

# iQUADERNI

SUPPLEMENTO  
ALLA RIVISTA  
SEMESTRALE  
MONITOR • 2022

## L'ONCOLOGIA DI PROSSIMITÀ: ESPERIENZE A CONFRONTO



**Sant'Anna**  
Scuola Universitaria Superiore Pisa



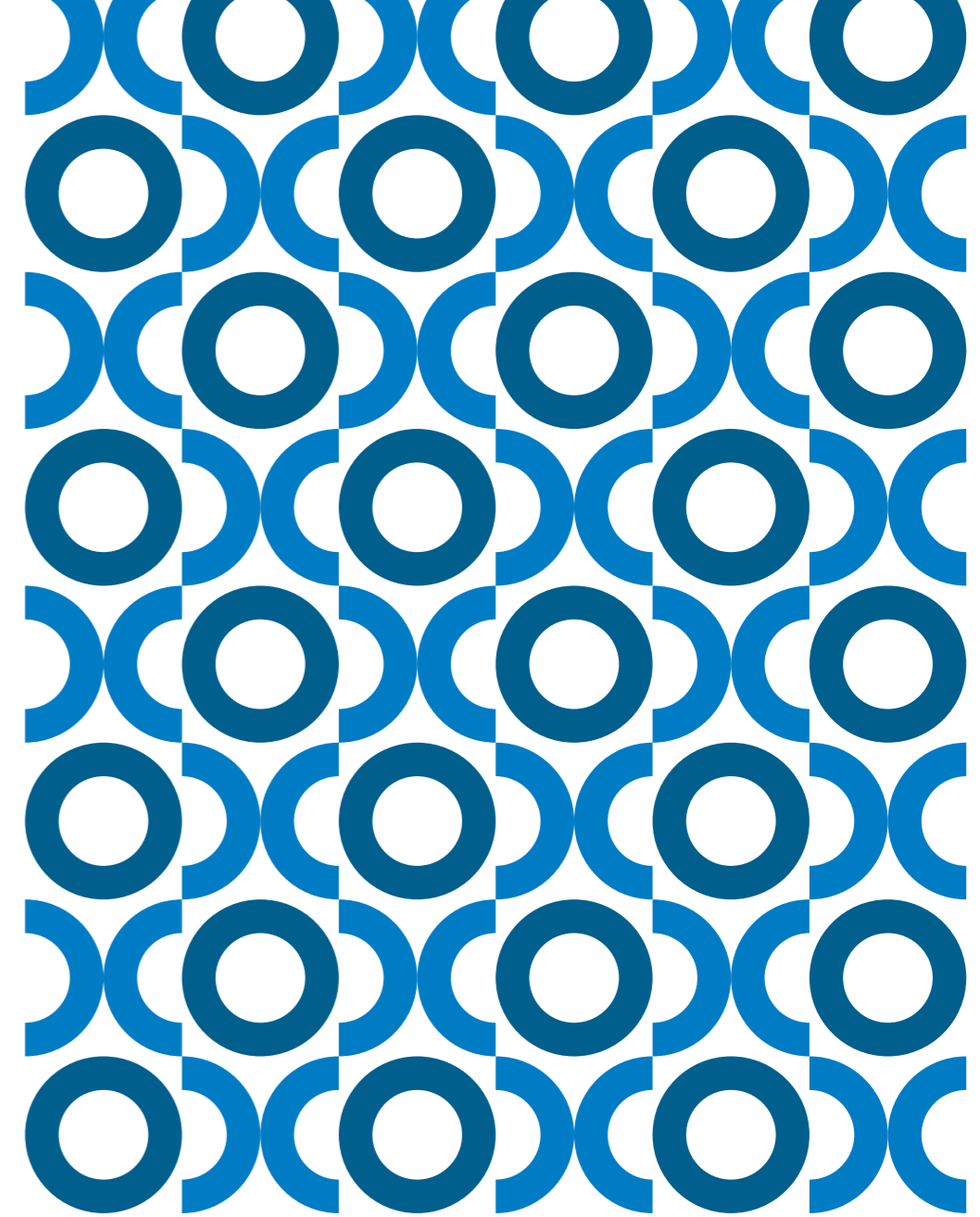
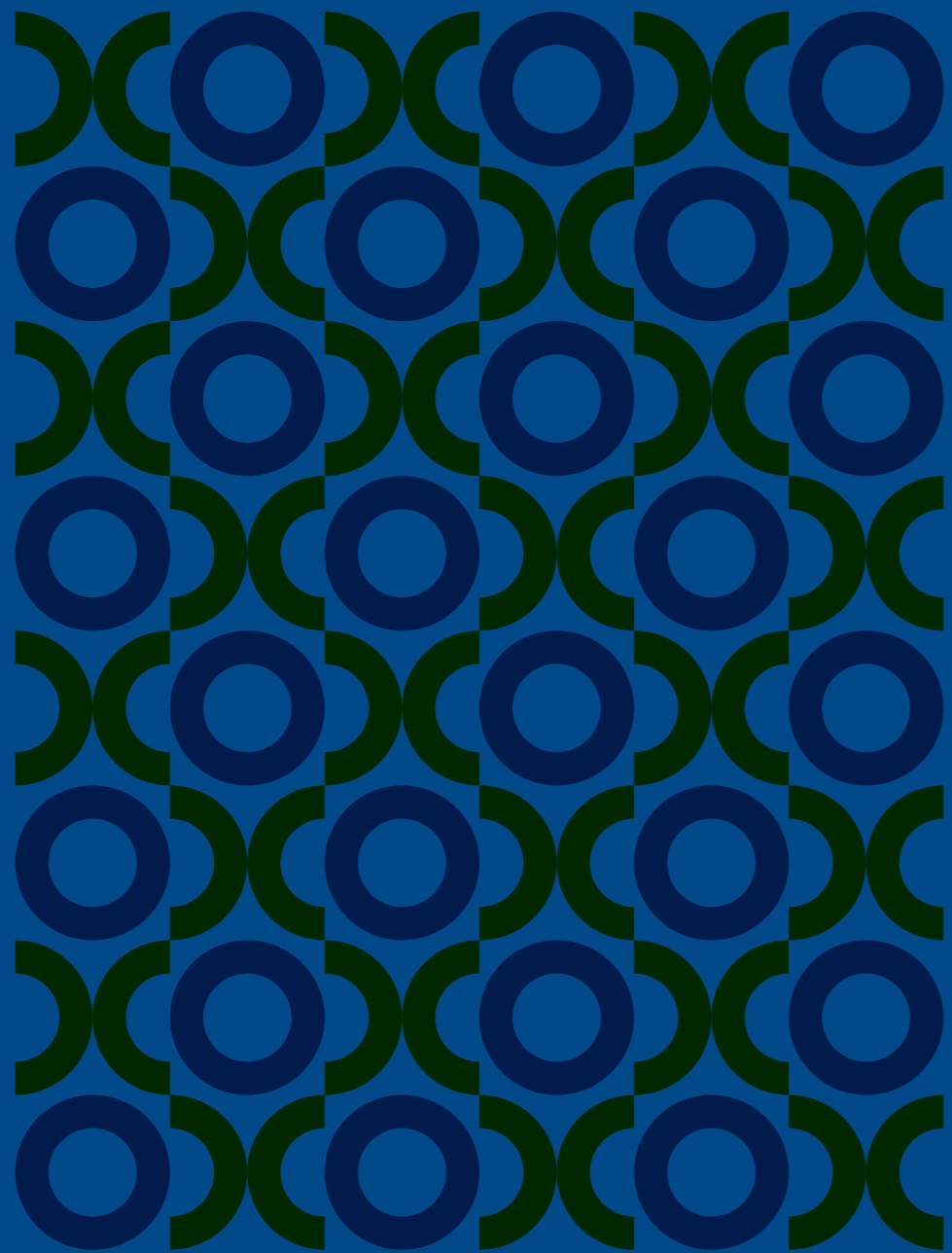
**SDA Bocconi**  
School of Management



**Università  
Bocconi**  
CERGAS  
Centre for Research on Health  
and Social Care Management



**AGENZIA NAZIONALE PER  
I SERVIZI SANITARI REGIONALI**



**L'ONCOLOGIA  
DI PROSSIMITÀ:  
ESPERIENZE  
A CONFRONTO**

monitor

# INDICE

<b>INTRODUZIONE</b>	<b>7</b>
<b>METODOLOGIA E SELEZIONE DEI CASI</b>	<b>11</b>
<b>ANALISI DEI CASI STUDIO</b>	<b>15</b>
Il caso della Casa della Salute di Bettola	17
Il caso della Casa della Salute di Forlimpopoli	20
Il caso della Sperimentazione di Regione Toscana	22
<b>FATTORI ABILITANTI E NODI DI CRITICITÀ EMERSI DALL'ANALISI DEI TRE CASI</b>	<b>29</b>
Servizi e setting	31
Le risorse umane	31
Governance: collaborazione e multidisciplinarietà	32
Ricerca e Innovazione	32
Processo di implementazione	32
<b>CONCLUSIONI</b>	<b>35</b>

## Quaderno di Monitor 2022

Supplemento  
alla rivista semestrale Monitor

**Proprietario ed Editore**  
AGENAS - Agenzia nazionale  
per i servizi sanitari regionali

**Direttore Editoriale**  
Domenico Mantoan

**Direttore Responsabile**  
Massimiliano Abbruzzese

**Segreteria di Redazione**  
Eugenia Bignardelli

Sede centrale: Via Piemonte, 60  
Sede legale: Via Puglie, 23  
00187 Roma  
tel: 06 42749700  
comunicazione@agenas.it  
www.agenas.gov.it

Progetto grafico  
e impaginazione  
Mediawork srl  
Agenzia di comunicazione

Stampa  
Arti Grafiche Cardamone srl

Registrazione  
presso il Tribunale di Roma  
n° 124 del 13.11.2020

Finito di stampare  
nel mese di novembre 2022  
Codice ISSN 2282-5975

**agenas** AGENZIA NAZIONALE PER  
I SERVIZI SANITARI REGIONALI

AGENAS - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali  
Direttore Generale: Domenico Mantoan  
Gruppo di Lavoro: Manuela Tamburo De Bella

Laboratorio Management e Sanità, Istituto di Management - Embeds, Scuola Superiore Sant'Anna Pisa  
Responsabile scientifico: Francesca Ferrè  
Gruppo di lavoro: Maria Francesca Furmenti.

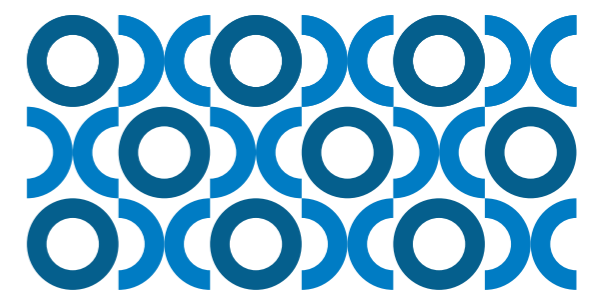
CeRGAS (Centre for Research on Health and Social Care Management) - SDA Bocconi School of Management  
Responsabile scientifico: Giovanni Fattore  
Gruppo di lavoro: Michela Bobini, Francesca Meda.

Si ringrazia:  
Luigi Cavanna (AUSL Piacenza), Mattia Altini (AUSL Romagna), Gianni Amunni (Rete Oncologica Toscana), Tommaso Tanini (ISPRO), Marco Perna (Medico Oncologo AV Centro), Andrea Marini (Medico Oncologo AV Nord Ovest), Cristina Banchi (Infermiera AV Centro) per la preziosa collaborazione nella raccolta dati e sintesi dei casi.

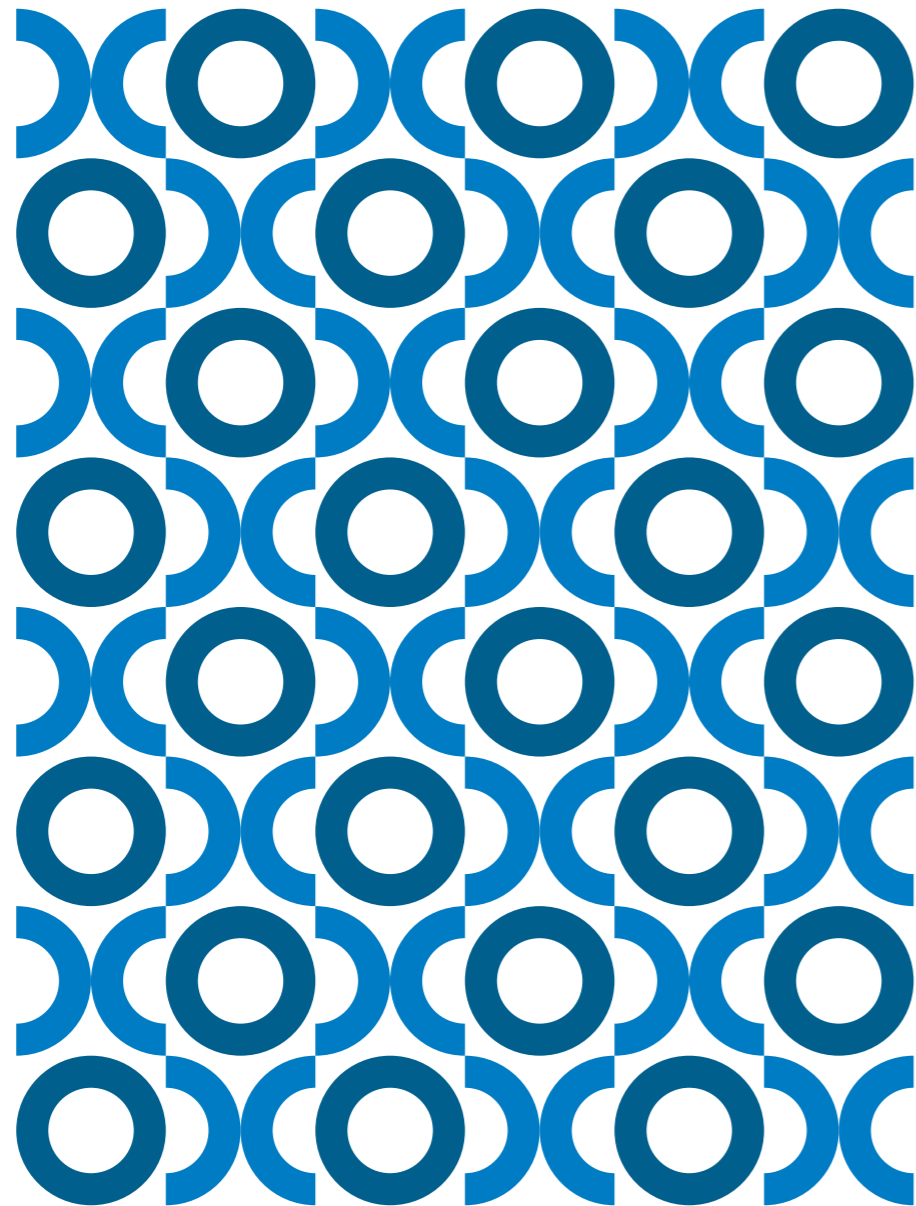


## INTRODUZIONE





## Introduzione



Il Report dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) stima la presenza in Italia di oltre 3,6 milioni di malati oncologici (circa 6% della popolazione), con circa mille nuovi casi ogni giorno. Circa due terzi di queste persone sono vive a cinque anni dalla diagnosi<sup>1</sup>. La popolazione oncologica è caratterizzata da un'estrema eterogeneità di bisogni, perché composta da soggetti in fase diagnostica, di terapia attiva o in follow-up. Le necessità di un paziente oncologico si possono infatti collocare all'interno di uno spettro molto ampio, che comprende sia i bisogni di alta specializzazione (*Molecular Tumor Board*) sia quelli di bassa intensità assistenziale, fino ad esigenze che sono di natura più sociale che sanitaria; di conseguenza, le risorse del sistema sanitario sono assorbite in misura differente in relazione alle necessità socio-sanitarie dei soggetti.

Negli ultimi decenni, le innovazioni diagnostiche e terapeutiche hanno contribuito ad un aumento della sopravvivenza dei malati oncologici, determinando cambiamenti nei modelli di presa in carico a favore di una maggiore diffusione sul territorio delle attività di follow up e terapie di mantenimento. L'aumentata sopravvivenza porta ad una fase di cronicizzazione della malattia con necessità di terapie, controlli, esami clinici ripetuti nel tempo, spesso per tutta la durata della vita<sup>2</sup>. La possibilità di controllare per lunghi periodi la malattia produce naturalmente un aumento nel ricorso ai servizi assistenziali, anche di bassa complessità, per il mantenimento e miglioramento dell'aspettativa e della qualità di vita. Questi servizi sono rivolti, sempre più spesso, ad una popolazione anziana, fragile e pluripatologica. L'evidenza dell'invecchiamento dei pazienti cronici va correlata con la geografia emergente della distribuzione della popolazione: nelle aree interne prevalgono gli anziani, mentre i giovani tendono a spostarsi nelle aree urbane. La distanza dal luogo di cura e i disagi legati al viaggio per raggiungere le strutture d'offerta (*travel burden*) sono tra gli elementi che possono influenzare negativamente l'accesso, l'aderenza alle cure e di conseguenza la qualità della vita e la sopravvivenza dei pazienti. Sono ancora tanti gli ostacoli che

deve affrontare un malato di tumore: ostacoli di natura economica, sanitaria, sociale, psicologica e anche familiare, che spesso si acquisiscono per i residenti nelle aree interne e quindi più decentrate. Anche per i pazienti cronici, la prossimità delle cure risulta sempre più determinante nel garantire migliori *outcome* e qualità di vita sia ai pazienti che ai propri *caregiver*, nonché per garantire una sanità più equa e sostenibile.

In questo scenario, risulta naturale un decentramento sul territorio della presa in carico dei pazienti oncologici, in alcune fasi della malattia, nonché un potenziamento dei servizi territoriali per la promozione di stili di vita e il rafforzamento dei programmi di prevenzione. Anche l'emergenza sanitaria ha messo in evidenza la necessità e le opportunità di investire sul territorio poiché rappresenta un punto di snodo essenziale per il paziente oncologico, come lo è attualmente l'ospedale. In questa ottica diventa centrale ridisegnare il percorso e la presa in carico del paziente oncologico, a partire da una piena integrazione tra servizi e competenze dell'ospedale e del territorio - anche con l'ausilio della telemedicina e delle nuove tecnologie.

In questo quadro, occorre lavorare per cogliere l'opportunità delle risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per investire verso nuovi modelli assistenziali che siano coerenti con i mutamenti dei bisogni e che rendano il sistema sanitario maggiormente sostenibile. Al centro degli investimenti previsti nella Missione 6 "Salute" del PNRR sono previste azioni per potenziare i servizi territoriali quali punti di risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale per la popolazione di riferimento con l'introduzione, tra l'altro, delle Case della Comunità (CDC), il potenziamento dell'assistenza domiciliare e della telemedicina.

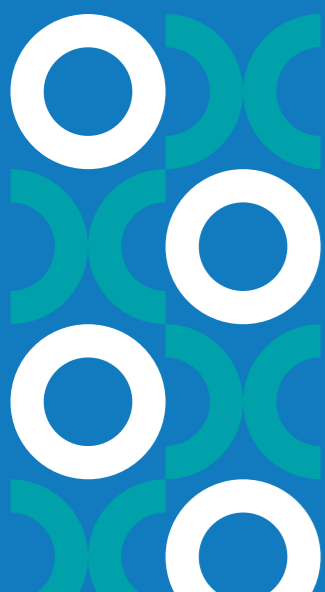
Il presente lavoro si pone l'obiettivo di descrivere e sintetizzare alcuni esempi che stanno emergendo nel contesto nazionale di disegno e implementazione di modelli organizzativi innovativi per l'oncologia diffusa, approfondendo l'aspetto della cronicità inteso come momento non acuto della malattia.

<sup>1</sup> [https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2021/10/2021\\_NumeriCancro\\_web.pdf](https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2021/10/2021_NumeriCancro_web.pdf)

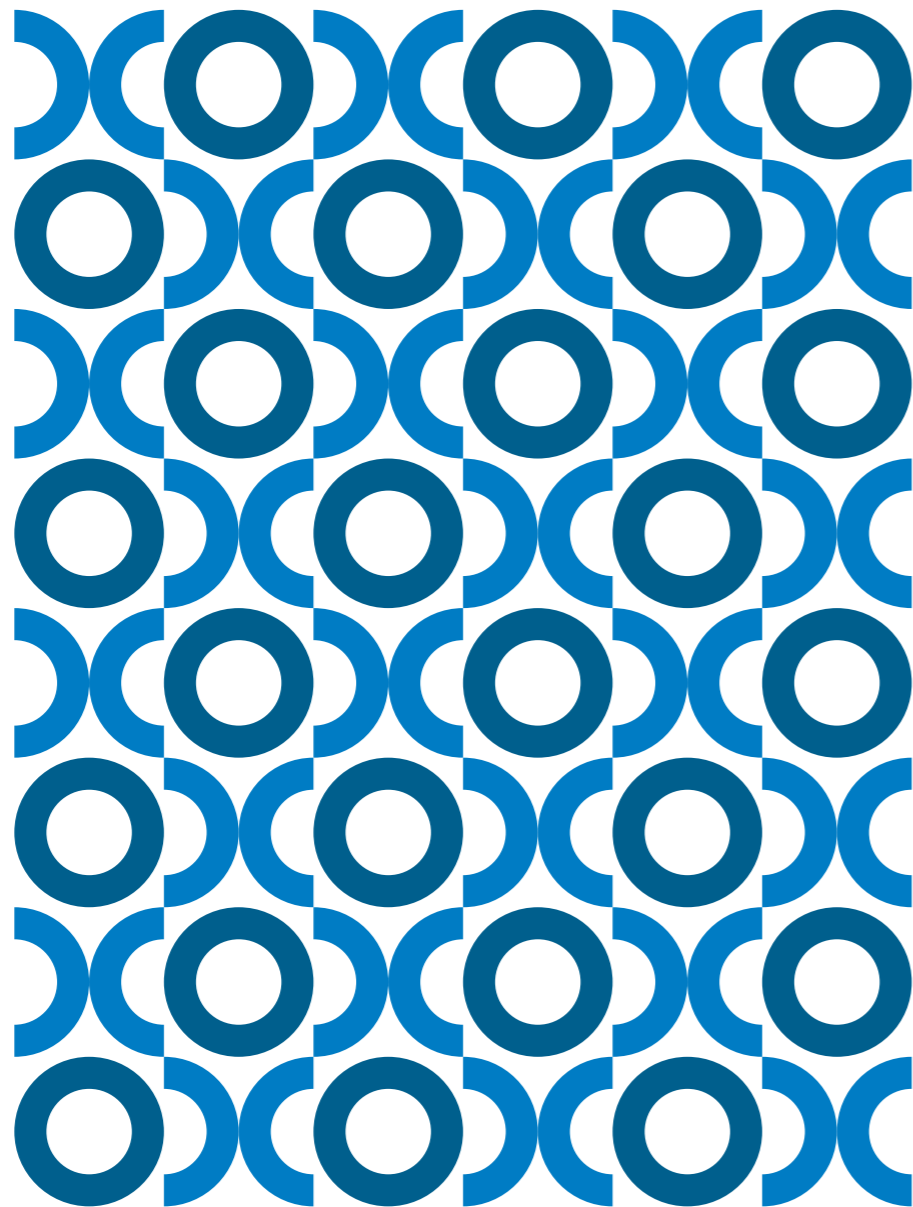
<sup>2</sup> Cavanna, L., Citterio, C., Di Nunzio, C., Zaffignani, E., Cremona, G., Vecchia, S., ... & Artioli, F. (2021). Le cure oncologiche ed ematologiche sul territorio secondo il modello dell'ASL di Piacenza. *Rendiconto di 4 anni consecutivi. Recenti Progressi in Medicina*, 112(12), 785-791.



# METODOLOGIA E SELEZIONE DEI CASI



## Metodologia e selezione dei casi



Per evidenziare i tratti distintivi dei nuovi modelli di presa in carico territoriale dei pazienti onco-ematologici che stanno emergendo sul territorio nazionale, sono stati selezionati tre casi studio.

I casi selezionati sono rappresentativi di diversi modelli e si differenziano per le seguenti caratteristiche: i) modello organizzativo per un'oncologia a rete diffusa; ii) percorso del paziente oncologico; iii) maturità del modello o della sua sperimentazione; iv) processo di disegno e di implementazione.

In particolare, i casi studio selezionati sono:

- la Casa della Salute (CDS) di Bettola, dove un team medico-infermieristico specialistico itinerante - oncologo/ematologo e infermiere di oncologia - un giorno alla settimana si reca in CDS dalla Ausl di Piacenza per l'erogazione delle cure oncologiche;
- la sperimentazione della Regione Toscana, dove è stato progettato un recettore territoriale costituito da un oncologo e da un infermiere esperto dedicati ed arruolati *ad hoc*, che lavorano in sinergia con le oncologie ospedaliere e i Medici di Medicina Generale

(MMG). I recettori territoriali operano, di norma, nella Zona Distretto di riferimento dell'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT);

- la Sperimentazione IRCCS-IRTS Meldola, dove un'equipe multidisciplinare composta dall'onco-ematologo afferente all'UO di Onco-ematologia svolge un ruolo di regia e coordinamento con i medici di base delle AFT operanti nelle CDS, nonché una funzione di *gate-keeper*.

Di seguito nella Tabella 1 vengono elencate le dimensioni di approfondimento con cui è stata condotta l'analisi comparativa dei tre casi. Sono state identificate 13 dimensioni di indagine raggruppate in 6 macro-aree tematiche che mirano a descrivere in modo esaustivo le esperienze di oncologia territoriale, illustrandone il contesto di riferimento in termini di bisogno e rete di offerta dell'assistenza oncologica, il processo di avvio e gli stakeholder chiave coinvolti nella sperimentazione, il modello sperimentale adottato in termini di criteri di selezione del paziente, requisiti strutturali, fattori abilitanti ed eventuali misure di monitoraggio dell'esperienza previste.

Tabella 1. Dimensioni di analisi

<b>1. Contesto di riferimento</b>	a. Individuazione e descrizione del territorio su cui insiste il progetto e strutture sanitarie che insistono sul territorio
	b. Caratteristiche geografiche del territorio
<b>2. Modello dell'assistenza oncologica in regione</b>	c. Organizzazione della medicina generale
	d. Organizzazione dell'oncologia
	e. Modello di rete oncologica regionale
<b>3. Pazienti: criteri di selezione, reclutamento e setting assistenziale</b>	f. Tipo di servizio previsti fuori dall'ospedale per i pazienti oncologici
	g. Identificazione pazienti eleggibili e reclutamento dei pazienti
	h. Individuazione del setting assistenziale: domiciliare, ambulatorio afferente al distretto, casa della salute, ospedale di comunità, ATF, ente privato
<b>4. Requisiti e fattori abilitanti</b>	i. Requisiti strutturali e organizzativi
	j. Fattori abilitanti
<b>5. Monitoraggio e valutazione del modello</b>	k. Indicatori di processo ed esito
<b>6. Processo di avvio e coinvolgimento degli stakeholder chiave</b>	l. Periodo di avvio del modello/sperimentazione e livello di istituzionalizzazione dell'esperienza
	m. Stakeholder coinvolti nell'implementazione dell'iniziativa

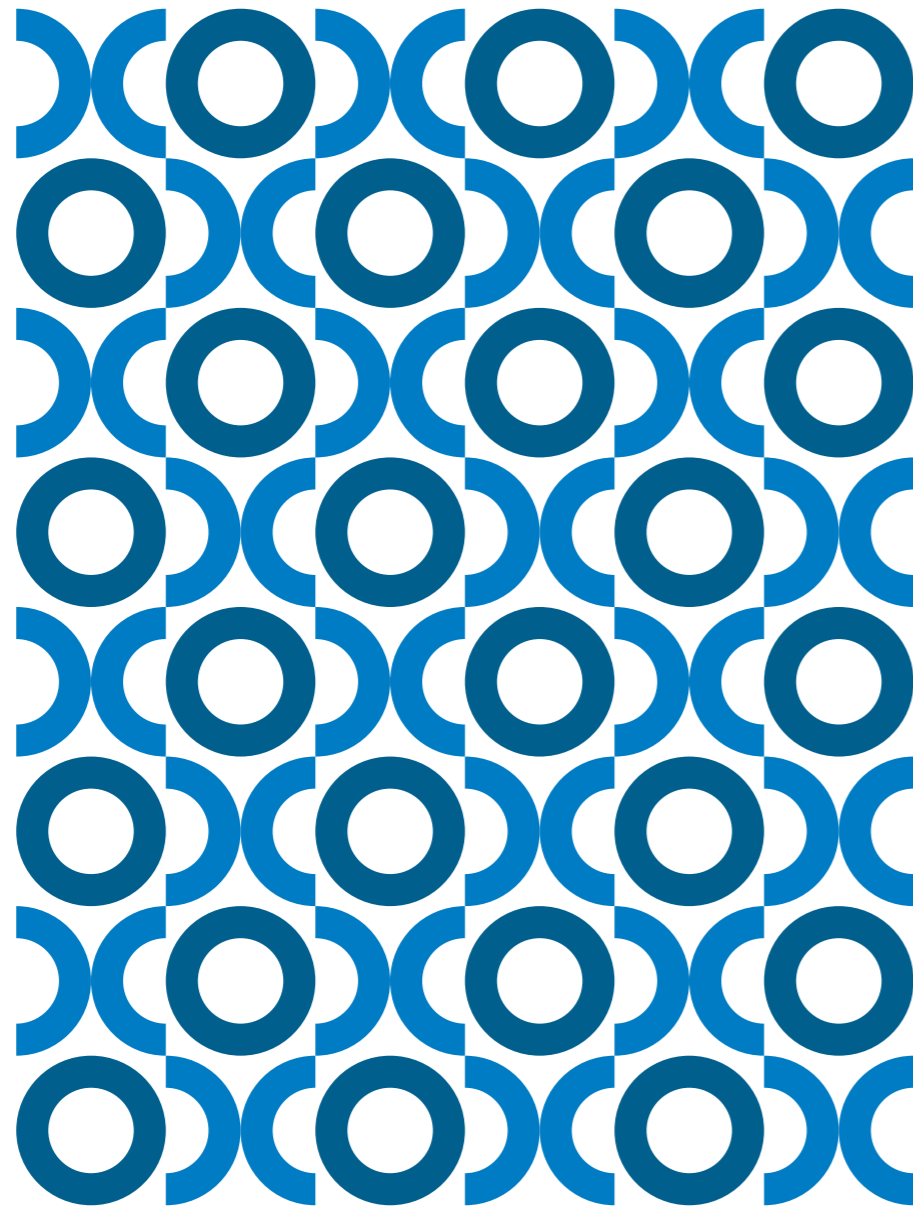


**ANALISI  
DEI CASI STUDIO**





## Analisi dei casi studio



### IL CASO DELLA CASA DELLA SALUTE DI BETTOLA<sup>3</sup>

#### Individuazione e descrizione del territorio su cui insiste il progetto e strutture sanitarie che insistono sul territorio

Nella realtà di Piacenza si è concretizzata una vera e propria rete territoriale che porta l'oncologo/ematologo e le cure oncologiche/ematologiche vicino al domicilio del malato sfruttando l'esistenza di presidi ospedalieri periferici. Un servizio periferico integrato tra il Dipartimento di Oncoematologia e i Dipartimenti delle Medicine e delle Cure Primarie dell'AUSL di Piacenza che coinvolge le unità operative di medicina sul territorio nei tre presidi ospedalieri periferici e una CDS, per consentire ai malati residenti nelle zone più decentrate della provincia di vedere garantite le stesse opportunità di cura di chi vive vicino alla città e di conseguenza vicino all'ospedale principale. Da oltre 10 anni, all'attività di oncologia territoriale si è affiancata quella di ematologia sul territorio e più recentemente, da 6 anni, analizzando i bisogni dei malati e perseguendo l'obiettivo dell'equità di accesso alle cure in oncologia, il servizio in essere si è ulteriormente potenziato aprendo la possibilità delle cure oncoematologiche in una CDS posizionata in un territorio della provincia di Piacenza, privo di presidi ospedalieri, con necessità da parte dei pazienti di percorrere oltre 80 km (1 ora e 40 minuti di tempo, con una parte importante di percorso stradale in zone di montagna). Nel presente lavoro vengono riportati i risultati degli ultimi 4 anni delle cure oncologiche ed ematologiche praticate sul territorio di Piacenza presso gli ospedali periferici e la CDS della Val Nure di Bettola.

#### Caratteristiche geografiche del territorio

Bettola è un piccolo comune della Provincia di Piacenza che conta ca. 2.600 abitanti, di cui il 34% sono over65 (versus un 24,9% come dato provinciale). Il territorio comunale si trova all'inizio della Val Nure e dista circa 33 km da Piacenza. Rappresenta quindi un contesto propriamente adatto ad ospitare una Casa del-

la Salute (il cui bacino è più ampio rispetto al comune di Bettola e si estende su tutta la Val Nure), essendo decentrato, lontano dal centro urbano, montano e a prevalente popolazione anziana. La CDS di Bettola svolge tutte le funzioni essenziali previste dalla normativa regionale e dal piano di sviluppo aziendale dell'AUSL di Piacenza, fungendo da CUP, sportello di primo accesso e prevedendo l'erogazione di diverse prestazioni ambulatoriali (diabetologia, ecografia, prelievi, oculistica, etc.). Al suo interno sono anche presenti l'ambulatorio infermieristico di assistenza domiciliare integrata (ADI) e l'ambulatorio infermieristico cronicità. La rete ospedaliera dell'AUSL di Piacenza è costituita da tre ospedali, quello generale hub di Piacenza, quello spoke di Castel San Giovanni, quello spoke di Fiorenzuola d'Arda, dall'Ospedale di Comunità di Bobbio e dall'Unità Spinale di Villanova d'Arda. Il servizio di oncologia decentrato vede l'integrazione tra il Dipartimento di Oncoematologia e i Dipartimenti delle Medicine e delle Cure Primarie.

#### Organizzazione dell'oncologia

L'oncologia si inserisce nell'ambito del Dipartimento oncologico-ematologico. L'U.O. di Oncologia di Piacenza è il Centro del sistema di Rete Oncologica Provinciale con i day hospital medico-oncologici degli ospedali di Bobbio, Castel San Giovanni, Fiorenzuola e CDS di Bettola.

#### Tipo di servizio previsti fuori dall'ospedale per i pazienti oncologici

L'organizzazione dell'attività oncologica prevede la presenza presso la CDS di un team medico-infermieristico specialistico itinerante, oncologo/ematologo e infermiere di oncologia, un giorno alla settimana. In particolare le attività svolte nella CDS sono: i) valutazione clinica dei malati candidati alla terapia antitumorale o alla terapia di supporto ed erogazione della terapia; ii) prelievi per esami ematochimici; iii) esami strumentali non invasivi (quali elettrocardiogramma, ecografia di addome e torace, di tessuti molli); iv) eventuali procedure diagnostico-terapeutiche invasive eco-guida-

<sup>3</sup> Si ringrazia il Prof. Luigi Cavanna (Direttore Dipartimento di Oncoematologia, Azienda USL di Piacenza) per la preziosa collaborazione nella raccolta dati e sintesi del caso.

te quali paracentesi, agoaspirati, etc. Vengono seguiti pazienti in terapia chemioterapica iniettabile o per via orale o in terapia di supporto che risiedono nell'area geografica della Val Nure (nello specifico nei comuni di Vigol-

zone, Ponte dell'Olio, Gropparello, Lugagnano, Vernasca, Morfasso, Bettola, Ferriere e Farini). Nella CDS sono somministrate le stesse tipologie di farmaco utilizzate in ambito ospedaliero (Tabella 2).

**Tabella 2. Elenco farmaci somministrati nella cura oncologica/ematologica di prossimità ASL di Piacenza**

Aflibercept	Cetuximab	Eribulina	Mitoxantrone	Ramucirumab
Atezolizumab	Ciclofosfamide	Etoposide	Nab-paclitaxel	Rituximab
Azacidina	Cisplatino	Fludarabina	Nivolumab	Topotecan
Bendamustina	Citarabina	Fluorouracile	Olaratumab	Trabectedina
Bevacizumab	Dacarbazina	Fotemustina	Oxaliplatino	Trastuzumab
Bleomicina	Decitabina	Gemcitabina	Paclitaxel	Triossido di arsenico
Bortezomib	Docetaxel	Ifosfamide	Panitumumab	Vinblastina
Cabazitaxel	Doxorubicina	Irinotecan	Pembrolizumab	Vincristina
Capecitabina	Durvalumab	Metotressato	Pemetrexed	Vinflunina
Carboplatino	Epirubicina	Mitomicina	Pertuzumab	Vinorelbina

#### Identificazione pazienti eleggibili e reclutamento dei pazienti

Il target dei potenziali utenti è stato identificato facendo riferimento al solo criterio della prossimità geografica (residenza in Val Nure), senza discriminare in termini di patologia oncologica o complessità dello schema chemio-terapico applicato. Sono inclusi anche quei pazienti arruolati in progetti di sperimentazione clinica (risultava 1 paziente seguito nel 2018 e 1 nel 2020). Vengono invece esclusi quei pazienti che necessitano di terapie con tempi lunghi di infusione (più di 8 ore), per i quali è necessaria la somministrazione in un posto letto. L'arruolamento del paziente avviene quindi su base volontaria, previa informazione dettagliata delle opzioni a disposizione. Tendenzialmente i pazienti oncologici presi in carico nella Casa della Salute di Bettola hanno già iniziato il proprio percorso diagnostico presso il reparto oncologico dell'ospedale di Piacenza e poi in fase di accettazione, se vivono nei pressi della Val di Nure, vengono indirizzati presso la CDS di Bettola. Talvolta i pazienti sono segnalati da specialisti ospedalieri di altri reparti, per la diretta presa in carico nella CDS Bettola e l'ese-

cuzione della prima visita ma questa opzione è ancora fortemente condizionata dai rapporti inter-personali degli specialisti. In ogni caso, le fasi diagnostiche iniziali vengono svolte a Piacenza, in quanto ragionevolmente non è presente una radiologia decentrata. In media vengono seguiti 25 pazienti oncologici all'anno nella CDS di Bettola (a fine 2021 ne risultavano in carica 22).

#### Individuazione del setting assistenziale: domiciliare, ambulatorio afferente al distretto, casa della salute, ospedale di comunità, ATF, ente privato

Come descritto sopra il setting territoriale o ospedaliero viene selezionato sulla base della residenza e la volontarietà del paziente. La qualità delle cure viene mantenuta omogenea tra i diversi setting anche grazie al mantenimento di parti del percorso di cura in comune. In primo luogo, i malati presi in carico presso la CDS vengono sempre discussi collegialmente con il personale medico-infermieristico dell'UO di Oncologia del capoluogo al fine di condividere le scelte e valutare la possibilità di inserimento in protocolli di ricerca. Inoltre, la prescrizione del trattamento antitumorale e/o di supporto

viene fatta dall'oncologo/ematologo dell'ospedale hub per via informatizzata, previa visione degli esami ematochimici effettuati il giorno precedente la terapia. Infine, i farmaci chemioterapici sono preparati a Piacenza presso l'UFA e portati negli ambulatori oncologici alla CDS garantendo sicurezza ed equità nell'allestimento.

#### Requisiti strutturali e organizzativi

Considerata l'assenza di un pronto soccorso nelle immediate vicinanze (il pronto soccorso più vicino dista circa 20 min di macchina), la CDS Bettola è stata dotata di un carrello delle emergenze e di protocolli di infusione aggiuntivi per la gestione delle eventuali reazioni allergiche ai farmaci chemioterapici, episodi in realtà estremamente rari. Oltre a queste misure, sia il personale medico che infermieristico oncologico, è stato formato alla gestione delle emergenze, in modo tale da creare competenze idonee alla somministrazione del farmaco e alla gestione di eventi avversi. L'organizzazione dell'attività oncologica prevede infatti la presenza presso la CDS di un team medico-infermieristico specialistico itinerante, oncologo/ematologo e infermiere di oncologia, un giorno alla settimana.

#### Fattori abilitanti

L'impianto logistico di preparazione, trasporto e consegna dei farmaci ha rappresentato un elemento fondamentale per l'implementazione efficace del progetto. La predisposizione dell'UFA (Unità Farmaci Antiblastici), il sistema a colori per suddividere i farmaci in base alle strutture di destinazione, il percorso di trasporto organizzato secondo giorni e orari pre-stabiliti rappresentano gli elementi funzionali essenziali. Il modello organizzativo si regge inoltre sullo scambio "automatizzato" delle informazioni e sulla condivisione dei sistemi ICT: i risultati dei prelievi e dei questionari di valutazione della salute dei pazienti vengono inviati al Reparto di Oncologia a Piacenza; sulla base di questi ultimi vengono autorizzate le terapie e viene inviata la richiesta di preparazione dei farmaci all'UFA; l'UFA predispone i farmaci e informa il trasporto. Il tutto secondo meccanismi operativi e di scambio informativo operazionalizzati e condivisi tra tutte le figure professionali coinvolte (clinici, infermieri, farmacisti, trasportatori). Altro elemento fondamentale è la motivazione che spinge i professionisti a

prendere parte a questo progetto che si sono offerti volontari a partecipare al progetto, senza ricevere alcun corrispettivo economico in cambio. Inoltre, l'impostazione del Direttore del Dipartimento, condivisa da tutto il personale clinico, è sempre stata quella di coinvolgere figure professionali con alle spalle diversi anni di esperienza e altamente qualificate. Appare quindi importante sottolineare come prestare attività sul territorio non venga percepito come un downgrading professionale, ma anzi, al contrario, come un'opportunità lavorativa in più, riservata ai più esperti e capaci.

#### Indicatori di processo ed esito

Gli indicatori di processo ed esito monitorati nell'ambito dell'iniziativa sono: il N° pazienti oncologici in carico in CDS Bettola, il N° terapie erogate, il N° km risparmiati e la soddisfazione del paziente, attraverso una survey ancora in corso di somministrazione.

#### Periodo di avvio del modello / sperimentazione e livello di istituzionalizzazione dell'esperienza

Il contesto emiliano-romagnolo ha una lunga e forte tradizione di territorializzazione delle cure, anche in campo oncologico. Da circa 20 anni si è sviluppata una rete territoriale in cui le cure oncologiche (e più recentemente anche ematologiche) vengono portate vicino al domicilio del malato sfruttando l'esistenza di presidi periferici (Cavanna et al., 2021). Questo era già infatti vero per i tre presidi di prossimità di Fiorenzuola, Bobbio e Castel San Giovanni, che coprono le tre grandi vallate Val d'Arda, Val Trebbia e Val Tidone. La CDS di Bettola si aggiunge a questo sistema preesistente, garantendo così la copertura dell'ultima valle rimasta scoperta, la Val Nure.

#### Stakeholder coinvolti nell'implementazione dell'iniziativa

È stata creata una concordanza e condivisione di intenti tra le linee di sviluppo strategico dell'AUSL di Piacenza e la visione politica delle realtà territoriali. In particolare, gli organi politici locali hanno percepito le cure oncologiche erogate a Bettola come un importante e necessario ampliamento dei servizi assistenziali offerti alla propria comunità, in grado di produrre valore aggiunto non solo per i pazienti oncologici in senso stretto, ma per la collettività nel suo complesso (caregiver, familiari, col-

lettività ampia). Inoltre, l'attivazione delle cure oncologiche a Bettola rientrava in un più generale disegno di riequilibrio del rapporto tra ospedali e territorio: da un lato, una concentrazione a Piacenza della casistica chirurgica, con conseguente chiusura o riduzione di attività delle chirurgie periferiche, dall'altro il potenziamento dell'attività medica territoriale.

## IL CASO DELLA CASA DELLA SALUTE

### DI FORLIMPOPOLI<sup>4</sup>

#### Individuazione e descrizione del territorio su cui insiste il progetto e strutture sanitarie che insistono sul territorio

Il progetto è stato sviluppato su impulso della Direzione Sanitaria dell'IRCCS Istituto Romagnolo per lo Studio dei Tumori (IRST) di Meldola, che ha individuato insieme alla Direzione Sanitaria dell'AUSL Romagna la CDS di Forlimpopoli-Bertinoro come contesto di applicazione del decentramento delle cure oncologiche. La CDS di Forlimpopoli-Bertinoro è stata selezionata in quanto poco distante da Meldola (9 km) e perché rappresenta un setting assistenziale già fortemente sviluppato e consolidato sul territorio di riferimento. La CDS si inserisce infatti in uno stabilimento che conta al suo interno anche un Ospedale di Comunità (con 28 PL) con presenza quotidiana di un medico geriatra e un Hospice (con 11 PL) afferente all'UO Cure Palliative di Forlimpopoli.

Per quanto riguarda l'area sanitaria, i servizi assicurati presso la CDS sono i seguenti: Ambulatorio di cardiologia, dermatologia, diabetologia, obesità, oculistica, odontoiatria, ortopedia, otorinolaringoiatria, pediatria, radiologia, salute mentale, Ambulatorio pediatrico e pediatria di comunità, AFT di MMG, Continuità assistenziale e guardia medica (h12), Postazione 118 (automezzi sanitari), Ambulatori della cronicità (Applicazione dell'Expanded Chronic Care Model), Rete di Cure Palliative, ADI, Punto prelievi, Consultorio familiare, Vaccinazioni adulti, screening pap-test e colon-retto, Distribuzione diretta dei farmaci per la continuità assistenziale delle patologie soggette a piani terapeutici e delle patologie croniche viene effettuata, sia dopo dimissione ospedaliera sia dopo visita specialistica ambulatoriale, Medicina dello Sport, Riabilitazione Ambulatoriale. Per quanto riguarda l'area socio-sanitaria e l'area sociale i servizi previsti sono rispettivamente

te UVM Anziani e disabili e la presenza servizi sociali (presenza fissa dell'assistente sociale).

#### Caratteristiche geografiche del territorio

I Comuni di Forlimpopoli e Bertinoro contano insieme ca. 24.000 abitanti. Sono entrambi Comuni rurali della Provincia di Forlì-Cesena e rappresentano il bacino di utenza della CDS Forlimpopoli-Bertinoro.

Gli enti coinvolti nella sperimentazione sono da un lato l'IRST di Meldola, quale IRCCS e struttura accreditata pienamente integrata dal punto di vista organizzativo nel SSR emiliano-romagnolo; dall'altro la CDS di Forlimpopoli-Bertinoro. Le strutture sono ricomprese organizzativamente nel territorio di competenza dell'AUSL della Romagna, la cui area geografica di afferenza comprende 73 Comuni (prevalentemente medio-piccoli a livello di densità abitativa, con elevato grado di dispersione della popolazione e rappresentativi di un territorio policentrico, data la presenza diffusa e dislocata di molte strutture sanitarie e territoriali). All'AUSL della Romagna afferiscono 30 Case della Salute.

#### Organizzazione della medicina generale

Medicina generale organizzata in AFT. Presso la CDS di Forlimpopoli-Bertinoro era già attiva un'AFT di MMG (11 di Forlimpopoli e 6 di Bertinoro) prima dell'avvio della sperimentazione del decentramento delle cure oncologiche.

La presenza di MMG (organizzati in AFT) operanti presso la CDS appare come condizione abilitante necessaria per la messa a terra del progetto: il coinvolgimento e l'engagement degli MMG appare ad oggi come uno dei temi più critici, sotto diversi punti di vista. Innanzitutto, da un punto di vista di incentivi contrattuali, difficilmente applicabili a personale non direttamente dipendente dell'azienda; in secondo luogo, da un punto di vista delle competenze professionali, non direttamente sperimentate in campo oncologico. In quest'ottica è necessario un lavoro di engagement diretta e formazione, affiancamento professionale per rendere gli MMG gli attori chiave del modello di decentramento delle cure sul territorio.

#### Organizzazione dell'oncologia

Il Dipartimento Oncoematologico dell'AUSL Romagna è un dipartimento orizzontale e trasversale in quanto esercita le funzioni su tutto il territorio dell'Azienda. Ad esso afferiscono le

diverse Unità operative localizzate nei diversi presidi ospedalieri.

#### Modello di rete oncologica regionale

Rete oncologica regionale strutturata secondo il modello *comprehensive cancer care network*. L'IRST rappresenta il perno fondamentale della rete onco-ematologica romagnola, in quanto ha il compito di supportare l'AUSL Romagna nell'individuazione del "modello organizzativo e le modalità applicative di carattere funzionale e gestionale più idonee a garantire l'integrazione ed il coordinamento tra i nodi della rete" (cfr. Atto Aziendale AUSL Romagna, 2015). La rete onco-ematologica punta ad identificare percorsi diagnostico-terapeutici delle malattie neoplastiche, condivisi e predefiniti, lungo i quali il paziente riceve, in sequenza preordinata, una serie di prestazioni specialistiche diagnostiche e/o terapeutiche multidisciplinari, in stretto raccordo funzionale all'interno della rete valorizzando anche l'apporto del volontariato.

La Rete Onco-ematologica della Romagna è attualmente costituita da nove nodi fondamentali sedi di attività specifiche:

- Presidio Ospedaliero di Ravenna (Oncologia, Unità Clinica Fase I Oncologia Ravenna istituita, Prevenzione oncologica, Ematologia, Unità Clinica Fase I Ematologia Ravenna istituita, Radioterapia\*)
- Presidio Ospedaliero di Rimini (Oncologia, Prevenzione oncologica, Ematologia, Radioterapia)
- Presidio Ospedaliero di Forlì (Day H. Oncologico\*, Prevenzione oncologica, Medicina Nucleare)
- Presidio Ospedaliero di Cesena (Day H. Oncologico\*, Prevenzione oncologica, Medicina Nucleare)
- Presidio Ospedaliero di Lugo (Day H. Oncologico)
- Presidio Ospedaliero di Faenza (Day H. Oncologico, Medicina Nucleare)
- Ospedale di Cattolica (Day H. Oncologico)
- Ospedale di Novafeltria (Day H. Oncologico)
- IRST IRCCS Meldola (Oncologia, Ematologia, Laboratorio Bioscienze, Farmacia oncologica, Radioterapia, Immunoterapia e Cell Factory, Unità Clinica di Fase I attivata, Biostatistica, Epidemiologia, Registro Tumori, Psiconcologia, Dermatologia Oncologica, Centro Risorse Biologiche, Counselling ge-

netico oncologico, Diagnostica per immagini e Medicina Nucleare)

(\*) Funzioni gestite attualmente dall'IRST

#### Tipo di servizio previsti fuori dall'ospedale per i pazienti oncologici

Il modello di presa in carico del paziente oncoematologico si inserisce in un processo di PIC integrata secondo le modalità funzionali della rete onco-ematologica romagnola, che prevede la presenza di un'equipe multidisciplinare che opera secondo logiche multi-setting. Nell'equipe è presente l'onco-ematologo afferente all'UO di Onco-ematologia che svolge un ruolo di regia e coordinamento delle AFT di MMG operanti nelle CDS, il geriatra che viene coinvolto per tutti i pazienti con età superiore a 70 anni, il farmacista della CDS che svolge una funzione di counsellor relativamente all'erogazione delle terapie orali, con un ruolo di facilitatore della processo di ricognizione e riconciliazione dei farmaci erogati, l'infermiere degli ambulatori della cronicità con funzione di case-manager che concorre con gli altri specialisti alla presa in carico appropriata e all'adeguato follow-up dell'intervento realizzato. Il ruolo dello specialista ospedaliero è anche quello di fungere da "gatekeeper" per riallocare i pazienti e assegnarli all'AFT di competenza territoriale.

La sperimentazione prevede il decentramento sul territorio di tutte quelle attività giudicate potenzialmente erogabili sul territorio, alla presenza di un medico e non necessariamente dello specialista. La portata innovativa del modello si riscontra infatti nella presa in carico integrata del paziente onco-ematologico, che inizia dalla discussione multidisciplinare dei casi selezionati dagli onco-ematologi e condivisi con il MMG e/o il geriatra di riferimento del paziente sul territorio che insieme all'infermiere case-manager e al farmacista counsellor costituiscono la "micro-rete" professionale che assiste il paziente, fissa obiettivi di salute da mantenere in un orizzonte temporale di medio-termine e consente un adeguato follow up.

Questa condivisione a monte della presa in carico permette che eventuali attività a più bassa complessità clinica-organizzativa possono essere svolte da professionisti non specialisti e in un setting che non è quello ospedaliero. Questo in un'ottica di maggior valore aggiunto per il paziente e per i suoi caregiver ma anche in

<sup>4</sup> Si ringrazia il Dr. Mattia Altini (Direttore Sanitario, Ausl Romagna) per la preziosa collaborazione nella raccolta dati e sintesi del caso.

un'ottica di maggiore sostenibilità e razionalità economico-organizzativa della rete dei servizi assistenziali. Le prestazioni identificate come erogabili presso la CDS sono relative alle visite di follow up e controllo, all'erogazione delle terapie orali, ad altre attività di supporto che vengano condivise all'atto della presa incarico integrata.

#### **Identificazione pazienti eleggibili e reclutamento dei pazienti**

I pazienti vengono proposti dallo specialista onco-ematologo nell'ambito di una visita multidisciplinare in cui i curanti coadiuvati dal farmacista e dall'infermiere condividono il percorso di cura del paziente definendo gli obiettivi di salute per i 6-12 mesi successivi e le attività sanitarie da programmare. La selezione dei pazienti avviene sulla base della patologia e del suo stadio, della tipologia di attività sanitarie a cui sarà sottoposto il paziente. Si partirà in modalità pilota con l'erogazione delle terapie orali per i pazienti affetti da patologie onco-ematologiche.

#### **Individuazione del setting assistenziale: domiciliare, ambulatorio afferente al distretto, casa della salute, ospedale di comunità, ATF, ente privato**

Secondo la sperimentazione, per ogni fase di malattia del paziente oncologico dovrebbe essere individuato il modello assistenziale più appropriato (ospedaliero e territoriale) favorendo la flessibilità e lo spostamento nell'ambito dei diversi setting assistenziali. La vicinanza di un servizio di Emergenza e Urgenza deve essere comunque sempre considerata come fattore essenziale, per poter ritrasferire il paziente in ospedale in caso di emergenza non gestibile presso il setting territoriale.

#### **Requisiti strutturali e organizzativi**

Condivisione della cartella clinica tra ospedale e setting territoriali e quindi tra professionisti che fanno parte del percorso di cura del paziente oncologico (specialista ospedaliero di oncologia, MMG, infermiere, case manager, etc.).

#### **Periodo di avvio del modello / sperimentazione e livello di istituzionalizzazione dell'esperienza**

Avvio sperimentazione nel 2020. L'impulso alla sperimentazione è partito dalla riflessione della Direzione Sanitaria dell'IRCCS-IRST di Mel-

dola focalizzata sulla necessità di riorganizzare la presa in carico del cittadino, anche per le esigenze dovute al contingentamento dell'attività ospedaliera a causa dell'emergenza pandemica da Covid-19. In quest'ottica è stato svolto uno studio per comprendere quali attività (tradizionalmente erogate in DH) poter decentrare dall'ospedale al territorio, per creare maggiore valore aggiunto per il cittadino/paziente, secondo l'impostazione del "best setting model". Tra le attività "decentrabili", si individuano le cure oncologiche potenzialmente erogabili nelle Case della Salute (CDS).

Questo studio preliminare ha rappresentato il punto di partenza per l'attività di advocacy svolta dalle DS dell'IRCCS di Meldola e dell'Azienda USL della Romagna nei confronti della Regione per l'adozione di una delibera regionale (tuttora in iter di pubblicazione ufficiale, prevista a luglio 2022), dedicata alla rete oncologica regionale. La delibera conterrà una sezione dedicata ai requisiti e le linee guida per le Aziende Sanitarie in materia di cure oncologiche potenzialmente erogabili in setting territoriali (CDS), esplicitando i requisiti strutturali e organizzativi necessari.

#### **Stakeholder coinvolti nell'implementazione dell'iniziativa**

Gli stakeholders coinvolti nell'ideazione della sperimentazione sono stati la Direzione Sanitaria dell'IRST di Meldola, la Direzione Sanitaria dell'AUSL della Romagna, l'equipe di oncologi dell'IRST di Meldola, il Dipartimento di Cure primarie che gestisce la CDS di Forlimpopoli e l'AFT di MMG presente presso la CDS. Gli stakeholder hanno identificato le attività e i servizi che possono essere gestiti in setting territoriale, senza la necessaria presenza di uno specialista oncologo e la modalità di gestione integrata della cura del paziente.

Il progetto, quindi vede la strutturazione di un modello di governance partecipato, in cui il top management aziendale si fa promotore dell'iniziativa e coinvolge in Azienda e sul territorio gli attori protagonisti della sperimentazione, in modo da definirne il perimetro attuativo insieme.

#### **IL CASO DELLA DELLA SPERIMENTAZIONE DI REGIONE TOSCANA<sup>5</sup>**

Obiettivo della sperimentazione di Regione

Toscana è quello di validare i requisiti organizzativi e i relativi indicatori ritenuti adeguati ad assicurare la risposta oncologica in *setting* territoriali, al fine di rendere disponibili, su scala regionale, modalità organizzative omogenee e strumenti di valutazione sistematicamente applicati e confrontabili.

#### **Individuazione e descrizione del territorio su cui insiste il progetto e strutture sanitarie che insistono sul territorio**

La sperimentazione è stata attiva in tre Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) toscane, una per ciascuna Area Vasta coinvolgendo oltre 50 medici di base per una popolazione di circa 90.000 assistiti. Nel dettaglio le tre AFT oggetto di sperimentazione sono così composte:

- AFT Porta a Prato-Piazza Puccini, nella zona Fiorentina con 41.885 assistiti >16 anni, di cui 34,8% anziani e con 24 medici di base (dato al 1/01/2021)
- AFT Mediavalle, nella zona della Valle del Serchio con 37.867 assistiti >16 anni, di cui 38,8% anziani e con 17 medici di base (dato al 1/01/2021)
- AFT Montevarchi, nella zona del Valdarno con 20.128 assistiti >16 anni, di cui 33,4% anziani e con 11 medici di base (dato al 1/01/2021).

L'individuazione delle tre AFT ha interessato di concerto il Direttore Generale di ISPRO (coadiuvato dal Coordinamento dei Dipartimenti Oncologici), i Settori regionali competenti in materia di reti cliniche, di organizzazione delle cure e percorsi di cronicità, i Direttori dei Dipartimenti della Medicina Generale e il referente di AFT individuato.

#### **Caratteristiche geografiche del territorio**

Le tre AFT coinvolte nella sperimentazione sono state selezionate in modo da essere rappresentative delle diverse conformazioni territoriali (es. aree urbane, aree rurali e/o interne, aree costiere).

- AFT Porta a Prato - zona urbana nella provincia di Firenze (densità abitativa 3600 abitanti /km<sup>2</sup>)
- AFT Mediavalle - zona interna nella provincia di Lucca (densità abitativa 59 abitanti /km<sup>2</sup>)
- AFT Montevarchi - zona rurale nella provincia di Arezzo (densità abitativa 165 abitanti / km<sup>2</sup>)

I presidi ospedalieri e/o aziende ospedaliere di riferimento per il ricovero per patologia oncologica per le tre AFT, considerando i dati dei flussi amministrativi regionali del 2020, risultano essere:

- AFT Porta a Prato - Puccini: AOU Careggi (61% dei ricoveri totali), Bagno a Ripoli (9,4% dei ricoveri totali) e Firenze Torregalli (7,57% dei ricoveri totali)
- AFT Mediavalle: Lucca (39,57% dei ricoveri totali), AOU Pisa (27,7% dei ricoveri totali), Castelnuovo Garfagnana (11,87% dei ricoveri totali) e S. Francesco Barga (11,15% dei ricoveri totali).
- AFT Montevarchi: Ospedale del Valdarno (52,84% dei ricoveri totali), Arezzo (17,05 % dei ricoveri totali) e AOU Careggi (15,34% dei ricoveri totali).

Attualmente nelle 3 AFT non è ancora presente una Casa della Salute (CDS), luogo di integrazione multiprofessionali e multidisciplinare per l'erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. A livello regionale è programmata la realizzazione di almeno una CDS in ciascuna AFT e questo è ribadito anche nel programma del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) con la realizzazione di una Casa di Comunità (CDC)<sup>6</sup>. Per l'AFT Mediavalle è attualmente in fase di costruzione la CDC a Fornoli (Bagni di Lucca).

#### **Organizzazione della medicina generale**

Medicina generale organizzata in AFT. I coordinatori delle tre AFT e i medici di base afferenti sono parte attiva della sperimentazione. Il coinvolgimento e l'engagement dei MMG appare come fattore necessario per l'attivazione di un percorso di collaborazione e condivisione delle informazioni cliniche riguardanti gli assistiti oncologici che hanno in carico e delle loro necessità socio-sanitarie con i recettori oncologici territoriali. La sperimentazione ha previsto un incentivo monetario ai MMG coinvolti nel progetto per minimizzare le resistenze e riconoscere il valore del loro ruolo chiave nella sperimentazione. Risulta centrale la valorizzazione e formazione dei MMG in questo percorso di decentramento dell'assistenza oncologica.

#### **Organizzazione dell'oncologia**

L'oncologia nelle AUSL è organizzata in Dipartimenti Oncologici trasversali, ovvero strut-

<sup>5</sup> Si ringraziano i Prof. Gianni Amunni (Direttore Rete Oncologica Toscana), Dr. Tommaso Tanini (ISPRO), Dr. Marco Perna (Medico Oncologo AV Centro), Dr. Andrea Marini (Medico Oncologo AV Nord Ovest), Dr.ssa Cristina Banchi (Infermiere AV Centro) per la preziosa collaborazione nella raccolta dati e sintesi del caso.

<sup>6</sup> <https://www.ars.toscana.it/2-articoli/4539-medici-medicina-generale-case-della-salute-toscana-aggiornamento-primo-gennaio-2021.html> (ultimo accesso 23/06/2022)

ture organizzative-gestionali che esercitano funzioni su tutto il territorio di riferimento per l'assistenza oncologica. Le cure palliative, spesso attivate per i pazienti oncologici, sono però collocate all'interno dei Dipartimenti della Sanità Territoriale.

In particolare, ogni AUSL fa riferimento ad un Dipartimento Oncologico. Ad esso afferiscono le diverse unità operative localizzate nei differenti presidi ospedalieri. L'AUSL Nord Ovest conta i seguenti presidi ospedalieri: Livorno, Cecina, Piombino, Portoferraio, Pontedera, Versilia, Lucca, Castelnuovo di Garfagnana, Apuane e Fivizzano; L'AUSL Centro conta i seguenti presidi ospedalieri: Bagno a Ripoli (FI), Valdarno, Firenze Torregalli, Borgo S. Lorenzo, S.M.N. Firenze, Pistoia, Pescia, Prato, Empoli; L'AUSL Sud-Est conta i seguenti presidi ospedalieri: Arezzo, Montevarchi, Grosseto, Poggibonsi, Montepulciano.

#### **Modello di rete oncologica regionale**

La Rete oncologica regionale, coordinata da ISPRO (Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica), è strutturata secondo il modello *comprehensive cancer care network*. La rete oncologica regionale coordina tutte le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, nonché programmi di ricerca in campo oncologico svolte nelle aziende sanitarie, negli altri enti del servizio sanitario toscano e da ISPRO stesso, in coerenza con i principi di qualità, appropriatezza, omogeneità ed equità. I Direttori dei Dipartimenti oncologici partecipano alle attività di programmazione e monitoraggio della rete oncologica regionale.

#### **Tipo di servizio previsti fuori dall'ospedale per i pazienti oncologici**

La sperimentazione prevede lo sviluppo di percorsi integrati di cura nella Rete oncologica regionale, al fine di inserire un recettore territoriale costituito da un oncologo e da un infermiere esperto dedicati, che lavorino in sinergia con le oncologie ospedaliere e i MMG al fine di identificare e sperimentare attività oncologiche, ad oggi erogate quasi esclusivamente in setting ospedaliero, delocalizzabili sul territorio, con particolare attenzione al domicilio come luogo di cura e ai setting residenziali di cure intermedie. I recettori territoriali operano a livello territoriale, di norma nella Zona Distretto di riferimento dell'AFT.

Il recettore oncologico può confrontarsi con

qualunque altro specialista a livello territoriale e ospedaliero in modo da integrare le diverse necessità assistenziali ed i servizi a carattere oncologico, come ad esempio la psico-oncologia, la riabilitazione, il supporto nutrizionale, le cure sintomatiche, lo screening ed il sostegno sociale. L'equipe così composta fa riferimento al coordinamento della Rete oncologica regionale, ovvero ISPRO, non ha un'afferenza funzionale o dipartimentale con nessuna struttura sanitaria del sistema regionale. Risulta evidente la necessità di meglio legittimare il ruolo dell'equipe nel modello in sperimentazione. Questa scelta è infatti limitata all'attuale fase della sperimentazione. Se e quando il modello regionale sarà a regime, risulta chiaro che le equipe afferiranno alle Aziende territoriali di riferimento. L'evoluzione della sperimentazione potrebbe prevedere la possibilità che siano le oncologie ospedaliere a fornire i professionisti per delocalizzare alcune attività sul territorio.

Un altro tema centrale emerso durante l'avvio della sperimentazione è risultato la scarsa attrattività del ruolo di recettore territoriale per i professionisti medici e infermieristici. Il reclutamento ha evidenziato la necessità di investire nella definizione di percorsi di carriera e modelli motivazionali per questi nuovi incarichi. Nonché risulta indispensabile chiarire sul piano giuridico amministrativo le responsabilità che i recettori territoriali hanno nei rapporti con le figure di competenza professionali già presenti sul territorio (MMG e altri professionisti) e verso gli specialisti ospedalieri.

Gli ambiti di interventi previsti per fornire la risposta territoriale risultano i seguenti (DGR 735/2020) anche sulla scorta dei criteri di inclusione/esclusione sviluppati dall'equipe territoriale:

- accertamenti diagnostici, conferme di terapie, visite di controllo per i pazienti oncologici;
- collaborazione al percorso di follow up secondo le logiche della medicina di iniziativa;
- somministrazione di terapie orali, sottocutanee ed endovena a bassa intensità;
- rivalutazioni, conferme, controlli, educazione terapeutica;
- gestione delle tossicità che non richiedano accesso in urgenza all'ospedale;
- supporto psico oncologico;
- supporto nutrizionale;
- ulteriori valutazioni specialistiche.

#### **Identificazione pazienti eleggibili e reclutamento dei pazienti**

Per comprendere la composizione della popolazione oncologica assistita nelle tre AFT è stata condotta una mappatura degli assistiti oncologici utilizzando gli ultimi flussi amministrativi regionali sanitari ultimi disponibili (flussi consolidati per l'anno 2020).

- Porta a Prato – Puccini: 1.984 assistiti (4,67% del totale degli assistiti)
- Mediavalle: 1.377 assistiti (4,82% del totale degli assistiti)
- Montevarchi: 1.025 assistiti (5,01% del totale degli assistiti).

Del totale degli assistiti oncologici il gruppo di lavoro attivo sulla sperimentazione ha identificato i seguenti criteri di eleggibilità per i servizi di oncologia territoriale: pazienti con fragilità clinica, pazienti con fragilità sociale e/o pazienti con comorbidità. Tuttavia, i criteri richiedono la necessità di consultare i dati clinici degli assistiti disponibili ai MMG ma non ai recettori territoriali (si aprono questioni legate alla privacy), nonché competenze di data management. Per tali motivazioni è stato proposto di “capovolgere” il progetto ipotizzando che l'inclusione dei pazienti possa avvenire in seguito alla segnalazione da parte delle due figure cardine nella gestione del paziente oncologico: il MMG e l'Oncologo Ospedaliero.

#### **Individuazione del setting assistenziale: domiciliare, ambulatorio afferente al distretto, casa della salute, ospedale di comunità, ATF, ente privato**

Secondo la sperimentazione, per ogni fase di malattia del paziente oncologico dovrebbe essere individuato il modello assistenziale più appropriato (ospedaliero e territoriale) favorendo la flessibilità e lo spostamento nell'ambito dei diversi setting assistenziali. Nella sperimentazione si predilige l'assistenza al domicilio e nelle Case della Salute e strutture di cura intermedie già presenti nei diversi contesti territoriali. Attualmente l'attività oncologica domiciliare in territorio urbano toscano viene svolta dalla Associazione Nazionale Tumori (ANT) e dalla Associazione Tumori Toscana (ATT), due associazioni private, finanziate dalle donazioni.

Nel disegno della sperimentazione, il paziente oncologico e la sua presa in carico anche territoriale verranno organizzati secondo il modello del Chronic Care Model, creando nel set-

ting della medicina generale un PAI tra i vari professionisti coinvolti e di cui il MMG è il case manager. Secondo tale modello alcuni trattamenti a medio-basso impiego assistenziale possono essere eseguiti in strutture territoriali sotto il controllo specialistico ed in sinergia con il MMG e lo specialista ospedaliero.

Come già descritto, il recettore territoriale collabora in modalità sinergica primariamente con il MMG e con lo specialista oncologo ospedaliero. In seconda istanza, il recettore territoriale può confrontarsi con qualunque altro specialista a livello territoriale e ospedaliero in modo da integrare le diverse necessità assistenziali ed i servizi a carattere oncologico.

La sperimentazione sta fornendo un quadro di dettaglio sulle strutture, servizi e professionisti di riferimento presenti nei diversi contesti territoriali con cui i recettori territoriali possano instaurare collaborazioni per garantire la continuità assistenziale e migliore qualità di vita ai pazienti oncologici.

#### **Requisiti strutturali e organizzativi**

La sperimentazione ha l'obiettivo di identificare i requisiti organizzativi propri del modello dell'oncologia territoriale al fine di una sua eventuale estensione a livello regionale.

Di primaria importanza risulta comprendere il posizionamento dei recettori territoriali rispetto all'organizzazione dell'assistenza oncologica regionale. Nell'attuale fase di sperimentazione sono soggetti che fanno riferimento ad ISPRO senza una afferenza organizzativa-gestionale ad alcun dipartimento, svuotando di fatto la loro capacità di poter gestire risorse e spazi. Come già descritto, se e quando il modello regionale sarà a regime, le equipe potrebbero afferire alle Aziende territoriali di riferimento. L'evoluzione della sperimentazione potrebbe prevedere la possibilità che siano le oncologie ospedaliere a fornire i professionisti per delocalizzare alcune attività sul territorio.

Al fine di una presa in carico complessiva creando un *continuum* organizzativo/professionale sembra indispensabile un investimento per un'adeguata infrastruttura informatica che consenta la fruibilità delle informazioni cliniche e assistenziali dai diversi professionisti coinvolti. È cruciale il superamento di ostacoli legati alla privacy per arrivare alla piena visione, trasmissione e consultazione della documentazione socio-sanitaria degli assistiti oncologi-



ci disponibili a livello territoriale e ospedaliero, sia per garantire la continuità assistenziale che la continua tenuta dei rapporti con il paziente stesso che verso i vari professionisti che intervento nel percorso assistenziale. Nella messa a terra dei servizi è previsto l'uso di soluzioni di telemedicina, in particolare si prevede un più ampio utilizzo della televista e di sistemi di teleconsulto che permettano di ridurre i tempi e gli spostamenti di esecuzione di attività a bassa intensità e specializzazione direttamente sul territorio o al domicilio del paziente.

#### **Indicatori di processo ed esito**

La valutazione sarà basata su indicatori proxy di continuità assistenziale e di appropriatezza relativi ai percorsi e setting territoriali di presa in carico del paziente oncologico. Le misure potranno riguardare gli accessi alle visite specialistiche con riferimento alle visite di follow-up e alla loro modalità di erogazione (in presenza oppure in televista); il numero e la tipologia di terapie somministrate in setting territoriali; il numero di visite/consulenze alle equipe multiprofessionali nel setting dell'Assistenza Domiciliare Integrata; il numero di briefing strutturati (in presenza oppure in modalità teleconsulto) con i medici della AFT e gli oncologi ospedalieri. Gli indicatori saranno selezionati sulla base di criteri di significatività, fattibilità e attendibilità di calcolo.

#### **Periodo di avvio del modello / sperimentazione e livello di istituzionalizzazione dell'esperienza**

Avvio sperimentazione 1/12/2021 con un budget per la realizzazione del progetto pari a 290.000 Euro (DGR 735/2020).

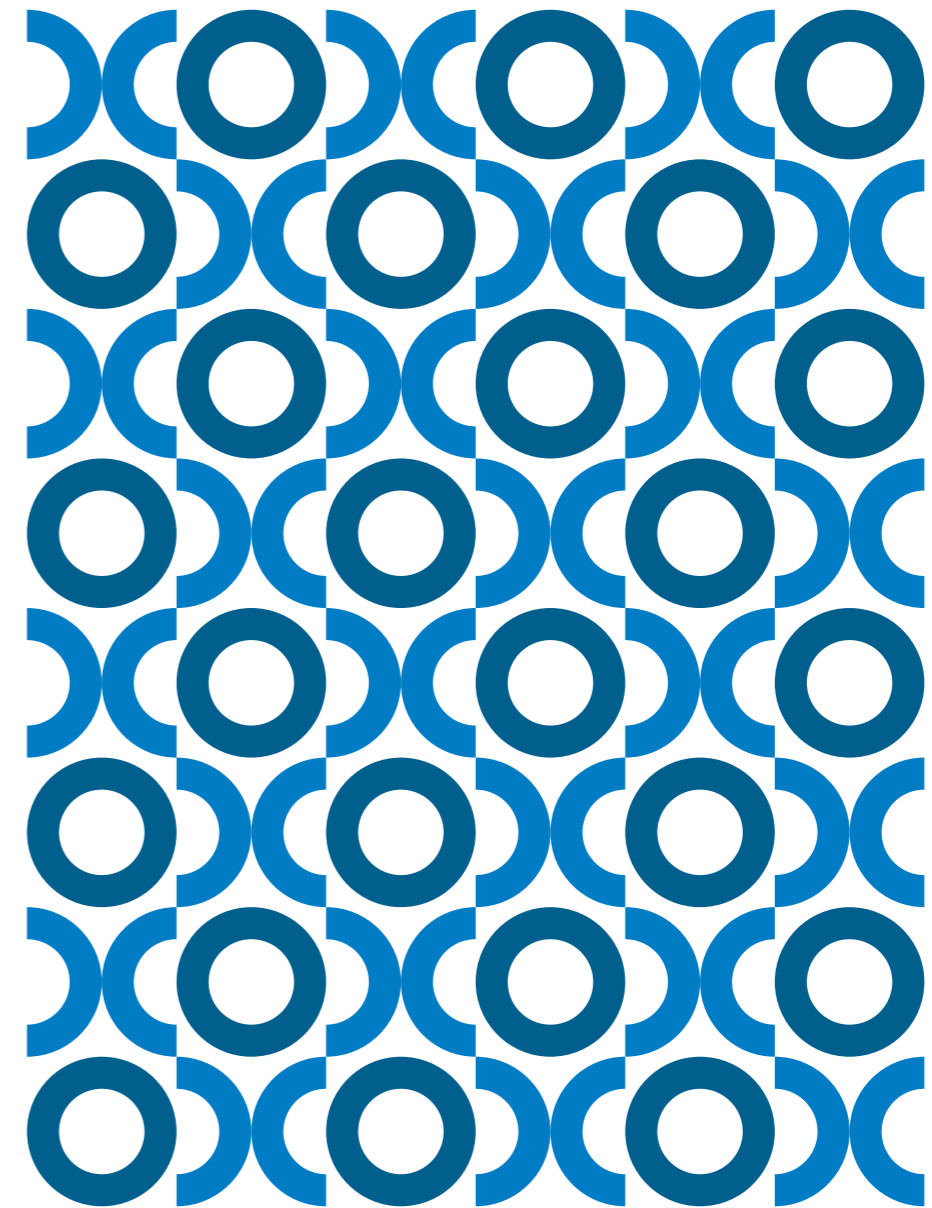
La sperimentazione è stata promossa dalla Rete oncologica regionale nel solco delle strategie per lo sviluppo di percorsi integrati di cura. Di seguito i riferimenti normativi principali che hanno portato all'attivazione della sperimentazione:

- **DGR 735/2020** (giugno 2020), "Rete Oncologica regionale - approvazione Linee di indirizzo per lo sviluppo di percorsi integrati di cura" la Regione Toscana ha approvato le Linee di indirizzo per lo sviluppo di percorsi integrati di cura nella rete oncologica regionale e ha affidato ad ISPRO il coordinamento.
- **DGR 167/2021** (marzo 2021) la Regione Toscana ha approvato il progetto "Oncologia territoriale: modello organizzativo e avvio della sperimentazione", all. A alla già menzionata delibera, e ha affidato a ISPRO la gestione del progetto.
- **Delibera 119/2021** (aprile 2021) ISPRO ha recepito la delibera regionale n. 167/2021 di approvazione del progetto e ha definito un programma di massima delle attività da intraprendere.

#### **Stakeholder coinvolti nell'implementazione dell'iniziativa**

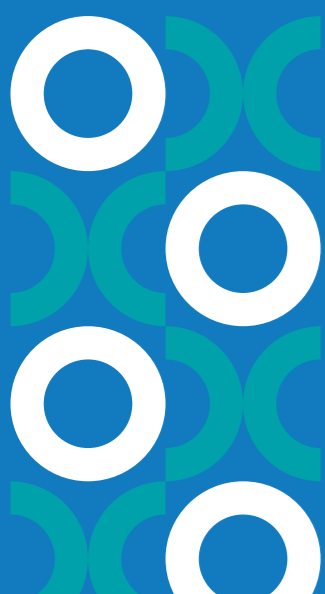
Il *management* del progetto, compreso il monitoraggio della sua realizzazione secondo le modalità e le tempistiche stabilite, è stato affidato ad ISPRO, in collaborazione con gli organi tecnici della rete oncologica, dei settori regionali competenti, quali qualità dei servizi e reti cliniche, organizzazione delle cure e percorsi cronicità, sanità digitale e innovazione, dei coordinatori delle AFT coinvolte e dei Direttori dei Dipartimenti di Medicina Generale delle tre Aziende USL Territoriali. Per la durata della sperimentazione è stata istituita una Cabina di regia di monitoraggio.

È prevista una valutazione dei risultati avvalendosi della collaborazione del Laboratorio MeS, mediante un set di indicatori di processo e di esito comprendente anche misure di esito riportate dal paziente e dati riferiti dai pazienti sulla loro esperienza rispetto a questa tipologia di offerta.

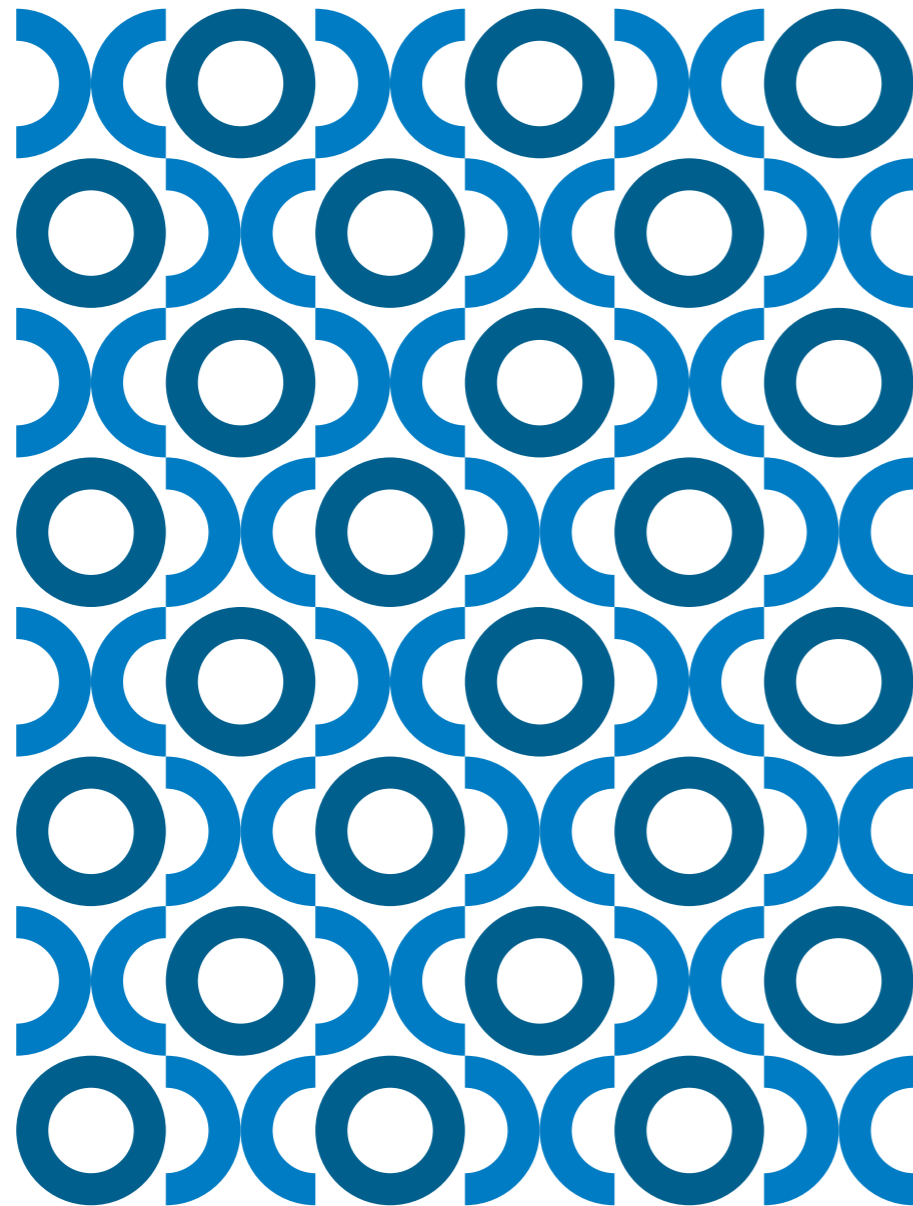




**FATTORI ABILITANTI E  
NODI DI CRITICITÀ EMERSI  
DALL'ANALISI DEI TRE CASI**



## Fattori abilitanti e nodi di criticità emersi dall'analisi dei tre casi



Alla luce dei tre casi analizzati e dal confronto con i professionisti coinvolti nel disegno e implementazione degli stessi sono emersi elementi di contatto e specificità che risultano utili per progettare uno sviluppo dell'oncologia diffusa su scala nazionale. In particolare, le dimensioni di riflessione si concentrano sui seguenti aspetti:

- Servizi e setting
- Risorse Umane
- Governance
- Ricerca e Innovazione
- Implementazione

### SERVIZI E SETTING

I setting territoriali al centro del nuovo modello risultano essere la Casa della Comunità / Casa della Salute e il domicilio del paziente. Questa nuova organizzazione delle cure oncologiche non deve essere vista nell'ottica del decentramento delle cure al fine di ridurre meramente il carico di lavoro ospedaliero, ma come la possibilità di rispondere ai bisogni dei pazienti oncologici in alcune fasi del percorso assistenziale garantendo la qualità delle cure erogate e la sicurezza dei percorsi al pari del contesto ospedaliero (caratteristiche strutturali in primis), nonché la continuità tra setting di cura.

I servizi territoriali devono essere servizi che abbiano valore per il paziente oncologico, nello specifico: interventi a bassa complessità ma che al contempo richiedono molto tempo ai pazienti e ai caregiver (ad esempio, terapie settimanali pazienti metastatici), interventi di prossimità per i pazienti che vivono in aree interne (come nel caso della CDS di Bettola) o pazienti fragili che hanno difficoltà a recarsi nei presidi ospedalieri. In quest'ottica il territorio non è più solo visto come erogatore di prestazioni; tuttavia, è necessario individuare quali servizi rispondano ai requisiti sopra descritti:

- CDC/CDS: ad esempio, valutazione clinica dei malati candidati alla terapia antitumorale o alla terapia di supporto ed erogazione della terapia; esami strumentali non

invasivi (ECG, eco addome); procedure diagnostico-terapeutiche invasive eco-guidate (paracentesi, agoaspirati); visite follow-up; supporto psicooncologico; supporto nutrizionale; educazione terapeutica; gestione tossicità che non richiedano accesso in ospedale; ecc.

- Assistenza Domiciliare Integrata: ad esempio, prelievi per esami ematochimici; terapie orali; ecc.

Il territorio, e in particolare il distretto, spesso è ancora un erogatore di prestazioni scollegate tra di loro, servizi diversi a cui il paziente può rivolgersi (visione a silos) e attori che non vengono coinvolti nelle progettualità e rimangono ai margini del sistema (continuità assistenziale). I modelli di oncologia territoriale dovranno essere costruiti intorno alle necessità del paziente ed evitare che questi si trovi a dover interagire con servizi diversi per ottenere le prestazioni di cui ha bisogno. Inoltre, la presenza di percorsi strutturati in cui può essere inserito il paziente può contribuire a migliorare l'appropriatezza prescrittiva ed organizzativa.

### LE RISORSE UMANE

I professionisti, sanitari e non solo, sono uno dei pilastri dei casi sperimentali presentati in questo documento. Numerosi professionisti prendono in carico i pazienti oncologici (medici specialisti, infermieri, fisioterapisti, psicologi, ecc.), professionisti che possono essere già dipendenti delle aziende sanitarie ed essere coinvolti in questi nuovi servizi territoriali o assunti ex novo.

Il personale coinvolto deve avere una chiara collocazione funzionale e organizzativa all'interno dell'organigramma aziendale ed essere adeguatamente motivato. La creazione o riorganizzazione dei servizi possono essere vissuti dal personale come decisioni top-down, senza un reale coinvolgimento dei professionisti. Per costruire dei modelli territoriali funzionanti gli obiettivi aziendali e quelli dei professionisti devono convergere (motivazione intrinseca ed



estrinseca), offrendo inoltre opportunità di crescita professionale e percorsi di carriera stimolanti. Il personale e di conseguenza il paziente, possono percepire il decentramento sul territorio come la creazione di un'oncologia di minor valore rispetto a quella erogata negli ospedali. È necessario condividere con i professionisti una visione dei nuovi modelli come opportunità per avvicinarsi al paziente, anche uscendo fisicamente dalle mura dell'ospedale.

Ulteriore aspetto da tenere in considerazione è la gestione del rischio, tramite misure atte a garantire la sicurezza delle attività dei clinici e professionisti sanitari coinvolti (ad esempio, responsabilità legale somministrazioni farmaci extra ospedale) anche nei rapporti con le figure di professionali già presenti sul territorio (MMG e altri professionisti).

#### **Governance: collaborazione e multidisciplinarietà**

I progetti di decentramento delle cure oncologiche si inseriscono nel setting delle cure territoriali. È un setting che varia molto a seconda del contesto regionale, i cui attori principali sono i Distretti e i Medici di Medicina Generale. Al fine di attivare un percorso di collaborazione nella gestione dei pazienti oncologici è previsto il coinvolgimento dei professionisti territoriali, inclusi i MMG, attraverso la condivisione del percorso assistenziale, l'eventuale inclusione del modello assistenziale nei PDTA già presenti e la condivisione delle informazioni cliniche riguardanti gli assistiti oncologici e le loro necessità socio-sanitarie.

Per garantire il coordinamento tra i professionisti che lavorano nei diversi setting e la continuità delle cure è necessario individuare una cabina di regia formata da una équipe multidisciplinare per la governance integrata, esplicitando a quale centro di cura fa riferimento il paziente. Inoltre, nelle regioni in cui è presente, la rete oncologica regionale rappresenta uno strumento per rafforzare la collaborazione inter-organizzativa.

Nella gestione collaborativa e multidisciplinare del paziente, in ottica di *continuum of care* sono prioritari investimenti per il superamento della raccolta, trattamento e visualizzazione dei dati clinici per *setting* assistenziali (visone a *silos*). Al momento attuale risultano evidenti i limiti dettati anche dai parametri GDPR europei per la gestione dati sensibili e *privacy*.

#### **Ricerca e Innovazione**

L'oncologia è una delle branche della medicina in cui l'attività clinica si affianca a un'intensa attività di ricerca. L'oncologia territoriale può essere percepita dai professionisti come un setting che offre non solo meno possibilità di ricerca ma anche meno opportunità di inserimento dei pazienti in trial clinici. I modelli di oncologia territoriale dovranno garantire al personale sanitario opportunità di ricerca clinica e traslazionale e ai pazienti la possibilità di partecipare a trial clinici. L'implementazione di nuovi modelli rappresenta un'opportunità per indagare il ruolo e le attività delle professioni sanitarie e favorire la ricerca basata sulla raccolta di dati nel mondo reale (RWE), strutturando flussi dati per la raccolta di esiti prodotti dall'oncologia diffusa.

L'oncologia diffusa rappresenta un'opportunità per promuovere la telemedicina: il teleconsulto, per un'interazione a distanza tra professionisti e condivisione dati clinici, il telemonitoraggio e il telecontrollo come supporto per il controllo domiciliare degli effetti dei trattamenti, la gestione dei sintomi e la televisita quale alternativa alla visita di controllo in presenza per utenti ad esempio clinicamente stabili, lontani dall'ospedale o in condizioni di fragilità.

#### **Processo di implementazione**

Facendo riferimento al caso studio più consolidato, quello di CDC Bettola, emergono chiaramente cinque elementi che, congiuntamente e in modo sinergico, hanno rappresentato i fattori critici di successo fondamentali per l'implementazione del progetto: (i) la condivisione dell'iniziativa sul piano politico locale; (ii) le precondizioni organizzative, logistiche e strutturali; (iii) il supporto da parte della collettività locale e il beneficio percepito dai pazienti; (iv) la motivazione dei professionisti coinvolti; (v) l'adozione di un approccio di innovazione graduale e progressivo di accumulazione di know-how e di capitale organizzativo.

Le doti di leadership del Direttore del Dipartimento di Oncologia, la capacità di condividere la sua visione strategica complessiva, l'appoggio da parte della Direzione Generale dell'AUSL hanno rappresentato elementi chiave per fare in modo che tutti i professionisti si sentissero parte di un progetto solido, supportato dall'alto ma non imposto, e al contempo

sfidante e innovativo. Questo trova conferma nel fatto che i professionisti si siano offerti volontari a partecipare al progetto, senza ricevere alcun corrispettivo economico in cambio. La percezione di prendere parte a qualcosa che dia valore al proprio ruolo professionale, che lo "riempia" di significato, che ricordi il perché si sono fatte determinate scelte di carriera e professione, rappresentano fattori essenziali per un coinvolgimento davvero efficace del personale. Inoltre, l'impostazione del Direttore del Dipartimento, condivisa da tutto il personale clinico, è sempre stata quella di coinvolgere figure professionali con alle spalle diversi anni di esperienza e altamente qualificato. Questo può anche essere considerato come dispositivo di *risk management*, in quanto un personale esperto risulta maggiormente in grado di gestire eventuali situazioni emergenziali anche in contesti meno attrezzati rispetto al setting ospedaliero. Appare quindi importante sottolineare come prestare attività sul territorio non venga percepito come un *downgrading* professionale, ma anzi, al contrario, come un'opportunità lavorativa in più, riservata ai più esperti e capaci.

L'implementazione di nuovi modelli di oncologia diffusa non quindi può prescindere dal coinvolgimento degli stakeholder locali tramite la condivisione dell'iniziativa sul piano poli-

tico locale, il coinvolgimento delle associazioni di volontariato già attive nelle cure domiciliari (ad esempio, Fondazione ANT Italia onlus) e delle associazioni di pazienti.

L'adozione di modelli innovativi deve seguire un approccio graduale che permetta l'accumulazione di *know how* e di capitale organizzativo. È inoltre fondamentale il monitoraggio e la valutazione dei nuovi modelli, inclusa la valutazione dell'esperienza dei pazienti. L'implementazione di pratiche sanitarie di valore include la valutazione dell'esperienza del paziente e il coinvolgimento dello stesso nella scelta degli interventi sanitari e con quale modalità questi vengono erogati. Numerosi studi hanno dimostrato come il coinvolgimento dei pazienti oncologici e anche dei caregiver, il sostegno e la disponibilità degli operatori sanitari migliorino l'esperienza del paziente<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> Zucca A, Sanson-Fisher R, Waller A, Carey M, Boadle D. The first step in ensuring patient-centred quality of care: ask the patient. *European journal of cancer care*. 2017;26(1):e12435



## CONCLUSIONI



## Conclusioni

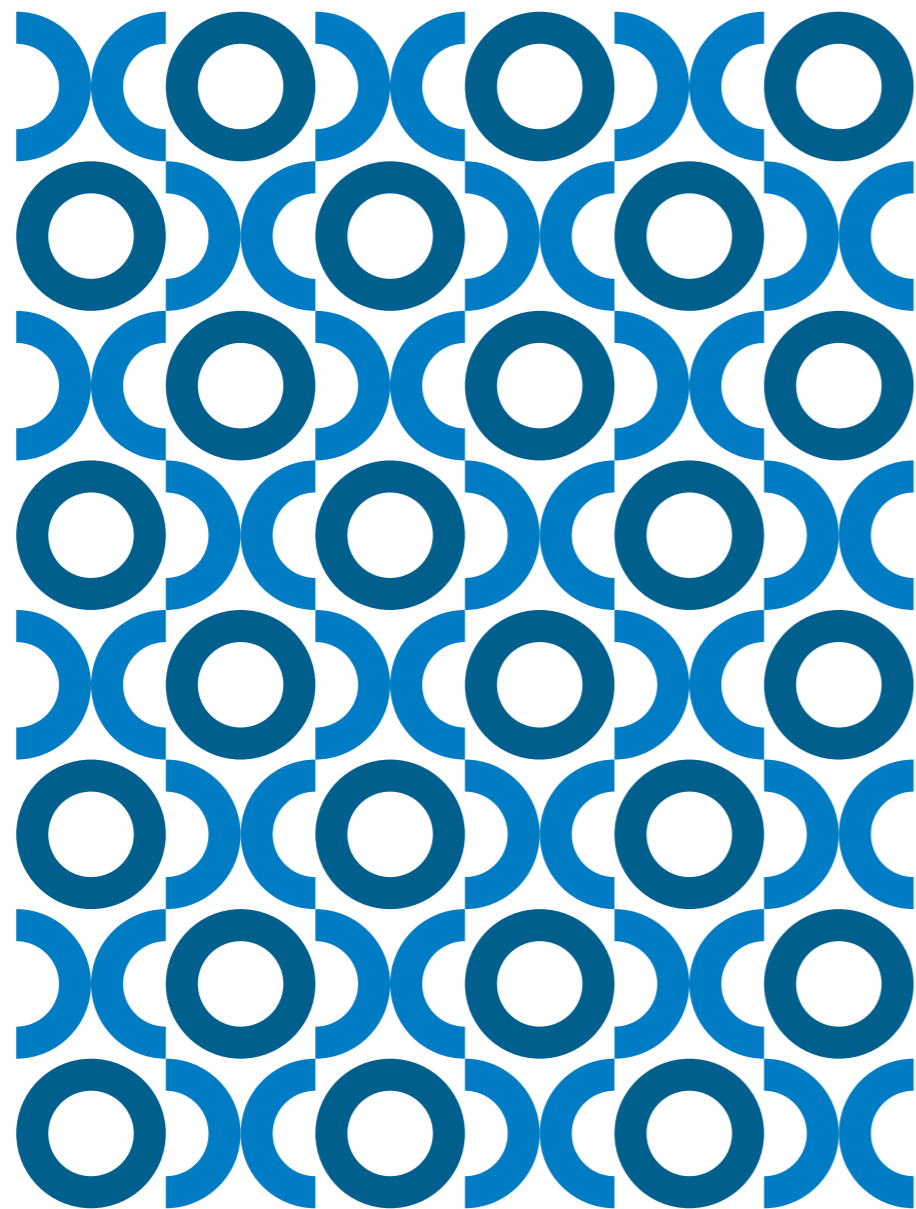
Tre dinamiche fondamentali inducono a ritenere di primaria importanza la promozione di esperienze di decentramento dei servizi oncologici.

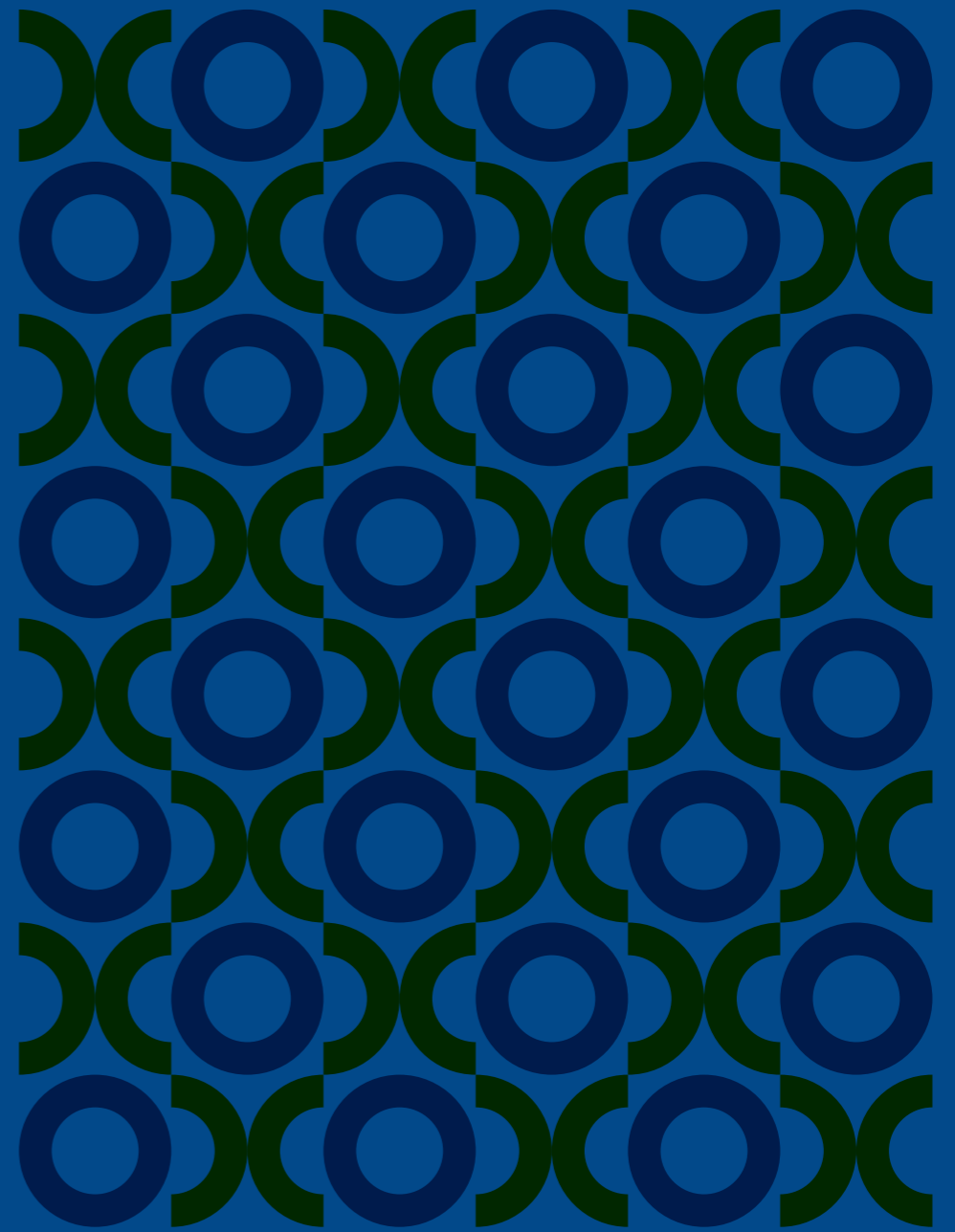
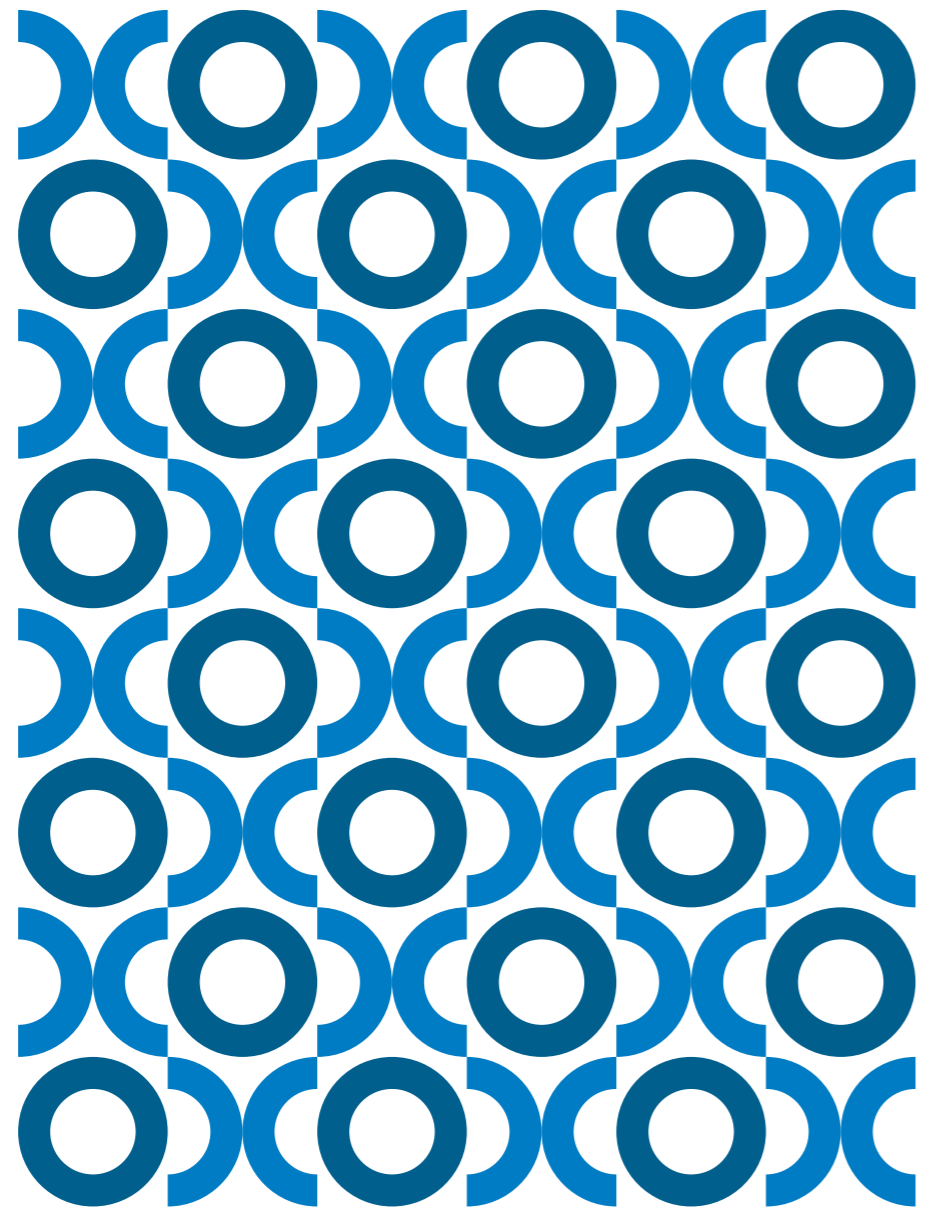
In primo luogo, in questi ultimi anni è cambiata l'epidemiologia del paziente oncologico, con una maggiore aspettativa di vita, la cronicizzazione della patologia e la necessità di cure protratte nel tempo. Pertanto, il paziente necessita di una presa in carico prolungata e con cure spesso frequenti. I pazienti oncologici sono spesso sempre più anziani con comorbidità e bisogni di natura sociale. In questo senso facilitare l'accesso del paziente a setting decentrati diventa una necessità per un'effettiva presa in carico, una riduzione del "burden" legato ai tempi di trasporto del paziente stesso e dei caregiver e un'opportunità per una maggiore umanizzazione delle cure - più difficile nelle strutture ospedaliere, soprattutto quelle di grandi dimensioni. Ciò appare ancora più importante se si tiene conto che le zone interne, generalmente più distanti dalle strutture ospedaliere, sono anche quelle con maggiore presenza di popolazione anziana. La cronicizzazione e quindi il maggiore carico assistenziale di questi pazienti tende inoltre a sovraccaricare i centri specialistici. Il decentramento è pertanto anche una strategia di decongestionamento dei grandi ospedali.

La seconda dinamica è di ordine tecnologico: parte dell'assistenza può essere erogata in modo adeguato anche in setting non specialistico-ospedalieri, fatte chiaramente salve condizioni di sicurezza che possono essere messe a punto in strutture territoriali o ospedali di piccole dimensioni. Inoltre, le opportunità delle nuove tecnologie digitali permettono modalità di trasferimento delle informazioni, di teleconsulto e di presa in carico senza il sistematico e continuativo spostamento del paziente negli hub specialistici.

Infine, il grande progetto di potenziamento dell'assistenza territoriale del PNRR metterà a disposizione del SSN nuovi setting assistenziali più prossimi ai luoghi di vita e di lavoro dei pazienti. Date le prime due dinamiche questa straordinaria potenzialità è un'opportunità per sfruttare queste strutture anche per attività specialistiche, comprese quelle oncologiche, nonché per attività di supporto ai pazienti oncologici (assistenza nutrizionale, psico oncologica, ecc.).

L'oncologia Italiana è ancora quasi esclusivamente centrata sull'erogazione dei servizi i centri specialistici. Tuttavia le tre esperienze presentate precedentemente illustrano concretamente le potenzialità di soluzioni decentrate, anche profondamente diverse tra loro per quanto riguarda la governance, i modelli organizzativi, le soluzioni logistiche e il livello di implementazione. Le esperienze hanno però in comune un razionale condiviso: la ricerca di soluzioni di decentramento per l'oncologia e la fattibilità concreta. In altre parole, esse indicano che è possibile progettare modelli di assistenza che avvicinino i pazienti ai setting assistenziali senza ripercussioni sul piano della qualità assistenziale e con una riduzione dei disagi legati ai lunghi spostamenti. Queste esperienze sono sicuramente innovative e richiedono condizioni facilitanti e una trasformazione profonda nei modelli organizzativi e nella cultura professionale. E sono spesso il frutto di un lungo processo di cambiamento. Con questo lavoro di confronto sistematico tra tre esperienze significative del contesto italiano non si intende proporre modelli predefiniti da esportare. L'obiettivo del contributo è stimolare un dibattito su un tema centrale per l'evoluzione dell'oncologia italiana e, più in generale, dell'agenda di politica sanitaria che ha posto come priorità lo sviluppo dell'assistenza di prossimità.





L'ONCOLOGIA DI PROSSIMITÀ:  
ESPERIENZE A CONFRONTO



SUPPLEMENTO  
ALLA RIVISTA  
SEMESTRALE  
MONITOR • 2022



Università  
Bocconi

CERGAS  
Centre for Research on Health  
and Social Care Management



AGENZIA NAZIONALE PER  
I SERVIZI SANITARI REGIONALI