

## Linee di indirizzo per lo sviluppo di percorsi integrati di cura nella rete oncologica regionale

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 per la modernizzazione del SSN, laddove si prevede che mediante il modello organizzativo delle reti oncologiche si intende assicurare un 'ponte' tra ospedale e territorio.

La necessità di un *continuum* organizzativo e professionale tra le risposte clinico assistenziali ospedaliere e quelle territoriali rappresenta un'urgenza tale da rendere anacronistico affrontarle, come è sempre accaduto finora, solo in termini di bisogno di 'integrazione', mantenendo nei fatti una frammentazione erogativa.

L'esigenza di adottare criteri di organizzazione che abbraccino tutto il percorso del paziente, garantendo una presa in carico reale e completa e annullando le dicotomie originarie presenti nell'assetto organizzativo del sistema sanitario, è tale da richiedere di introdurre in modo strutturale all'interno della rete oncologica una nuova dimensione organizzativa. Essa si configura con l'integrazione delle differenti specialità e approcci professionali in un "team oncologico" per la gestione clinica e assistenziale dei pazienti affetti da tumore, che condivide i percorsi di cura e assicura equità di accesso alle cure e continuità nella presa in carico.

Il setting di cura diventa in questa accezione 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.

L'esperienza recente dell'emergenza COVID-19 ci offre l'occasione per ridisegnare il percorso oncologico, capitalizzando le azioni innovative sperimentate in questo contesto emergenziale. Si è infatti senz'altro assistito ad un "allentamento" del carico emotivo sul cancro e dell'orientamento diffuso su una gestione specialistica prevalentemente ospedaliera dei pazienti oncologici, che ha consentito di attivare modelli emergenziali sperimentali di presa in carico a distanza e a livello territoriale e/o domiciliare del paziente con tumore, mostrando già una discreta efficacia delle risposte anche in assenza di chiari modelli organizzativi.

E' pertanto ritenuto possibile e opportuno ridefinire il paradigma dell'assistenza oncologica nell'ambito del SSR, promuovendo lo sviluppo e la disponibilità di competenze adeguate per la gestione delle persone affette da tumore, anche al di fuori dell'ospedale, superando di fatto la logica tradizionale dell'integrazione con quella più attuale di *continuum of care* all'interno della rete oncologica.

Questo passaggio ulteriore verso una nuova operatività della rete oncologica ha forti basi di supporto sia di tipo epidemiologico che clinico. Si sono infatti verificate nel tempo alcuni cambiamenti epidemiologici legati in parte all'allungamento della vita media (pazienti anziani con tumore associato ad altre patologie croniche) ed in parte all'aumento delle possibilità di cura, fino ad una vera e propria cronicizzazione della patologia oncologica per alcune tipologie di tumore.

Tuttavia la maggioranza dei casi prevalenti in oncologia (pazienti in trattamento primario o in ripresa di malattia, pazienti in *follow-up*, pazienti guariti) sono ad oggi in carico alle strutture ospedaliere, peraltro con una domanda decisamente sproporzionata rispetto all'offerta. La storia naturale del percorso di cura del paziente oncologico è invece fatta di brevi fasi ospedaliere ben

strutturate e di lunghi periodi con necessità di prestazioni erogabili anche a livello territoriale e/o domiciliare, che non trovano ancora in questo ambito risposte altrettanto organizzate.

Da questo discende anche un sovraccarico eccessivo delle strutture ospedaliere con livelli di intervento non sempre appropriati rispetto al *setting* a fronte di una carenza di risposte extraospedaliere. Inoltre occorre considerare che con una sostanziale delega all'oncologia ospedaliera di bisogni complessi (età avanzata, polimorbilità), il peso empatico della malattia neoplastica rischia a volte di acuire la fragilità clinica e psicologica del paziente neoplastico. Occorre quindi ridisegnare il paradigma dell'assistenza oncologica superando i confini arbitrari tra i diversi ambiti di cura ed assistenza e promuovendo lo sviluppo di competenze adeguate anche al di fuori dell'ospedale.

In questa prospettiva si inserisce anche la possibilità di assistenza oncologica per i pazienti le cui condizioni cliniche non consentono di essere seguiti a domicilio ma che non richiedono il ricovero in ospedale per acuti o in dimissione dall'ospedale, prevedendo proiezioni funzionali di oncologi presso strutture di cure intermedie in caso di ricovero di soggetti oncologici non in fase di terapia palliativa.

La finalità è il recupero dei livelli possibili di autonomia per il reinserimento domiciliare o in struttura sociosanitaria, senza interrompere l'iter terapeutico (chemioterapia, terapie di supporto e integrative) e assistenziale in corso.

La necessità di salvaguardare la risorsa ospedale impegnata nella gestione dell'emergenza COVID e soprattutto il bisogno di ridurre il rischio di contagio nei pazienti con tumore (fragili e spesso immunocompromessi), ha determinato una riorganizzazione delle attività oncologiche che è avvenuta senza riduzione della offerta e alcune soluzioni organizzative sono rapidamente diventate modalità di presa in carico diffuse a livello regionale e nazionale, in particolare:

- alcuni trattamenti chemioterapici sono stati eseguiti a casa del paziente con domiciliazione del farmaco (anche di tipo ospedaliero)
- si è ricorsi in molti casi alle televisite e al teleconsulto per il monitoraggio del paziente in trattamento
- è stato incrementato il F.U. gestito a domicilio, in sinergia con il Mmg
- è stata assicurata la presa in carico di alcuni bisogni assistenziali da parte del MMG o di strutture di cure intermedie presenti nel territorio
- si è posta maggior attenzione ai rapporti rischi/benefici in caso di terapie oncologiche per fasi molto avanzate di malattia ed è stato possibile un maggior ricorso a programmi di cure palliative/di supporto.

Queste soluzioni rappresentano un patrimonio di esperienze da valorizzare e trasferire nella 'nuova' normalità.

Gli aspetti cardine del nuovo paradigma organizzativo che deve caratterizzare la Rete Oncologica regionale della Toscana sono:

- ridurre l'attuale sbilanciamento di risorse oncologiche tra setting ospedalieri ed extraospedalieri,
- potenziare le risposte oncologiche all'interno dei setting territoriali, contribuendo allo sviluppo di competenze all'interno delle articolazioni organizzative multidisciplinari e multiprofessionali (Case della Salute, AFT, infermiere di famiglia, ecc.),
- ridefinire i percorsi diagnostico terapeutici, prevedendo un maggior contributo delle risposte erogate in setting territoriali,

● accelerare lo sviluppo delle reti per patologia, per i tumori a maggiore diffusione, assicurando in particolare la realizzazione delle sotto-reti operative di Area Vasta, che devono ricomprendere tutti i professionisti coinvolti nella presa in carico dei pazienti oncologici, all'interno di un'unica unità funzionale.

Le azioni da intraprendere sono in sintesi:

1) individuare un unico riferimento professionale (Team oncologici multidisciplinari e multiprofessionali per la gestione clinica dei pazienti con patologie tumorali più diffuse) per un definito bacino di riferimento, composto da professionisti che possono intervenire sia in setting ospedalieri che extra, assicurando nuove modalità di flessibilità e mobilità del personale

2) pianificare l'estensione territoriale delle Reti Formative delle Scuole di Specializzazione in Oncologia Medica

3) prevedere "recettori oncologici" al di fuori dell'ospedale mediante la presenza di specialisti del settore operanti a domicilio, nelle strutture di cure intermedie, nelle Case della Salute, ecc.

4) introdurre come modalità organizzativa strutturale della rete oncologica regionale la possibilità di assistenza oncologica nei setting di cure intermedie e dell'ospedalizzazione domiciliare, definendo i criteri di appropriatezza organizzativa e assicurando la necessaria sinergia tra i diversi apporti professionali (oncologo, MMG, ecc.)

5) definire una declinazione specifica del Chronic Care Model per i pazienti oncologici, in modo da assicurare il mantenimento costante della conoscenza dello stato di salute da parte del team che lo ha in cura -del quale fa parte il MMG- mediante gli strumenti individuati dal modello stesso (contatto telefonico, self management, referral codificato tra i diversi professionisti, ecc.). Il Care-giver ed il volontariato sono parte integrante dell'equipe di cura e partecipano, o comunque sono coinvolti, nelle valutazioni di percorso

6) individuare una figura di riferimento per il paziente all'interno del Team oncologico (*tutor*) per agevolare i passaggi delle diverse fasi di presa in carico da parte di strutture diverse (infermiere *case manager*) facilitando lo spostamento nell'ambito dei vari *setting* (domicilio, ospedalizzazione domiciliare, cure intermedie, DH, ricovero ordinario)

7) potenziare il *follow-up* non specialistico da parte del MMG, secondo le logiche della medicina di iniziativa, assicurando momenti strutturati di interazione tra specialista e MMG

8) sviluppare una infrastruttura telematica a supporto della presa in carico del paziente oncologico, che consenta la televisita e teleconsulto, con possibilità di attivazione di tutte le figure coinvolte e la raccolta delle informazioni cliniche e assistenziali in un unico *repository*, fruibile dai diversi professionisti

9) definire e aggiornare costantemente le indicazioni nei PDTA con individuazione delle sedi di presa in carico e di cura e dei professionisti di volta in volta coinvolti.

Per rendere operative queste indicazioni che permetteranno una declinazione unica 'orizzontale' del percorso di cura del paziente con tumore, mediante il collegamento sistematico tra i diversi *setting* e la continuità di cura nella presa in carico da parte del Team, è necessario avviare specifiche progettualità, coordinate da ISPRO, per lo sviluppo di modelli interaziendali di Area Vasta che recepiscano le indicazioni riportate in allegato alla presente, assicurandone inoltre il monitoraggio e definendo, dopo la fase di sperimentazione, i requisiti organizzativi del modello e i relativi indicatori.

A tale scopo ISPRO, avvalendosi anche degli organi tecnici della rete oncologica, assicurerà il coordinamento complessivo delle progettualità, anche attraverso la definizione delle specifiche indicazioni per la presentazione dei progetti da parte delle tre AUSL, che dovranno necessariamente coinvolgere le AO, per lo sviluppo di modelli interaziendali di Area Vasta che recepiscono le presenti indicazioni.

Gli obiettivi da raggiungere sono:

- adottare in modo condiviso strategie organizzative per la realizzazione di team di percorso
- promuovere l'introduzione e l'uso ottimale di tecnologie di telecomunicazione per le televisite e il teleconsulto
- uniformare l'equità di accesso alla prevenzione, diagnosi e cura e al sostegno assistenziale all'interno della rete oncologica regionale
- promuovere l'attuazione di soluzioni tecnico – logistiche comuni per la raccolta dei dati sanitari dei pazienti oncologici (ad. es. sezione dedicata nel FSE)
- favorire lo sviluppo di competenze specifiche all'interno dei setting territoriali (ad es. MMG con special interest per oncologia con funzioni di raccordo con il Team specialistico, presenza programmata dell'oncologo all'interno della AFT o della Casa della Salute, case management oncologico come ambito specifico nell'infermieristica di comunità, ecc.).

ISPRO assicurerà inoltre il monitoraggio e la valutazione condivisa *in progress* delle progettualità e definirà, dopo la fase di sperimentazione, i requisiti organizzativi del modello e i relativi indicatori.