiettivo della ROC, soprattutto in questo momento storico, nel quale le attività oncologiche sono consentite, ma le attività ambulatoriali sono ridotte, con conseguenti possibili problemi nella diagnosi di nuovi casi.

Anche il coinvolgimento degli MMG è ancora basso all'interno della piattaforma della ROC, anche se al momento i pochi medici iscritti hanno iniziato a sfruttare appieno le potenzialità della piattaforma stessa.

Nell'ambito del suo intervento, **Mario Fusco**, Direttore del Registro Tumori, ASL Napoli 3 Sud, ha messo in luce quelle che sono, a suo parere, alcune ulteriori criticità che deve affrontare la ROC. Criticità che sono connesse principalmente non a un livello programmatico ma a un passaggio operativo. «A tutt'oggi mancano ancora non tanto documenti strategici, ma gli atti esecutivi, per mettere in pratica questa organizzazione; faccio riferimento, per esempio, a una revisione dei PDTA che integri questa nuova modalità organizzativa, costituita dalle reti sul territorio di supporto ai rispettivi GOM, come può essere il servizio di colonoscopia territoriale in supporto a un GOM per il tumore del colon-retto. In assenza di ciò, continuiamo a programmare, ma la rete resterà sempre piena di buchi».

Inoltre, soprattutto per le patologie meno frequenti, come il tumore del pancreas o dell'ovaio, gli stessi GOM dovrebbero fare rete tra di loro, per ottimizzare le linee operative.

Infine, la Campania è una delle poche Regioni che ancora alloca la chemioterapia ai regimi di day-hospital, mentre oramai dovrebbe considerata una prestazione ambulatoriale.

Conclusioni

«Abbiamo ottenuto risultati concreti, come l'esenzione per le analisi genetiche ai pazienti con specifiche mutazioni e ai loro familiari e l'aver attivato in tre aziende dei PDTA che garantiscono una riduzione notevole nei tempi di diagnosi di un tumore; i progetti vanno portati avanti in modo pragmatico e devono essere completati», ha concluso Pignata.

«Dobbiamo costruire prima possibile una rete di territorio che fornisca l'assistenza di cui hanno necessità i pazienti e che possa rispondere ai momenti di emergenza, che si chiamino Covid 19 o in altro modo», ha dichiarato **Fabrizio Capuano**, presidente dell'associazione dei pazienti Compagni di viaggio Onlus.

Quanto discusso può essere riassunto in queste proposte:

1. alimentare il progetto degli MMG, tramite alleanze strategiche, al fine di avere una riduzione del gap di mortalità;
2. integrare territorio e CORP/CORPUS, non solo a livello formale, ma anche a livello pratico, attraverso una discussione dei casi alla luce di PDTA condivisi;
3. sviluppare la telemedicina;
4. potenziare e finanziare i servizi di continuità territoriale, per consentire di rendere operativo questo modello di successo;
5. completare il percorso avviato con il decreto 58 *“Rete oncologica regionale: adempimenti. Adozione ulteriori documenti tecnici: mappe chirurgiche regionali provvisorie in valutazione triennale”* e definire i contenuti all'interno dei percorsi;
6. valutare in ottica di progettualità complessiva come gestire la somministrazione dei farmaci che non necessitano di somministrazione ospedaliera; questo ambito si integra con lo sviluppo della telemedicina.



Regione LIGURIA

Verso l'oncologia

di domani



L'organizzazione della Rete Oncologica della Regione Liguria (ROLi)

La territorializzazione è un aspetto cruciale che avrà un ruolo chiave nel nostro futuro e per la sua realizzazione sono necessarie risorse e personale dedicato; per esempio, gestire i follow-up a livello territoriale comporta che siano disponibili oncologi, inseriti nelle reti oncologiche, che effettuino attività di ambulatorio a livello del territorio.

«La pandemia ha fatto saltare, a La Spezia come in altre zone, le strutture sul territorio, per cui tutte le case della salute hanno chiuso per problemi di contagio. Non è detto, quindi, detto che la territorializzazione fornisca sempre e comunque la migliore risposta di fronte alle emergenze», ha dichiarato **Andrea Stimamiglio**, segretario ligure del sindacato Fimmg.

È peraltro difficile pensare a una gestione ospedale-territorio quando la stessa definizione di territorio non è sempre chiara a tutti; infatti, se quasi tutti identificano il territorio come “al di fuori dell'ospedale”, l'interpretazione data da alcuni, soprattutto afferenti all'organizzazione lombarda della salute, identifica come territorio anche i piccoli ospedali. Questa differenza genera due organizzazioni diverse e due diverse modalità di flusso; in un caso, il paziente in follow-up per un tumore potenzialmente guarito dovrebbe essere inviato a un ambulatorio territoriale per la prosecuzione dei controlli, mentre nell'altro caso, come da



▶ CLICCA E GUARDA IL VIDEO

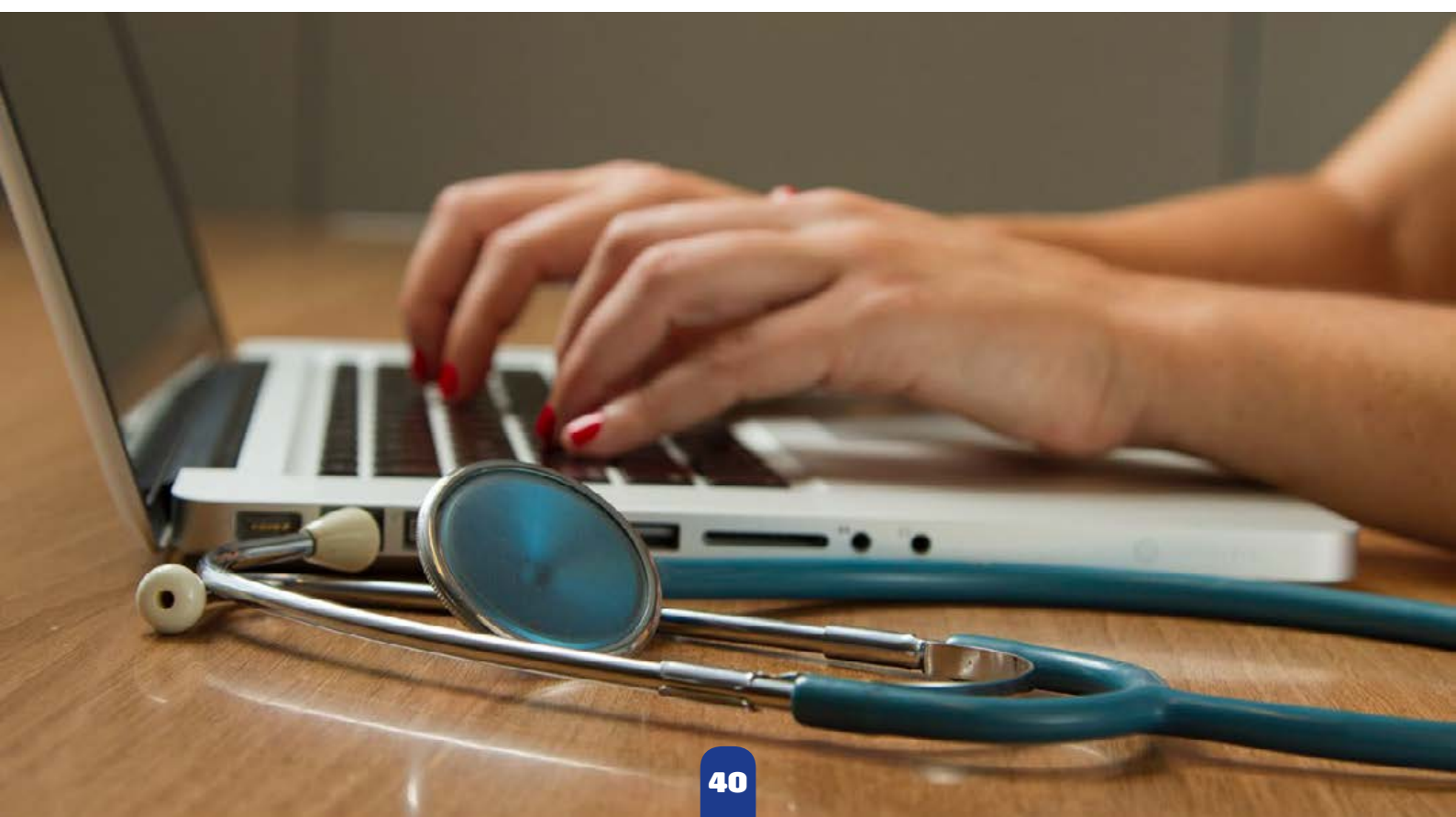
La rete oncologica della Liguria
Prof. Paolo Pronzato

interpretazione lombarda, il paziente curato dal centro di riferimento, magari milanese, continua il trattamento oncologico “sul territorio” inteso come uno degli ospedali del territorio. Questa definizione non è aleatoria, in quanto se i fondi del recovery plan potranno essere spesi per le terapie intensive e per il territorio, occorrerà chiarire che significato dare a questa parola.

«Il territorio secondo me non è l'ospedale, ma sono MMG e distretti; i servizi territoriali sono quelli erogati da distretti ed MMG, che prendono in carico il paziente sul territorio. Il piccolo ospedale funge da Spoke verso un Hub, che sono i grandi centri di riferimento», ha dichiarato sul tema **Chiara Paganino**, rappresentante del Sistema Sanitario Regione Liguria. «Il Covid ha evidenziato un problema in parte già noto, una carenza nel territorio, in cui negli ultimi anni non sono state investite risorse. Il territorio deve rispondere alle esigenze del paziente e deve farsi carico in maniera globale del paziente stesso».

Nei distretti dovrebbe realizzarsi un nuovo modello di medicina territoriale, con attività svolte a livello distrettuale diverse da quelle ad alta complessità che si realizzano a livello ospedaliero.

Il modello di dipartimento interaziendale potrebbe essere un laboratorio, un'ipotesi operativa da disegnare e implementare; il territorio significa prevenzione ed MMG che devono prendersi carico dei pazienti.



Prospettive e progetti

Tra telemedicina e teleconsulto

La pandemia di coronavirus ha favorito la telemedicina, con particolare riferimento al telemonitoraggio e al teleconsulto. Questi sono molto utili, possono risolvere notevoli problemi, ma dobbiamo tenere in considerazione che il paziente ha bisogno anche del contatto fisico con il proprio medico. La sanità digitale consente di ridurre una serie di costi, mantenendo degli esiti, che, pur essendo ancora da misurare, dovrebbero garantire un beneficio alla sostenibilità del sistema.

Se la televisita è molto difficile da applicare, più facile è il teleconsulto, dove il dialogo tra professionisti consente di avere un confronto e un consulto programmato con lo specialista.

Partendo dal fatto che l'ultimo accordo a livello regionale con gli MMG prevede che l'MMG prenda in carico anche il paziente Covid attraverso una piattaforma che consente di chiedere una consulenza da parte del medico infettivologo, un'ipotesi è quella di applicare questo modello anche in oncologia; questa esperienza è di piena soddisfazione per gli infettivologi e si integra con l'esperienza della teleconsulenza, che soddisfa più della televisita in quanto, quando si attiva la consulenza dell'infettivologo, viene analizzata la storia degli ultimi giorni al fine di valutare gli effetti della terapia o la necessità o meno di ricovero.

Occorre, inoltre, considerare come l'oncologia sia una delle specialità con cui l'MMG deve confrontarsi, oltre alla cardiologia, al respiratorio, alla gastroenterologia, e altre ancora, sia per pazienti cronici che acuti; questo comporta che per gestire tutte queste complessità serva aiuto nel disbrigo della parte burocratica per consentire al medico di occuparsi esclusivamente della gestione clinica dei pazienti; bisogna, infatti, considerare che in Inghilterra gli MMG, che non eseguono le visite a domicilio, effettuate dagli infermieri, hanno uno staff di sei-sette segretarie, mentre la Liguria è l'unica Regione che al momento ha deliberato l'autorizzazione alla richiesta di personale di segreteria o infermieristico da parte degli MMG.

La questione Covid ha rotto ponti e non è possibile tornare al modello sanitario precedente; abbiamo imparato cose alle quali abbiamo dato una loro fisicità e una nuova veste; stiamo rivalutando modelli esistenti, ma abbiamo anche cambiato *commitment*, sia nella politica sia nei vari profes-

sionisti, che hanno dovuto richiedere di elaborare modelli di tipo interdisciplinare, al fine di risolvere tutti i problemi della medicina, dall'epidemia ai problemi di tutti i giorni. Il fatto di avere tecnologie integrate alle professionalità più diverse è ora dato per scontato, in quanto le tecnologie trasformano a loro volta il modo di lavorare e ognuno si trova a svolgere mansioni per le quali fino a pochi anni fa ci si rivolgeva a personale dedicato, come comprare un biglietto aereo o fare un bonifico bancario. Se nella vita di tutti i giorni siamo ormai in grado di effettuare queste operazioni, siamo in grado di utilizzare applicazioni anche nel campo lavorativo senza necessità di formazione eccessiva.

In questi mesi di pandemia abbiamo utilizzato i sistemi informativi in modo molto più spregiudicato di prima, con applicazioni non testate o sulle quali non era stata fatta alcuna formazione.

«La prossima sanità utilizzerà fortemente questi nuovi modelli che si sono creati in maniera quasi naturale, non di reti gerarchiche (come possiamo classificare il modello Hub & Spoke) ma basati su nodi porosi, non predeterminati a priori, a cui partecipano non solo medici ma anche altre discipline (fino agli informatici)», ha dichiarato **Domenico Gallo**, Programmazione e sviluppo dei sistemi informativi del SSR.

La telemedicina non deve, però, essere vissuta come una sostituzione più economica della visita fisica; con i sistemi di telemedicina dobbiamo aumentare le interazioni e la raccolta dei dati.

Quali sono le criticità ancora da superare

Una critica alla gestione dei protocolli di prevenzione come attualmente organizzata nella Regione Liguria riguarda la comunicazione tramite lettera. Un paziente che riceve una lettera in cui si comunica la necessità di approfondimenti diagnostici spesso non è in grado di gestire a livello emotivo il messaggio che riceve e di comprenderne il valore. Più funzionale è la segnalazione del problema all'MMG, soprattutto nel caso lo specialista non si senta adeguato ad approfondire direttamente il problema con il paziente per la mancanza di familiarità. L'MMG è comunque il riferimento a cui il paziente si rivolgerà a fronte di questa comunicazione e pertanto diventa centrale un suo coinvolgimento dall'inizio.

Conclusioni: abbiamo imparato qualcosa dalla pandemia?

«Non abbiamo ancora imparato nulla dalla pandemia di coronavirus, in quanto non abbiamo capito e interiorizzato molte cose; se si sono interrotti gli screening e persi i pazienti al follow-up nel caso dell'oncologia, ambito normalmente con un discreto *commitment* dei clinici, è difficile immaginarsi cosa possa essere successo nelle altre aree terapeutiche. Probabilmente potremmo notare che molte cose che davamo per scontate non sono così sicure e stabili come immaginavamo. Dovremmo realizzare il processo di revisione di tutti i LEA per capire cosa è successo, cosa abbiamo perso», ha commentato **Gaddo Flego**, Responsabile S.C. Nucleo Operativo di Controllo dell'appropriatezza delle Prestazioni, HTA e Governo Clinico, Azienda Sanitaria Locale n. 4 "Chiavarese".

Inoltre, nella prima ondata abbiamo visto una disponibilità a superare steccati tra discipline, così come il supporto della popolazione, non altrettanto nella seconda ondata, per cui non possiamo dare tutto quello che è successo come scontato.

L'impegno deve essere quello di utilizzare l'esperienza di questa pandemia come stress test per capire le debolezze e le necessità di sviluppo.

In Liguria, come nel resto d'Italia e anche altrove, in ambito oncologico si sono verificate una forte riduzione degli screening e una riduzione del numero di casi di tumore diagnosticati, mentre ha tenuto la prosecuzione delle terapie in atto.





Regione PIEMONTE

Stato dell'arte,

progetti in atto

e prospettive future



«L'oncologia è molto cambiata nel corso degli ultimi anni, dapprima era molto centrata sugli ospedali, con divisioni da molti letti, convertiti nel corso degli anni in reparti di day-hospital e infine in ambulatori. Lo scenario futuro è quello di un collegamento tra divisioni ospedaliere molto centrate sulla ricerca e sulle attività non realizzabili in ambito territoriale e il territorio, perché la cronicità deve uscire dai luoghi dove si gestisce l'acuzie», ha dichiarato **Libero Ciuffreda**, Direttore della S.C. Oncologia Medica 1 presso l'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino.

Questo modello operativo non è nuovo nel campo oncologico, in quanto già nei decenni passati si è compreso che se si voleva riportare il malato terminale al proprio domicilio non era sufficiente il solo medico, ma serviva anche un team in grado di garantire un'assistenza di qualità; questo è quanto implementato per le cure palliative.

Dobbiamo ricordare, tuttavia, che lo stesso territorio non è omogeneo. Le esigenze e le possibilità offerte dal territorio metropolitano sono diverse rispetto a quelle del territorio rurale. Il paziente a domicilio si trova all'interno di una famiglia che può essere più o meno collaborativa in relazione a fattori sia territoriali sia specifici del singolo caso. La vicinanza all'ospedale, per esempio, facilita la domiciliazione e le opposizioni alle dimissioni hanno frequenza diversa a seconda del territorio. Peraltro, soprattutto nell'area metropolitana, è difficile il collegamento tra ospedale ed MMG, ma è in quest'area che si concentra gran parte della popolazione.

Dobbiamo riuscire a immaginare anche cosa accadrà nei prossimi mesi e anni, per poi pianificare per tempo le ne-



▶ CLICCA E GUARDA IL VIDEO

La rete oncologica del Piemonte

Dott. Oscar Bertetto

cessità; per esempio, a New York nel corso dell'anno 2020 centinaia di migliaia di persone si sono trasferite dalla città verso le cosiddette aree territoriali marginali, grazie anche allo *smart working*. È probabile che questo avvenga anche in Italia e, se avverrà, comporterà una riorganizzazione anche dei servizi sanitari.

L'organizzazione della Rete Oncologica Piemonte-Valle d'Aosta

La Rete Oncologica Piemonte-Valle d'Aosta si basa a livello organizzativo sui CAS, i Centri Accoglienza ai Servizi, che rappresentano l'inizio del percorso di cura all'interno della rete oncologica, a cui il malato con sospetto clinico di tumore dovrebbe rivolgersi per accedere agli esami necessari per la diagnosi e la stadiazione della sua patologia. Questo è il punto di riferimento sia per l'MMG sia, per esempio, per il medico del pronto soccorso che si trova a vedere un ammalato di tumore non necessitante di un ricovero urgente, ma che deve iniziare un percorso diagnostico e terapeutico.

«Il percorso all'inizio è principalmente ospedaliero, perché inizia da un sospetto diagnostico, ma, una volta effettuata la diagnosi e la stadiazione, viene condivisa la scelta terapeutica in una discussione multiprofessionale e il paziente viene poi seguito principalmente in day-hospital; le fasi successive possono (e nelle circostanze attuali si può dire: devono) essere seguite a domicilio; l'esplicito riferimento è alla gestione delle terapie orali o della tossicità medio-lieve, problematiche che attualmente vedono l'oncologo come unico punto di riferimento», ha dichiarato al proposito **Patrizia Racca**, Dirigente medico presso Azienda Ospedaliera Universitaria S. Giovanni Battista di Torino - Molinette.

L'infermiere di famiglia, dove presente, ha una funzione fondamentale nell'ambito della gestione del distretto, in quanto fornisce una combinazione armoniosa tra scienza e coscienza.

«Abbiamo anche creato un CAS del territorio, nel quale abbiamo coinvolto gli MMG e le associazioni e i volontari in modo da avere una responsabilizzazione condivisa riguardo alla presa in carico del paziente a questo livello; questa non può essere solo sanitaria, ma ha anche risvolti sociali», ha dichiarato **Arabella Fontana**, Direttrice generale ASL Novara.

L'esperienza delle cure palliative è un'esperienza di condivisione con il territorio, così come la gestione del follow-up è attualmente condivisa in modo efficace in questo ambito. Manca ancora la condivisione della fase terapeutica e capire quali attività e fasi possano essere svolte al di fuori dell'ospedale.

Un modello che può integrare la gestione di questa patologia così complessa potrebbe essere quello basato su "antenne territoriali", oncologi specialisti presenti sul territorio e distolti dalle attività ospedaliere. Altri modelli possibili sono realizzabili dove i medici del territorio sono aggregati, per cui all'interno dell'aggregazione ogni singolo medico si "specializza" in un'area di competenza ed è quel singolo medico che interagisce con l'ospedale e segue prevalentemente questi pazienti; questo modello è adottato soprattutto nel triveneto. Una terza modalità segue il processo di organizzazione dell'assistenza ospedaliera in Italia, con il modello Hub & Spoke. Quest'ultimo strumento è quello ad oggi praticato e perseguito e si avvale dei percorsi come elemento descrittivo del viaggio del paziente tra un centro e l'altro.



Prospettive e progetti

Il collegamento tra ospedale e territorio nella patologia oncologica, necessario visto il numero di pazienti coinvolti, che non sono gestibili a livello solo ospedaliero, necessita di un supporto informatico che consenta di scambiare informazioni, ma non unicamente con gli MMG, e di condividere il percorso del paziente. Questo è un requisito imprescindibile, per evitare che la condivisione sia attraverso il paziente o il colloquio telefonico, non sempre ottenibile e pratico.

La Rete Oncologica Piemonte-Valle d'Aosta negli anni ha organizzato alcuni incontri con i direttori di distretto e gli MMG per stimolare questa collaborazione.

L'oncologia richiede percorsi diagnostico-terapeutici, ma ha anche bisogno di un approccio organizzativo multidisciplinare, in quanto coinvolge valutazioni farmaco-economiche, prevede l'ingegnerizzazione di percorsi non solo dal punto di vista clinico e richiede competenze economiche, gestionali, di controllo dei processi e di innovazione tecnologica.

L'esperienza astigiana dell'oncologia attiva e delle cure palliative

Marcello Tucci, Direttore S.C. Oncologia, Ospedale Cardinal Massaia, Asti, ha condiviso l'esperienza che lo vede coinvolto: «Nel territorio astigiano abbiamo organizzato due aree: l'oncologia attiva e le cure palliative. Possiamo effettuare prenotazioni di esami e servizi direttamente da parte del medico che sta visitando il paziente in ospedale presso la casa della salute più vicina al suo domicilio e prendere visione degli esiti direttamente tramite il sistema informatico; possiamo discutere direttamente al telefono con il paziente gli esiti, senza il ricorso a una visita in presenza in ospedale. Questo è utile per i pazienti in terapia orale o nel monitoraggio di terapie endovenose».

Riguardo alle cure palliative, l'MMG è presente già per definizione e il palliativista è reperibile telefonicamente da parte dell'MMG che condivide l'atteggiamento terapeutico. Questa esperienza è positiva, anche se le sue potenzialità sono maggiori di quelle al momento sfruttate.

Il corso di formazione per gli MMG

Per rispettare le competenze specifiche e al contempo migliorare l'integrazione dei servizi, ormai da 10 anni nel corso di formazione per MMG è presente un intervento coordinato tra MMG ed esperti della rete; questo intervento

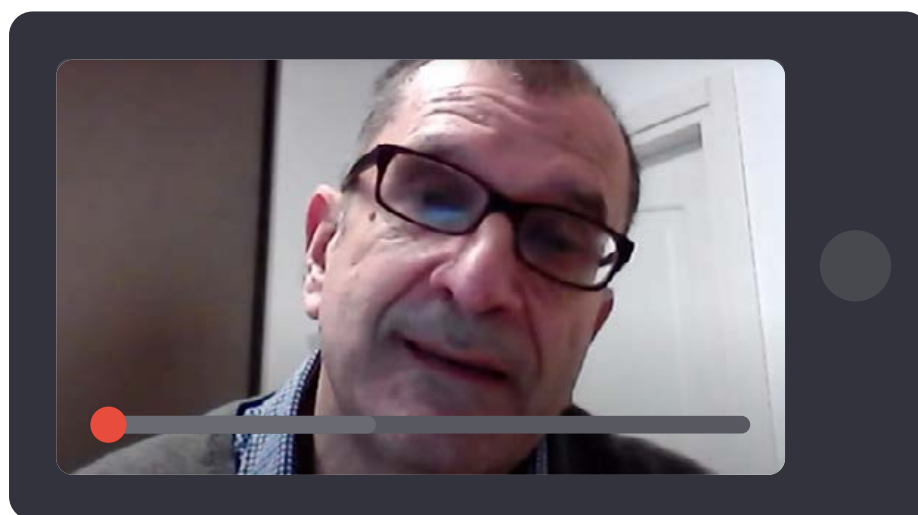
prevede sia un percorso riguardante la struttura della rete oncologica e la definizione dei ruoli dei partecipanti, quali Centri Accoglienza e Servizi (CAS) - Gruppi Interdisciplinari Cure (GIC), sia sei seminari dedicati ai tumori *big killer*.

«Il fatto di essere in una rete lo vediamo fin dal sospetto diagnostico, a seguito del quale l'MMG indirizza il paziente a un CAS con vantaggi indubbi sia per il paziente sia per lo stesso MMG. Cerchiamo anche di indagare i campi di interazione tra MMG e specialisti; questi possono consistere in una richiesta di collaborazione riguardante l'adesione agli screening, l'aderenza ai trattamenti o l'aiuto nella scelta del trattamento o nella gestione degli effetti indesiderati delle terapie», dichiara **Aldo Mosso**, MMG.

Il progetto “Covi a casa”

Per far fronte all'emergenza Covid, è stato previsto un medico di distretto che sia a disposizione sia dell'ospedale sia del territorio per collegarli e riuscire ad attivare le risorse a disposizione, come gli infermieri di famiglia, le cure domiciliari e quelle palliative; queste ultime spesso sono sotto-utilizzate in quanto non condivise in maniera adeguata.

L'emergenza Covid ha costretto a interpellare tutti i medici del territorio per comprendere come gestire il singolo paziente oncologico contagiato dal nuovo coronavirus. Da questa esperienza è nata la collaborazione sulla gestione a casa, con il progetto “Covi a casa” che adesso è la traccia del progetto regionale.



▶ CLICCA E GUARDA IL VIDEO

Rete oncologica piemontese e Covid-19

Dott. Francesco Ripa

Quali sono le criticità ancora da superare

Un primo punto fondamentale è che la reperibilità telefonica non dovrebbe però essere basata sull'amicizia, ma su un servizio strutturato.

«Il problema per gli MMG sono gli intralci burocratici; i medici sono spesso costretti a utilizzare piattaforme che non funzionano, con regolamenti che continuano a cambiare. Gli MMG hanno bisogno, tuttavia, di un riferimento, di un numero di telefono, di una persona che risponda alle loro domande, e per questo non può bastare una piattaforma informatica. I pazienti si possono, infatti, gestire a domicilio in presenza di una filiera strutturata e di regole chiare e definite a priori», ha dichiarato **Paola Varese**, Direttore SOC Medicina a indirizzo oncologico Ovada presso ASLAL Piemonte.

Le piattaforme informatiche dovrebbero, *in primis*, essere funzionali e, in secondo luogo, unificate, in modo da semplificare l'organizzazione. C'è bisogno, inoltre, di una cabina di regia almeno regionale, per evitare che ogni Azienda faccia i suoi bandi per la "sua" piattaforma informatica o la "sua" telemedicina, in quanto nel 2020 è una triste realtà che le TAC fatte da un ospedale non siano visibili da un altro; inoltre, per quanto riguarda la telemedicina, lo stesso paziente può essere in cura in aziende diverse e non è possibile richiederli lo sforzo tecnologico di utilizzare tutti questi strumenti per essere realmente preso in carico.

Sarebbe, quindi, necessario implementare appieno il fascicolo sanitario elettronico e fare in modo che questo sia il fulcro dell'integrazione.

È, peraltro, fondamentale dare un valore, anche economico, alle attività fatte su base informatica. A questo riguardo, la Regione Piemonte ha definito una tariffa di rimborso per le prestazioni di tele visita. Il teleconsulto, che è uno strumento fondamentale di integrazione tra ospedale e territorio, non ha invece ancora valorizzato un suo DRG.

In oncologia, si dovrebbe riproporre il modello già utilizzato per il diabete, dove il basso livello di complessità è gestito dall'MMG, un medio livello di complessità dallo specialista territoriale e l'alta complessità a livello ospedaliero. Serve, tuttavia, una linea organizzativa, che identifichi il luogo anche fisico dove questi interventi devono essere operativi, nelle case della salute piuttosto che negli studi medici

aggregati attraverso la figura di un referente; questa stessa struttura intermedia probabilmente dovrà essere declinata in modo diverso a seconda del territorio, in quanto un'aggregazione degli studi medici in un territorio isolato comporta l'allontanamento anche fisico della medicina dal paziente, problema che non si pone nelle città. Una struttura intermedia deve avere capacità preventiva, diagnostica e di terapia per i casi meno problematici. In queste strutture intermedie è possibile decentrare alcune terapie, così come tutto il follow-up.

Conclusioni

La rete oncologica in Piemonte conta 42 CAS con relativo personale (medico, infermiere, personale amministrativo, assistente sociale e psico-oncologo), che dimostrano di essere la struttura ideale per gestire questi percorsi di cura.

Ci sono, inoltre, 219 gruppi interdisciplinari di cura e relativi responsabili, che hanno il compito di applicare i PDTA per quanto riguarda la patologia di loro competenza, PDTA che quasi sempre comprendono anche le fasi territoriali, di follow-up e palliative.

Gli investimenti devono prevedere:

- domiciliarità, fornendo ai medici anche l'ausilio di infermieri e di strutture amministrative e telematiche che possano aiutare il medico nel suo lavoro;
- strutture intermedie;
- ospedale, in quanto l'allungamento dell'aspettativa di vita comporta anche un incremento non solo degli eventi cronici, ma anche di quelli acuti, per cui diventano comunque più frequenti gli episodi di malattia che hanno bisogno dell'intervento ospedaliero.



Regione PUGLIA

Attivare percorsi

specifici, misurabili,

attivabili, rilevanti

e che seguano i tempi



La Rete Oncologica Pugliese (ROP) è nata nel gennaio 2019, ma da allora già molte cose sono cambiate, non solo a livello organizzativo, ma anche nella pratica clinica. L'approccio multidisciplinare alle patologie oncologiche è la maggiore innovazione e l'individualismo e l'autoreferenzialità dei medici sono stati sostituiti con la condivisione e la multidisciplinarietà. Quanto sia importante la multidisciplinarietà è assodato in molti ambiti; per esempio, l'accesso ai servizi di onco-psicologia riduce l'accesso ai servizi di natura più prettamente clinica e comporta una riduzione della spesa sanitaria, perché si facilita la diversificazione e l'ottimizzazione del trattamento.

«Fare team è un mezzo, non un fine; il nostro fine deve essere fornire la migliore assistenza alla persona malata e il team di lavoro è funzionale per avere questo obiettivo», ha dichiarato **Pasquale Chiarelli**, segretario generale SIMM, presente all'incontro. In più, il paziente percepisce una maggior tutela della sua salute quando la scelta terapeutica viene proposta come condivisa da gruppi interdisciplinari di patologia (GIP), piuttosto che come proposta dal singolo specialista.

Occorre ricordare che per qualificare un centro e curare in maniera adeguata il paziente oncologico non basta considerare unicamente il numero dei pazienti trattati, ma è necessario sviluppare una filiera comprendente tutti gli elementi necessari per realizzare in modo adeguato il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale.



▶ CLICCA E GUARDA IL VIDEO

La rete oncologica della Puglia
Dott. Ettore Attolini

«Non basta integrarsi con il territorio, ma occorre considerarlo come soggetto attivo e propositivo, in grado di risolvere alcune delle criticità che sono state evidenziate; il modello, per quanto pensato e condiviso, ha bisogno di una continua manutenzione e di essere verificato e ri-orientato verso la soluzione dei bisogni della popolazione di riferimento», ha commentato **Vincenzo Gigantelli**, Direttore del Distretto Socio Sanitario n. 12 ASL BA.

Il territorio è il luogo di vita e lavoro della popolazione ed è caratterizzato dalla presenza diffusa degli MMG e dai distretti, luogo fisico all'interno del quale devono avvenire processi di contatto; sul territorio, per prossimità di cura, dovrebbero essere localizzati gli ambulatori e le strutture che possono costituire snodi utili alla rete. Al momento, però, la medicina del territorio è ancora poco attiva all'interno della rete oncologica regionale, in quanto il fascicolo sanitario non è attivo e i software gestionali non si interfacciano. Di conseguenza, il passaggio delle informazioni cliniche è difficoltoso, anche se questi dati potrebbero essere utili a scopo di archivio, verifica e ricerca. Un'infrastruttura tecnologica potrebbe servire anche a semplificare la vita del paziente, riducendo la quantità di materiale cartaceo consegnatogli per una condivisione con gli altri attori della filiera.

L'organizzazione della ROP

I Centri di Orientamento Oncologico (COro) sono la porta di ingresso al mondo dell'oncologia a fronte di una diagnosi o di un sospetto diagnostico; anche in questo periodo di pandemia sono stati l'unico strumento a disposizione di migliaia di pazienti oncologici e nella maggior parte dei casi hanno funzionato in maniera adeguata.

Il modello organizzativo utilizzato è quello Hub & Spoke; sono stati anche realizzati dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali per le cinque patologie tumorali *big killer* (colon, polmone, mammella, prostata e utero). I gruppi ristretti, che devono essere riattivati a breve, dovranno occuparsi anche delle altre patologie. Il Comitato etico unico e l'Alto Comitato per la ricerca sono fondamentali per rendere omogenea l'offerta scientifica e sperimentale su tutto il territorio regionale, non solo per verificare quali siano i centri che possono partecipare a determinate sperimentazioni, ma anche per consentire ai centri qualificati di applicare terapie alternative laddove le terapie convenzionali abbiano fallito.

Il ruolo del territorio dovrebbe essere definito dall'istituzione dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA), con la possibilità di ospitare anche i COro. In realtà non ci sono, però, PTA che offrano al loro interno un COro, in quanto in fase attuativa è stato deciso di istituire i COro solo all'interno dei centri ospedalieri; questa scelta consente di integrare maggiormente i servizi di diagnostica rispetto a una loro collocazione a livello territoriale, a scapito della prossimità al paziente. In generale, anche i servizi di prima accoglienza e assistenza oncologica sono poco rappresentati, sono solo due o tre in tutta la Regione; non sono neanche presenti specialisti che se ne possano fare carico e, quando previsti in sede di programmazione, la loro effettiva presenza e le ore di attività prestate sono scarse.

Sono stati, infine, istituiti i Molecular Tumor Board, fondamentali in un'ottica multidisciplinare per garantire la migliore opportunità di salute al paziente.

Prospettive e progetti

La cartella unica oncologica dovrebbe essere collegata a livello informatico con il PDTA, per far sì che sia semplificata la funzione di controllo.

«Si potrebbe creare all'interno di ogni distretto uno spazio non solo fisico dove garantire televisite e teleconsulti, sviluppati tramite piattaforme dedicate, come la piattaforma Dedalus già utilizzata, in quanto elemento fondamentale in grado di risolvere numerosi problemi, tracciare le attività e avere indicatori in grado di consentire di valutare l'efficacia degli interventi», ha proposto Gigantelli.

Riguardo al momento storico attuale, il paziente oncologico deve avere la priorità nell'accesso alla vaccinazione contro il Sars-CoV-2 e questa esigenza deve diventare una realtà, così come una rivalutazione di tutta la gestione della Covid in pazienti oncologici.

Quali sono le criticità ancora da superare

Non è stato verificato se davvero siano state rispettate le percentuali di casi discussi in team multidisciplinari come previsto dai PDTA, un'attività di monitoraggio che non richiede grandi investimenti. «Non siamo stati capaci di tro-

vare indicatori che siano in grado di rendere valutabile il nostro operato, da parte sia della società sia dei pazienti. Siamo stati abili e velocissimi a istituire la rete oncologica e a costituire i PDTA, ma meno veloci nel metterli in pratica e tramutarli in atti di organizzazione; ne è un esempio la latenza di un anno tra la produzione dei PDTA e la loro approvazione come delibere di giunta. Forse non è stato dato neanche un giusto peso a quanto scritto nei PDTA, che non sono un mero elenco di attività da svolgere di fronte a una malattia, ma rappresentano anche degli impegni precisi, che comportano responsabilità non solo da parte dei clinici coinvolti, ma anche di tutto il mondo sanitario», ha dichiarato **Antonio Delvino**, Direttore Generale Istituto Oncologico Bari. I PDTA devono anche essere contestualizzati ed è necessario coinvolgere i coordinatori all'interno delle singole ASL per identificare i problemi e trovare possibili soluzioni.

Non è ancora stato definito il ruolo dei direttori di dipartimento interaziendale di oncologia e questo comporta che non siano ancora diventati gli interlocutori privilegiati delle direzioni sanitarie riguardo alle problematiche dell'oncologia.

L'istituzione della ROP è stata definita a livello strategico e non è stata una richiesta partita dai singoli medici. È allora necessario comprendere come integrare all'interno della stessa ASL, come nel caso di Lecce, i COrO e i gruppi interdisciplinari di patologia (GIP). «Il collegamento è perfetto tra oncologia e COrO ma ci sono delle lacune con le altre unità operative», ha dichiarato **Silvana Leo**, Dirigente Medico, Presidio Ospedaliero Vito Fazzi, Lecce. Si perde traccia del paziente che arriva al COrO; per risolvere questo problema servirebbero una condivisione dei dati e una piattaforma informatica che supporti tutte le fasi, per riuscire poi a riportarlo nel territorio.

È fondamentale definire quali centri possano intervenire sulle diverse patologie, in quanto si continuano a vedere casi provenienti da cliniche private che continuano a lavorare pur non garantendo il volume prestazionale e i requisiti necessari per essere definiti Hub o Spoke. «Questo non è più accettabile se vogliamo essere credibili rispetto a quanto deliberato e la Direzione Generale, nel momento in cui rimodula gli accordi con le case di cura private, deve assolutamente intervenire riguardo a questo tema», ha commentato **Salvatore Pisconti**, Dirigente Medico Struttura Complessa di Oncologia Medica, ASL di Taranto.

Infine, al momento la rete si è focalizzata sui punti di accesso e sulla diagnosi e la terapia, ma non ha tenuto in con-

siderazione il problema della riabilitazione, neanche a livello di PDTA. Occorre, quindi, un ulteriore lavoro mirato su questo tema.

Conclusioni

«Uno degli obiettivi che dovrebbero avere i Direttori Generali è la verifica del funzionamento del sistema dei COrO e non solo del loro efficientamento, fondamentale per la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie», ha dichiarato **Gianmarco Surico**, Direttore Oncologia ed Ematologia, Ospedale Miulli, Acquaviva delle Fonti (BA).

È necessario lavorare in modo da far conoscere ai cittadini le opzioni a disposizione sul territorio, in modo da diminuire la mobilità sanitaria.



Regione TOSCANA

Sperimentare

percorsi integrati

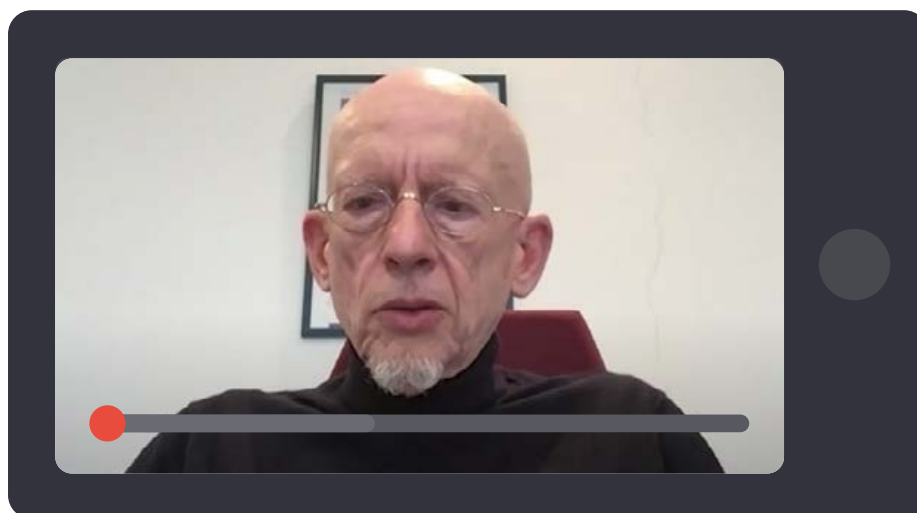


«Tre milioni e mezzo di casi prevalenti oncologici, la cronicizzazione della malattia tumorale e la necessità di rispondere ai bisogni sia sanitari sia sociali obbligano il Sistema Sanitario Regionale a ridisegnare l'organizzazione dei percorsi oncologici. Ad oggi, la domanda oncologica, estremamente complessa e articolata, non può fare riferimento solo alle strutture ospedaliere, ma è sempre più necessario lavorare per una forte integrazione tra ospedale e territorio, nell'ottica di allocare il paziente nella sede più idonea alla presa in carico dei suoi bisogni». Tramite questo messaggio, contenuto in una lettera di **Simone Bezzini**, Assessore al Diritto alla Salute e alla Sanità, è iniziato l'incontro organizzato per la Regione Toscana. Una lettera che già presenta i principali temi all'ordine del giorno.

L'organizzazione della Rete Oncologica Toscana

La Rete Oncologica Toscana ha il suo centro nell'Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO), che ha inglobato le funzioni dell'Istituto Toscano Tumori (ITT) e funziona anche come coordinamento operativo. La rete, a livello organizzativo, è caratterizzata da punti di accesso, chiamati CORD (Centro Oncologico di Riferimento Dipartimentale)/Accoglienza, punto di partenza dei PDTA, identici per ogni struttura oncologica della rete.

In caso di un sospetto diagnostico, l'MMG indirizza il paziente verso il CORD/Accoglienza dell'oncologia della Azienda Sanitaria o Azienda Ospedaliero-Universitaria di riferimento; è il CORD/Accoglienza che prende in carico il



▶ CLICCA E GUARDA IL VIDEO

La rete oncologica della Toscana
Prof. Gianni Amunni

paziente, prenota gli esami di inquadramento e la visita multidisciplinare oncologica, definisce il programma terapeutico con l'affidamento al medico di riferimento e fornisce, infine, l'eventuale collegamento con strutture di altre aziende per prestazioni non presenti in sede. Al momento della conferma della diagnosi, il paziente è preso in carico dall'oncologo di riferimento e il suo caso sarà discusso nel Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM).

Peraltro, la Regione Toscana ha molto lavorato sul tema della condivisione delle cure a livello territoriale e sulla sperimentazione organizzativa. Risale al 2009 il primo progetto di sanità di iniziativa ed è stata sempre la Toscana la prima Regione a realizzare le AFT e poi i moduli per aggregare i medici.

Durante l'emergenza Covid sono state anticipate alcune iniziative che possono essere prese a modello per il futuro, come la televisita, la domiciliazione dei farmaci e i controlli fuori dagli ospedali.

Prospettive e progetti

Durante l'emergenza Covid, la Regione Toscana ha compiuto due atti significativi: l'avvio di una sperimentazione di percorsi integrati e una delibera che definisce che i letti di cure intermedie possono e debbono, in specifiche condizioni, essere utilizzati anche da pazienti oncologici in specifici momenti del loro percorso.

Si dovrebbe avviare a brevissimo una sperimentazione, che coinvolgerà tre AFT, ognuna tra i 30 e i 50mila abitanti. Questa prevede oncologi territoriali (i cosiddetti recettori oncologici) che lavorano in continuità con l'MMG e le oncologie ospedaliere, con la possibilità di utilizzare setting assistenziali poco esplorati, come l'utilizzo di letti territoriali, quali quelli di cure intermedie e del domicilio protetto, l'accesso alle articolazioni del *Chronic Care Model* e l'utilizzo del domicilio come sede protetta per alcune attività sanitarie.

I follow-up saranno realizzati a livello territoriale, come parte della medicina di iniziativa, e con una forte integrazione tra medicina territoriale e ospedaliera, così come la riabilitazione, la psico-oncologia e il supporto nutrizionale. Sono state fatte esperienze di domiciliazione di alcuni trattamenti, basti pensare al tema della gestione e del monito-

raggio di alcuni trattamenti orali. Il fatto che singole USL avessero già realizzato percorsi di follow-up a livello territoriale, anche prima della pandemia, è di stimolo per la loro integrazione a livello regionale e la condivisione delle esperienze su base nazionale.

Questa sperimentazione è un vero e proprio studio di fattibilità per capire come riformare il percorso oncologico. L'infrastruttura informatica è fondamentale non solo e non tanto per la televisita, ma anche per il teleconsulto; l'MMG può e deve dialogare con gli specialisti territoriali e ospedalieri per velocizzare i tempi, grazie a strutture informatiche.

Quali sono le criticità ancora da superare

Per realizzare questo progetto sperimentale, è fondamentale disporre di una infrastruttura telematica che consenta di mettere in comunicazione l'oncologia ospedaliera e il territorio, in modo da realizzare una sinergia non solo tra gli operatori sanitari, ma che comprenda anche il mondo del volontariato e i *caregiver*. Gli stessi PDTA dovranno essere rivisti, al fine di identificare le parti del percorso che possono essere realizzate al meglio in ambito territoriale piuttosto che ospedaliero.

Il percorso post-Covid è un esempio della gestione del malato a livello ospedaliero e territoriale ed era stata ipotizzata una piattaforma di condivisione, anche se al momento non è stata ancora realizzata. Se oncologo e medico di famiglia non sono in grado di vedere tutto il percorso del paziente, gli esami prescritti ed effettuati dal paziente indipendentemente da chi li abbia prescritti, il percorso di condivisione diventa inutilmente faticoso. È importante che all'interno della piattaforma si possano trovare tutte le informazioni che spesso non sono presenti neanche nelle cartelle cliniche già esistenti, come i risultati di anatomia patologica e tutte le informazioni che in qualche modo guidano la scelta terapeutica. La cartella condivisa fornirebbe peraltro moltissime informazioni anche in altri ambiti e indicatori. A livello di infrastruttura telematica, gli MMG sono quasi a regime, in quanto possono essere in grado di interloquire tramite il gestionale con gli altri attori del sistema.

È, inoltre, necessario considerare che l'integrazione non è solo necessaria tra specialista ed MMG, ma anche tra specialisti di diverse discipline, in quanto nel momento in cui

viene trattato un paziente, questo potrebbe presentare problemi di pertinenza di altri specialisti.

Occorre definire le modalità con cui il percorso viene seguito, con il passaggio dall'ospedale al territorio; ospedali periferici possono consentire un'interazione più stretta con gli MMG; i letti di cure intermedie sono disponibili, ma non sono mai stati utilizzati con questo scopo; la collaborazione con le AFT sono già in corso, almeno riguardo alla formazione, ma è necessario declinare gli ambiti della sperimentazione sia verso gli MMG sia verso le AFT. All'interno delle AFT dovrebbe esserci un medico esperto nelle diverse patologie, tra cui uno in oncologia. La collaborazione potrebbe partire da questo punto di partenza. Tutto ciò deve essere compreso in un protocollo attuativo, che faccia funzionare percorsi spesso già esistenti.

Oltre al personale medico, è necessario personale infermieristico come facilitatore del percorso; inoltre, è da considerare lo slittamento dell'oncologia verso le terapie orali, con conseguente la necessità di aumentare e verificare l'aderenza.

Il rischio è che questo progetto si muova a due velocità, con realtà semplici, che riuniscono sia la parte ospedaliera sia quella territoriale all'interno della stessa azienda. Problematico sarà il coinvolgimento di aziende universitarie



e territorio, in quanto la prima non è in grado di governare quanto avviene in ambito territoriale, non potendo avere accesso ai dati delle prescrizioni; le prescrizioni, da parte di un oncologo che opera in una struttura universitaria, di una terapia orale e di una somministrata per infusione seguiranno due percorsi diversi; problema inverso, ma analogo, lo avranno le ASL. Il medico prescrittore dovrebbe avere una visione completa, indipendentemente dal budget a cui verranno allocate le prescrizioni.

La domiciliazione dei farmaci

Riguardo alla domiciliazione dei farmaci, temi fondamentali sono la tracciabilità, la farmacovigilanza, la gestione del rischio clinico, l'aderenza e le verifiche di appropriatezza.

«Occorre garantire la qualità dei medicinali somministrati, problema semplice per i farmaci somministrati per via sottocutanea e orale, ma più complessa per la via endovenosa; questi presentano una personalizzazione della dose che comporta la necessità di una diluizione effettuata in ambienti condizionati. L'industria può venire incontro su questo tema, proponendo formulazioni con dosi standard e variando eventualmente l'intervallo di somministrazione. La stabilità dopo la diluizione è un ulteriore problema, soprattutto se si volesse proporre la somministrazione endovenosa a domicilio, in quanto la diluizione potrebbe avere bisogno di dispositivi e attrezzature particolari; anche in questo caso occorre una collaborazione da parte dell'azienda per rivedere le informazioni presenti nell'RCP in modo da non costringere il farmacista a operare al di fuori dell'RCP stesso. L'ospedale di Careggi, durante i week end e per le soluzioni con stabilità inferiore alle 48 ore, fornisce ai reparti siringhe preriempite già predosate in relazione alle necessità del paziente, per cui basta ricostituire al momento. Favorire il *dose banding*, come ha richiesto l'NHS inglese, favorirebbe un'organizzazione domiciliare delle terapie. Questo nuovo modo di intendere l'oncologia, anche dal punto di vista della farmaceutica, potrebbe portare moltissimi vantaggi (standardizzazione delle dosi, dei protocolli, utilizzo di una nomenclatura identica per i protocolli, ecc.)», ha commentato **Michele Cecchi**, Direttore della Farmacia dell'Ospedale Careggi, Firenze.

Al momento esistono limiti per una distribuzione dei farmaci sul territorio, in quanto spesso sono farmaci a esclusivo uso ospedaliero, anche se la classe SSN H (da utilizzare in strutture ospedaliere o assimilabili) potrebbe in alcuni casi consentire il loro utilizzo in strutture definite allo scopo.

La somministrazione dei farmaci a domicilio dovrebbe rientrare tra le ultime fasi della sperimentazione; ma anche la somministrazione dei farmaci per via endovenosa potrebbe essere realizzata con una migliore collaborazione e questo potrebbe essere considerato un obiettivo a lungo termine e uno sprone.

Conclusioni

«Il messaggio fondamentale per il paziente è che il percorso oncologico è unico, pur svolgendosi in più setting assistenziali, con una presa in carico unitaria da parte di diversi attori che condividono lo stesso obiettivo di cura», ha dichiarato Amunni. Per la sua realizzazione è fondamentale la responsabilizzazione di tutti gli attori, così come il lavoro di squadra.

La Regione Toscana, che si avvia a eseguire una sperimentazione con criteri rigidi per valutare la fattibilità di un nuovo modello, appare più avanti rispetto ad altre regioni in questo campo. La sperimentazione toscana trova un adeguato contenitore nel progetto SMARTCare, che ha la caratteristica di raccogliere esperienze a livello nazionale, per cercare di lavorare nell'ottica della maggiore omogeneità possibile. PERIPLO e SIMM sono validi riferimenti per questo tipo di attività.

«Accanto all'appropriatezza clinica ed economica, deve essere presente un'appropriatezza organizzativa che consenta di collocare nel posto più giusto e più efficace, oltre che più efficiente, il paziente, in relazione al suo bisogno», ha concluso Amunni.



Regione UMBRIA

**Gli ambulatori di oncologia
e l'organizzazione in
un territorio decentrato**



«Nel campo oncologico, e in generale in sanità, non si dovrebbe lavorare a silos ma con l'unico obiettivo che è l'interesse del paziente e della sua famiglia». Con queste parole ha iniziato i lavori del webinar del progetto SMARTCare Umbria **Fausto Roila**, Coordinatore Rete oncologica regionale dell'Umbria.

L'organizzazione della Rete Oncologica Umbra

La Rete Oncologica dell'Umbria è una rete storica, istituita nel 2008; la sua natura consolidata comporta, però, anche la necessità di ripartire e ri-armonizzare tutte le attività e situazioni che sono già operative, come il sistema informatico. L'integrazione ospedale-territorio è stata contestuale all'implementazione della rete, in quanto la rete stessa si basa sulla piena integrazione di tutti i livelli di assistenza. «Abbiamo avuto il riconoscimento degli ambulatori di oncologia, anche se è stata loro negata la possibilità di utilizzare la dicitura di "Rete Oncologica Regionale" e non se ne capisce il motivo», ha dichiarato al riguardo **Maurizio Tonato**, Coordinatore della rete Oncologica Regionale dell'Umbria

Caratteristica della rete è che i centri Spoke non sono considerati inferiori in termini di qualità dei servizi e sono punti di ingresso della rete oncologica, anche se la popolazione e gli MMG spesso non ne sono coscienti.

A livello organizzativo, la rete utilizza il *Chronic Care Model*; questo modello presuppone che la durata della vita e la sua qualità siano correlati alla presenza o meno di malattie croniche non trasmissibili; tra queste patologie rientrano i



▶ CLICCA E GUARDA IL VIDEO

La rete oncologica dell'Umbria
Dott. Fausto Roila

tumori. Pertanto se questo modello inizialmente era nato per patologie croniche più “semplici”, come ipertensione o diabete, l’evoluzione del modello prevede il trattamento di patologie sempre più complesse, come appunto quelle oncologiche. Per monitorare il processo sono, però, necessari numerosi dati epidemiologici, informatizzati per consentire una valutazione di processi, di output e di outcome, in modo da garantire a priori gli standard desiderati.

Bisogna anche considerare che, nell’ambito di una rete, è fondamentale la condivisione delle informazioni dei pazienti e il fatto che il fascicolo sanitario non sia ancora attivo nella pratica è un limite, ma potrebbe essere considerato anche un’opportunità, dal momento che potrebbe essere implementato in maniera completa, in quanto viene considerato necessario al fine di avere una corretta gestione del paziente anche in questo ambito.

Prospettive e progetti

Il nodo fondamentale nella progettualità è definire quali servizi delocalizzare sul territorio e quali medici coinvolgere. L’approccio che sembra più semplice è decentralizzare i controlli di follow-up, ma anche questo richiede *expertise* da parte degli MMG, i quali devono essere in grado di riconoscere gli indicatori che rendono necessario un nuovo coinvolgimento del centro Hub o Spoke.

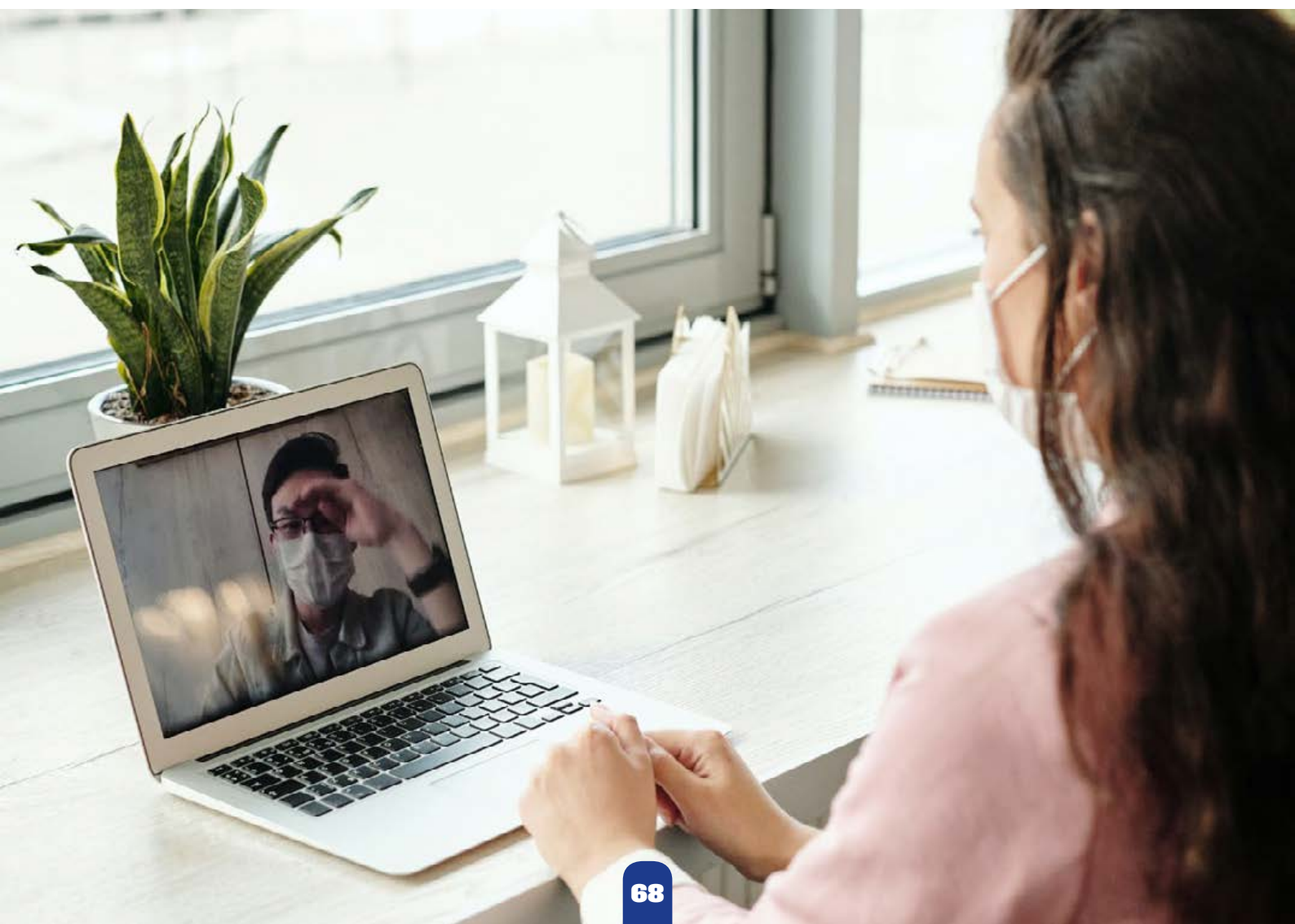
«Ad Arezzo, già 3-4 anni fa, per un gruppo di otto patologie principali era stato stabilito un percorso di follow-up e di esami suggeriti sia per la parte specialistica ospedaliera, sia come protocollo condiviso con gli MMG. Questi, infatti, hanno bisogno di concordare con gli oncologi il percorso da seguire e, soprattutto, concordare un percorso privilegiato di ri-presa in carico dell’assistito nel momento in cui l’MMG abbia dei dubbi nella gestione del paziente», ha dichiarato **Sergio Bracarda**, Direttore della Struttura complessa di Oncologia Medica Traslazionale, Azienda Ospedaliera di Terni.

Questo approccio è fondamentale per stemperare l’ansia dell’MMG; favorisce, inoltre, il consenso a una gestione territoriale della malattia da parte del paziente, anche se non si tratta di un vero e proprio consenso informato; la condivisione della cura e il passaggio all’MMG prende, infatti, la forma di una lettera all’MMG da parte dello specialista.

Riguardo al coinvolgimento degli MMG o di specialisti oncologi, dobbiamo considerare che non solo aumenta la preva-

lenza del paziente oncologico, ma anche la sua complessità, per l'età sempre più avanzata, la presenza di comorbidità e le terapie sempre più complesse. La gestione della tossicità o del dolore è differente se la prospettiva di vita aumenta. Dal punto di vista clinico, è necessario considerare che il follow-up non specialistico deve soprattutto prevedere un monitoraggio sui secondi tumori. Infine, a fronte del continuo aumento della complessità dei casi, è necessario alzare i livelli di prestazione effettuati in ambito territoriale.

«Pazienti sottoposti a immunoterapia da anni, con comorbidità, di età avanzata e con sintomi che richiedono un approccio integrato e complesso non possono essere gestiti dall'MMG, ma possono essere efficacemente seguiti sul territorio da medici oncologi che operano non solo all'interno dell'ospedale, ma anche a domicilio; a l'Aquila era stato realizzato un progetto con queste caratteristiche, l'occupazione del reparto di oncologia era dell'80% prima della conclusione del progetto nel 2015 ed è del 120% ora», ha spiegato **Giam-piero Porzio**, Università dell'Aquila e per 10 anni gestore di un servizio di oncologia domiciliare. «La gestione dei sintomi e delle tossicità portate al di fuori di un ambito specialistico a mio parere non è fattibile a causa della complessità connessa alle terapie attualmente a disposizione dell'oncologo».



La realizzazione di un servizio di oncologia domiciliare è più facilmente realizzabile in piccoli centri, con un unico ospedale, un territorio compatto e aree periferiche, come potrebbero essere Terni, Arezzo o Perugia. Già in una città come Firenze ciò sarebbe più complesso, perché ci sono più reparti di oncologia. Di conseguenza, occorre modulare gli interventi a seconda del territorio; in una realtà metropolitana potrebbe essere già difficile spostare i follow-up, in cittadine più piccole è possibile ragionevolmente pensare di spostare sul territorio la gestione di sintomi, tossicità e anche alcune terapie. Sono state, infatti, presentate al congresso dell'American Society of Clinical Oncology (ASCO) due esperienze delle Università dello Utah e della Pennsylvania che hanno dimostrato come nel corso del tempo si possa arrivare a somministrare a domicilio terapie a livello di complessità non elevato. La terapia domiciliare, infatti, normalmente è preferita dal paziente rispetto a quella ospedaliera, soprattutto a fronte di problematiche familiari e sociali che richiedono questo approccio. L'oncologia territoriale non è, infatti, di secondo livello rispetto a quella ospedaliera; alcune attività possono essere addirittura svolte in modo migliore fuori dall'ospedale e questa eccellenza va valorizzata.

La riabilitazione oncologica, la psico-oncologia e il supporto nutrizionale sono attività che potrebbero essere decentrate rispetto all'ospedale, in modo da liberare l'ospedale stesso e consentirgli di svolgere meglio le funzioni che hanno bisogno di alti livelli di specializzazione su specifici fattori.

«Una sperimentazione che potrebbe avviarsi in tempi brevi potrebbe sfruttare una rivisitazione delle case della salute e coinvolgere gli MMG in collegamento forte con gli specialisti; ha senso partire da una sperimentazione per iniziare a coinvolgere i volontari e valutare eventuali problemi e criticità», ha dichiarato **Paola Casucci**, dirigente della direzione salute della regione Umbria.

Quali sono le criticità ancora da superare

Il centro oncologico deve essere il centro di riferimento, ma la fase della gestione terapeutica è relativamente breve all'interno del percorso. Finora l'interesse principale è stato garantire la qualità dei pochi e intensi momenti ospedalieri, ma è fondamentale garantire gli stessi standard qualitativi nei lunghi periodi domiciliari.

Occorre, di conseguenza, stabilire e definire all'interno dell'organizzazione delle cure intermedie i confini entro cui ognuno deve operare, con la consapevolezza di avere una strada preferenziale per un eventuale rientro in ospedale. Occorre identificare sempre quale sia il setting più adeguato in relazione al singolo paziente, in quello specifico momento. Questo comporta la necessità di intercettare in un percorso continuo le necessità e i bisogni del paziente e soddisfarli al meglio, con un migliore utilizzo delle risorse e il miglior setting assistenziale. La realizzazione di quanto detto non è, però, facilmente realizzabile, in quanto richiede un coinvolgimento multidisciplinare e il superamento di difficoltà di tipo organizzativo e normativo. I nodi di una rete assistenziale non possono essere altri che le strutture specialistiche ospedaliere.

È necessario allocare in modo più efficace ed efficiente le risorse economiche e, quindi, rimodulare l'approccio alla patologia, con la consapevolezza che il paziente oncologico presenta anche altre fragilità. Spesso vengono eseguiti pratiche o esami diagnostici poco utili o duplicati; basti pensare che la Regione Umbria, fino a qualche anno fa, spendeva circa 2 milioni di euro l'anno per i marker tumorali. È necessaria una razionalizzazione degli interventi, che comporterebbe grossi risparmi a livello del Servizio Sanitario.

La gestione degli effetti collaterali e delle tossicità rare dell'immunoterapia è patrimonio dello specialista e non è pensabile demandare quest'attività ad altri, ragion per cui è necessaria una struttura flessibile per riuscire a garantire livelli adeguati di assistenza ai malati. È fondamentale la presenza di oncologi anche a livello territoriale.

Non bisogna sottovalutare i letti di cure intermedie; in Toscana è stato deliberato di poter utilizzare questi letti anche per i pazienti oncologici, ma in generale si incontra molta resistenza al riguardo.

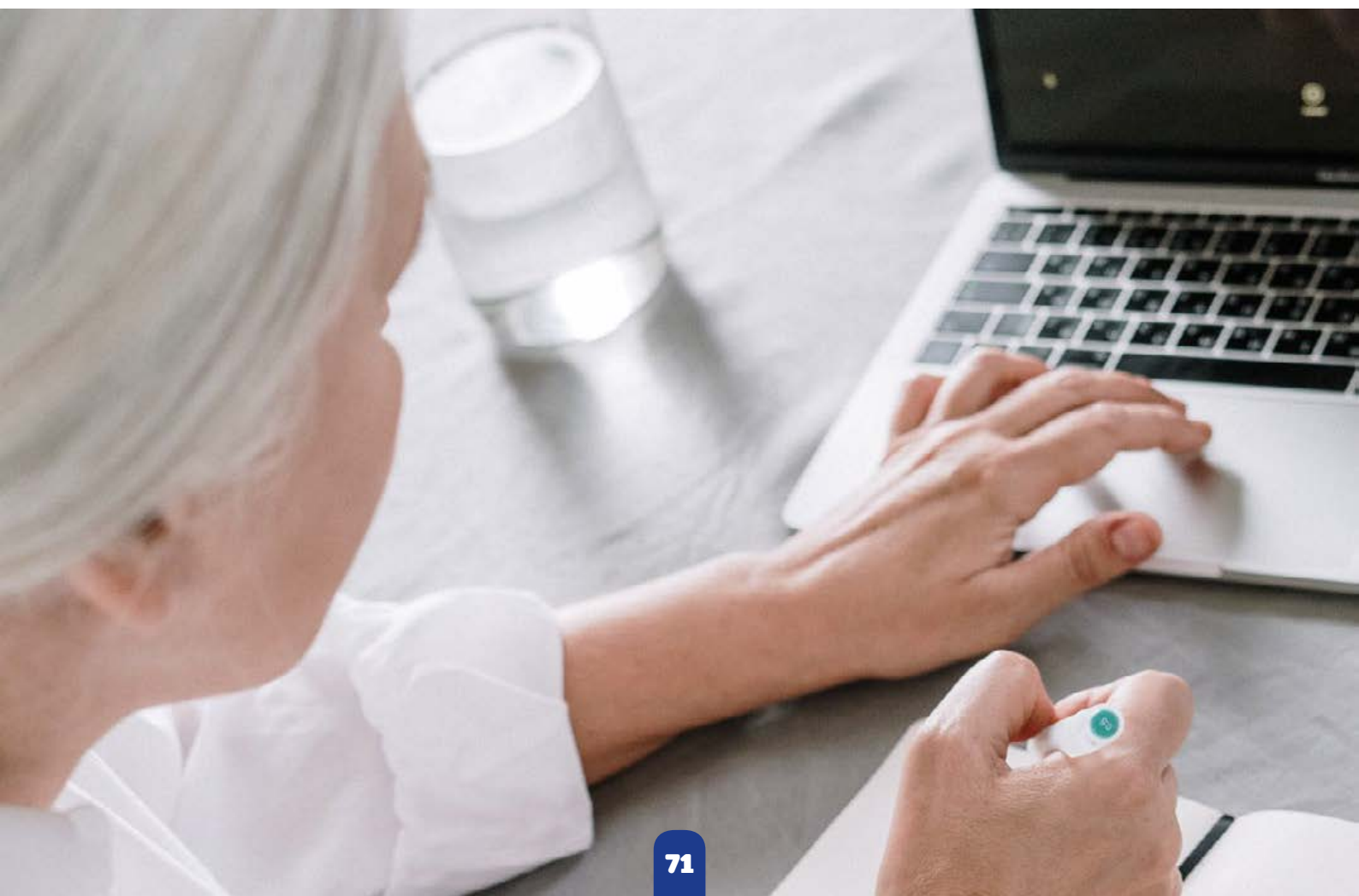
È chiaro che tutto ciò non può essere realizzato a parità di risorse rispetto ai servizi attualmente forniti, sono necessari investimenti in termini sia di servizi tecnologici (per la creazione di una rete che consenta la condivisione dei processi e degli esami diagnostici), sia, soprattutto, di risorse umane da dedicare. Queste stesse risorse potrebbero, forse, essere recuperate, almeno in parte, attraverso la diminuzione dell'utilizzo di risorse ospedaliere; la stessa attività, quando svolta in ambito ospedaliero, spesso risulta più costosa rispetto a quella effettuata in ambito territoriale, anche solo se si considerano i costi sociali connessi agli spostamenti del paziente, che coinvolgono i familiari.

Riguardo agli aggiornamenti normativi necessari, bisogna considerare che attualmente solo lo specialista può prescrivere alcuni esami diagnostici o determinate visite specialistiche; un'eventuale delocalizzazione sul territorio chiaramente comporta la revisione di queste limitazioni, in quanto l'MMG potrebbe trovarsi, anche volendo collaborare alla gestione del paziente, nella condizione di non poter operare.

Conclusioni

Il piano sanitario presentato in giunta regionale presenta come nodo centrale l'integrazione tra medicina ospedaliera e del territorio. Bisogna, inoltre, considerare il ruolo importante nel follow-up dell'identificazione dei secondi tumori, così come la tossicità a lungo termine e la riabilitazione. Sono necessarie competenze superiori a quelle del singolo oncologo per gestire questi problemi, e un'equipe multidisciplinare, anche territoriale potrebbe essere un obiettivo perseguibile sia dal punto di vista pratico sia in quanto obiettivo di salute per il paziente.

L'Umbria potrebbe essere un vero e proprio centro di sperimentazione, grazie alle sue caratteristiche geografiche, alla sua attuale organizzazione e alla possibilità di modulare il progetto nel corso del tempo.



PHARMASTAR

www.pharmastar.it

Registrazione al Tribunale di Milano

n° 516 del 6 settembre 2007

EDITORE

MedicalStar

Via San Gregorio, 12 - 20124 Milano

info@medicalstar.it - www.medicalstar.it

AVVERTENZE PER I LETTORI

Nessuna parte di questa pubblicazione può essere copiata o riprodotta anche parzialmente senza l'autorizzazione dell'Editore.

L'Editore declina ogni responsabilità derivanti da errori od omissioni in merito a dosaggio o impiego di medicinali o dispositivi medici eventualmente citati negli articoli e invita il lettore a controllare personalmente l'esattezza delle informazioni, facendo riferimento alla bibliografia relativa.

DIRETTORE RESPONSABILE

Danilo Magliano

PROGETTO E GRAFICA

Francesca Bezzan - www.franbe.it

HANNO REALIZZATO LO SPECIALE



Paola Liverani

testi e coordinamento editoriale



Alessandra Terzaghi

video ed editing



Elisa Spelta

video

Progetto supportato da un educational grant non condizionante di:



PHARMASTAR★

il Giornale online sui Farmaci

WWW.PHARMASTAR.IT