



## ONCOLOGIA TERRITORIALE:

### MODELLO ORGANIZZATIVO ED AVVIO DELLA SPERIMENTAZIONE

A cura di:

#### **Coordinamento Dipartimenti Oncologici ISPRO**

Organismo di Coordinamento della Rete Oncologica Regionale - Comitato Tecnico

#### **Premessa: i tumori Italia, in Toscana e in una AFT**

Secondo l'ultimo report dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) *I numeri del cancro in Italia 2020*, sarebbero 3,6 milioni i malati oncologici sul territorio, con circa mille nuovi casi ogni giorno. Un quadro complesso dal punto di vista assistenziale e gestionale, soprattutto considerando che la maggior parte di questi pazienti sono in carico quasi esclusivamente alle strutture ospedaliere.

Ogni anno in Toscana sono diagnosticati circa 27.000 nuovi tumori (esclusi i tumori cutanei diversi dal melanoma), rappresentati soprattutto, secondo i dati del Registro Tumori della Regione Toscana, dal tumore della mammella (13% di tutte le nuove diagnosi considerando uomini e donne assieme), del colon retto (13%), del polmone (11%) e della prostata (9%). Oltre la metà di tutte le nuove diagnosi di tumore maligno effettuate nella nostra regione riguardano persone di 70 e più anni di età, poco più di un terzo gli adulti in età 50-69 anni; tra i giovani sotto i 50 anni di età è diagnosticato il restante 10-15% delle patologie oncologiche.

Nel 2020 sono attesi circa 208.000 casi prevalenti, 96.000 uomini e 112.000 donne, ovvero residenti nella regione Toscana che nel passato hanno affrontato una diagnosi di tumore, in particolare di tumore della mammella (23% del totale dei casi prevalenti), del colon retto (15%) e della prostata (12%), tre patologie neoplastiche che costituiscono la metà di tutti i casi prevalenti.

Per una popolazione di circa 30.000 residenti, quale è quella che insiste in una Aggregazione Funzionale Territoriale di Medici di Medicina Generale (AFT), si stimano circa 200 nuove diagnosi tumorali annue e, per quanto riguarda la prevalenza, la presenza di circa 1.700 persone che in un momento della loro vita hanno avuto una diagnosi di tumore maligno: un insieme eterogeneo di soggetti, caratterizzati da bisogni socio-sanitari diversi, che assorbono con intensità diverse risorse del sistema regionale, poiché alcuni stanno effettuando approfondimenti diagnostici, altri stanno affrontando terapie specifiche o esami di *follow-up*, mentre una piccola parte si trova in una fase finale di malattia.



## Riferimenti normativi, linee guida e progettualità a livello nazionale

Con l’emanazione da parte di Agenas delle “Linee di indirizzo organizzative e delle raccomandazioni per la Rete Oncologica che integra l’attività ospedaliera per acuti e post acuti con l’attività territoriale”, approvate dalla Conferenza Stato-Regioni il 17 aprile 2019, si è affermato un passaggio chiave all’interno del Servizio Sanitario Nazionale, prevedendo che mediante il modello organizzativo delle Reti oncologiche venga assicurato un ‘ponte’ tra ospedale e territorio.

Il progetto S.M.A.R.T. Care (Soluzioni e metodi avanzati di riorganizzazione territoriale in sanità) messo a punto da Simm (Società italiana di leadership e management in medicina) e Periplo (Rete delle reti oncologiche) si pone l’obiettivo di realizzare un modello organizzativo capace di dislocare al di fuori degli ospedali alcune delle terapie e delle prestazioni rivolte ai malati oncologici cronici. Obiettivo dell’intervento Smart Care è dunque creare un modello capace di garantire la migliore assistenza per il paziente oncologico anche sul territorio, ricollocando i servizi sanitari in maniera più appropriata e coordinando tutti i soggetti coinvolti.

Regione Toscana, in armonia con quanto sopra riportato, ha approvato lo scorso giugno la DGR 735/2020 “Rete Oncologica regionale - approvazione Linee di indirizzo per lo sviluppo di percorsi integrati di cura”.

La delibera assegna ad ISPRO il coordinamento complessivo delle progettualità aziendali, in particolare per lo sviluppo di modelli interaziendali di Area Vasta che recepiscano gli obiettivi e assicurino il monitoraggio, nonché la fase di sperimentazione e i requisiti organizzativi dei modelli individuati.

Tale approccio rappresenta una svolta epocale nel paradigma di cura del paziente oncologico, marcando l’importanza di stabilire una piena ed efficace integrazione ospedale/territorio in ambito oncologico, promuovendo lo sviluppo e la disponibilità di competenze adeguate per la gestione delle persone affette da tumore anche al di fuori dell’ospedale, peraltro superando la logica tradizionale dell’integrazione con quella più attuale di *continuum of care* all’interno della rete oncologica.

L’oncologia ospedaliera deve pertanto prevedere attività anche in proiezione territoriale con modalità innovative di flessibilità e anche di mobilità del personale, inclusa l’estensione territoriale delle Reti Formative delle Scuole di Specializzazione in Oncologia Medica.

Per ogni fase di malattia del paziente oncologico deve essere individuato il modello assistenziale più appropriato (ospedaliero e territoriale) favorendo la flessibilità e lo spostamento nell’ambito dei diversi *setting* assistenziali (domicilio, ospedalizzazione domiciliare, cure intermedie, day hospital, ricovero ordinario).



## Ambito di applicazione e sviluppo di percorsi integrati di cura

Nonostante nel tempo i cambiamenti epidemiologici abbiano determinato la cronicizzazione di alcune tipologie di tumore, la maggioranza dei casi prevalenti in oncologia sono ad oggi ancora in carico alle strutture ospedaliere, generando talvolta un sovraccarico delle stesse, con livelli di intervento non sempre appropriati rispetto al *setting*, a fronte di una carenza di risposte extra-ospedaliere, che devono pertanto essere potenziate e integrate, creando un *continuum* organizzativo/professionale tra le risposte clinico assistenziali ospedaliere e territoriali, eliminando qualsiasi frammentazione erogativa.

L'attuale pandemia virale ha sottolineato l'importanza di salvaguardare la risorsa ospedale, a fronte dell'emergenza epidemiologica, trasferendo attività specifiche nel *setting* territoriale; tale approccio si è reso necessario anche in considerazione dei rischi di contagio cui sono esposti i pazienti affetti da tumore, spesso fragili e immunodepressi.

La pandemia di Covid-19 ha quindi accelerato alcuni processi prima solo teorizzati, come quello di delocalizzare sul territorio parte dell'assistenza dei malati oncologici. Gli ospedali, infatti, sono diventati il fulcro della gestione dei malati Covid-19 con un'inevitabile ripercussione su tutti gli altri pazienti, compresi quelli oncologici. La riorganizzazione delle attività oncologiche che si è resa necessaria in relazione alla gestione dell'emergenza COVID-19 ha determinato la messa in atto di alcune soluzioni, talvolta sperimentali, di presa in carico a distanza e a livello territoriale e/o domiciliare del paziente con tumore, mostrando una discreta efficacia delle risposte anche in assenza di chiari modelli organizzativi.

Ridisegnare il percorso oncologico, capitalizzando le azioni innovative generate in contesto emergenziale, rappresenta pertanto una priorità; il potenziamento della medicina del territorio è alla base di questo cambiamento, in quanto, anche in riferimento all'attuale pandemia, le attività oncologiche, rientrano tra quelle definite anche dalle Ordinanze della Regione Toscana come indifferibili e non procrastinabili.

Pertanto, al fine di non ricorrere soltanto al *setting* ospedaliero, appare chiaro come il potenziamento della medicina territoriale rappresenti una vera e propria necessità.

Secondo questo approccio devono essere individuati "recettori oncologici" a livello territoriale con specialisti del settore operanti in *setting* quali il domicilio o le strutture di cure intermedie, in sinergia con: medico di medicina generale, altro specialista territoriale e ospedaliero. In particolare, il ricorso all'utilizzo di posti letto anche per il paziente oncologico a medio-bassa intensità assistenziale rappresenta una vera e propria innovazione, al fine soprattutto di ridurre eventuali accessi impropri al pronto soccorso e nei reparti di degenza ordinaria.

Il paziente oncologico e la sua presa in carico anche territoriale verranno organizzati secondo il nuovo modello del Chronic Care Model creando nel *setting* della medicina generale un P.A.I. tra i



vari protagonisti coinvolti e di cui il MMG è un case manager: secondo tale modello alcuni trattamenti (in questo caso oncologici), di medio-basso impegno assistenziale, possono essere eseguiti a domicilio oppure in strutture territoriali (Case della Salute, Strutture di cure intermedie), sotto controllo specialistico ed in sinergia con il medico di medicina generale e lo specialista ospedaliero.

Deve pertanto essere introdotta una nuova dimensione organizzativa all'interno della rete oncologica, secondo la quale il *setting* di cura diventa una variabile 'dipendente' che discende dai criteri di appropriatezza organizzativa e non da una compartimentazione tra diversi ambiti di intervento. Il team è infatti unico e può prevedere la possibilità che i professionisti intervengano in momenti diversi e in *setting* diversi nel percorso di cura del paziente.

### Sperimentazione pilota sul territorio

Al fine di implementare quanto sopra riportato ISPRO, avvalendosi anche degli organi tecnici della rete oncologica, curerà la definizione e il coordinamento di una sperimentazione, assicurando inoltre il monitoraggio e la valutazione condivisa *in progress* della progettualità.

Obiettivo della sperimentazione è quello di validare i requisiti organizzativi e i relativi indicatori ritenuti adeguati per 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.

La sperimentazione prevede la realizzazione di un progetto pilota che si svilupperà all'interno di una Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) di Medici di Medicina Generale per ciascuna Area Vasta, interessando pertanto un bacino di utenza di circa 90.000 persone. L'individuazione delle AFT avverrà di concerto tra il Direttore Generale di ISPRO (coadiuvato dal Coordinamento dei Dipartimenti Oncologici), i Settori regionali competenti in materia di reti cliniche e di organizzazione delle cure e percorsi di cronicità, e i Direttori dei Dipartimenti della Medicina Generale e il referente di AFT individuato. Ove possibile, le AFT da coinvolgere nella sperimentazione, saranno selezionate in maniera da essere rappresentative delle diverse conformazioni territoriali (es. aree urbane, aree rurali e/o disagiate, aree costiere, ecc...).

I pazienti oncologici che corrispondono ad assistiti della AFT sono in carico ad un Dipartimento Oncologico, in genere quello dell'Azienda USL o della AOU della stessa Area vasta, per facilitare le risposte di prossimità rivolte alla cura e assistenza dei pazienti oncologici viene prevista una proiezione in ciascuna AFT sede di sperimentazione di figure professionali (oncologo medico e infermiere) che operano al livello territoriale, di norma nella Zona Distretto di riferimento, e che svolgono una funzione di 'recettori territoriali' operando in raccordo stretto tra il MMG dell'assistito che assiste quei pazienti ed il Dipartimento Oncologico che li ha in carico.



Gli infermieri svolgeranno una funzione di raccordo per i pazienti oncologici, in collegamento con i relativi infermieri di Famiglia e Comunità, adottando modelli di gestione proattiva simile a quelli dei pazienti cronici a livello territoriale individuati dal nuovo modello della sanità di iniziativa, coadiuvando gli oncologi territoriali nella gestione assistenziale dei pazienti e nei rapporti con gli altri *stakeholders*.

Gli oncologi territoriali operano all'interno delle AFT e della Zona Distretto (poliambulatori, Case della Salute, ecc.), e utilizzano tutti gli applicativi che saranno concordati e forniti alla medicina generale e che sono necessari per visionare, trasmettere, consultare la documentazione socio-sanitaria, al fine di garantire la continuità assistenziale e la costante tenuta dei rapporti con il paziente stesso, con il MMG e con l'Oncologia Ospedaliera.

In tal senso è ritenuta necessaria e oggetto di ulteriori sviluppi del progetto la realizzazione di una adeguata infrastruttura informatica che consenta la fruibilità delle informazioni cliniche e assistenziali dai diversi professionisti coinvolti, facilitando pertanto l'utilizzo delle modalità di televisita/teleconsulto e la possibilità di attivazione (referral) di tutte le figure necessarie sia a livello territoriale che ospedaliero.

La disponibilità di una infrastruttura tecnologica e di sistemi informativi interconnessi consente un efficiente raccordo fra i diversi interlocutori, abilitando una visione d'insieme del percorso di presa in carico e cura, nell'ottica di soluzioni di *digital health*, che consenta anche a distanza di acquisire informazioni e condividere decisioni terapeutiche.

L'ambito privilegiato di intervento delle risposte territoriali dei percorsi di cura e assistenza dei pazienti oncologici è individuato in:

- gestione ordinaria e routinaria dei pazienti oncologici “cronici” (valutazione dei risultati degli accertamenti diagnostici, conferme di terapie, visite di controllo, ecc.)
- collaborazione al percorso di *follow-up* secondo le logiche della medicina di iniziativa, assicurando momenti strutturati di interazione tra specialista ospedaliero e MMG ed effettuazione di prestazioni di follow up (visite, accertamenti diagnostici) in post terapia e a medio-lungo termine
- somministrazione di terapie orali, sottocutanee ed endovena a bassa intensità (rivalutazioni, conferme, controlli, educazione terapeutica)
- gestione delle tossicità che non richiedono accesso in urgenza all'ospedale
- supporto psiconcologico
- supporto nutrizionale
- ulteriori valutazioni specialistiche.

In particolare in relazione alle attività soprariportate l'oncologo territoriale e l'infermiere *case manager*, nell'ambito delle rispettive competenze, assicurano:



- l'individuazione dei pazienti oncologici assistiti dai MMG di quella AFT e verifica la presa in carico da parte del/dei Dipartimento/i Oncologico/i di riferimento, al fine di creare una connessione strutturata con tutti gli interlocutori
- la verifica dello stato clinico della malattia oncologica di ogni paziente, al fine di valutare gli eventuali interventi assistenziali che potrebbero essere effettuati sul territorio anziché in ospedale, in accordo con la struttura in ambito oncologico che segue il paziente e con il MMG
- il costante collegamento tra il MMG e l'equipe ospedaliera, al fine di creare una sinergia strutturata costante
- il supporto specialistico alle equipe infermieristiche e multiprofessionali che svolgono attività domiciliare integrata (ADI) ai malati oncologici della AFT
- la collaborazione con l'ACOT di riferimento e il Bed Manager dell'ospedale per la gestione delle dimissioni in caso di ricovero ospedaliero che richiedono un ricovero in un setting di Cure intermedie, o con il MMG e l'ACOT in caso di pazienti provenienti dal territorio per i quali è ritenuto appropriato tale setting in alternativa al ricovero per pazienti che, per condizioni cliniche e/o bisogni assistenziali sanitari non possono essere assistiti a domicilio

A tal fine le tipologie, non esaustive, di pazienti oncologi per le quali valutare l'indicazione al ricovero in una struttura di Cure intermedie sono:

- pazienti che richiedono cure di supporto continuative, in un'ottica di Cure Simultanee (terapie di supporto nutrizionali, idratazione, terapia del dolore, terapia antibiotica, antifungina e antivirale endovenosa, paracentesi, toracentesi evacuative);
- pazienti che richiedono sorveglianza continuativa post trattamento chemioterapico, per i quali il rischio di tossicità acuta a seguito dello stesso è significativamente più elevato a causa di patologie concomitanti (ad esempio, pazienti cardiopatici in trattamento curativo con fluoropirimidine), in presenza di malattia *bulky* (rischio di sindrome da lisi tumorale) oppure in caso di trattamenti chemioterapici complessi;
- pazienti candidabili a trattamento chemioterapico ma con situazione socio-sanitaria di grave fragilità;
- pazienti in buon compenso clinico post dimissione ospedaliera, sottoposti a trattamento radioterapico per metastasi ossee o compressione midollare, pazienti convalescenti da episodi di neutropenia febbrile, insufficienza renale acuta post-terapia, embolia polmonare, nausea e vomito, cachessia;
- pazienti con situazioni cliniche complesse e di non facile gestione domiciliare (tracheostomizzati, drenaggi pig tail addominali-toracici, pompe infusionali a permanenza);
- pazienti non autosufficienti che richiedono un periodo di riabilitazione oncologica;
- pazienti in transizione da un trattamento attivo a trattamenti sintomatici e cure di fine vita.

Durata della sperimentazione

La sperimentazione avrà una durata di 12 mesi. Si prevede inoltre una fase propedeutica, precedente l'avvio effettivo della sperimentazione, per permetterne la strutturazione specifica di concerto con i



Settori regionali competenti, anche in relazione all'individuazione delle AFT da coinvolgere e del personale da destinare alla sperimentazione.

### Monitoraggio

Il management del progetto, compreso il monitoraggio della sua realizzazione secondo le modalità e le tempistiche stabilite, è affidato ad ISPRO, che si avvale della collaborazione di:

- Coordinamento Dipartimenti Oncologici;
- Settori regionali competenti (Qualità dei servizi e reti cliniche, Organizzazione delle cure e percorsi cronicità, Sanità digitale e innovazione);
- Coordinatori delle AFT coinvolte e Direttori dei Dipartimenti di Medicina Generale delle 3 Aziende USL Territoriali;

Relativamente alla valutazione delle performances sanitarie attualmente si registra diffusamente un deficit di misurabilità in particolare per quanto riguarda l'offerta e l'erogazione dei servizi territoriali per il malato oncologico, mentre è sempre più evidente la convinzione che le Reti oncologiche devono essere valutate complessivamente, con indicatori affidabili applicati in tutti i *setting*, compresi i percorsi territoriali.

Per quanto attiene il progetto è prevista una valutazione dei risultati avvalendosi della collaborazione del Laboratorio Mes mediante un set di indicatori di processo e di esito che comprende anche misure di esito riportate dal paziente e dati riferiti dai pazienti sulla loro esperienza rispetto a questa tipologia di offerta. A tal fine verranno raccolti dati relativi a:

- numero, tipologia di visite erogate sul territorio (Case della Salute, ambulatori medici di quella AFT, domicilio, ecc..), con particolare riferimento alle visite di follow up e modalità di effettuazione (in presenza, televisita, teleconsulto)
- numero e tipologia di terapie somministrate in setting territoriali
- numero di visite/consulenze oncologiche erogate presso strutture di cure intermedie e alle équipes multiprofessionale ADI.

### Risultati attesi

Al termine della sperimentazione in base all'esito della stessa verranno definiti i requisiti organizzativi propri del modello e individuate le modalità con le quali procedere all'eventuale estensione a livello regionale.

### Risorse necessarie

Per la realizzazione del progetto pilota è previsto un finanziamento ad ISPRO per l'acquisizione delle risorse necessarie, come da schema sotto indicato.



| Tipologia   | Costo   |
|---|---------|
| n. 3 oncologi                                       | 140.000 |
| n. 3 infermieri                                     | 105.000 |
| n. 1 professionista per il supporto al monitoraggio | 25.000  |
| dotazioni tecnologiche                              | 20.000  |
| TOTALE  | 290.000 |

Con atti successivi verranno definite le modalità di valorizzazione della collaborazione delle altre figure professionali.