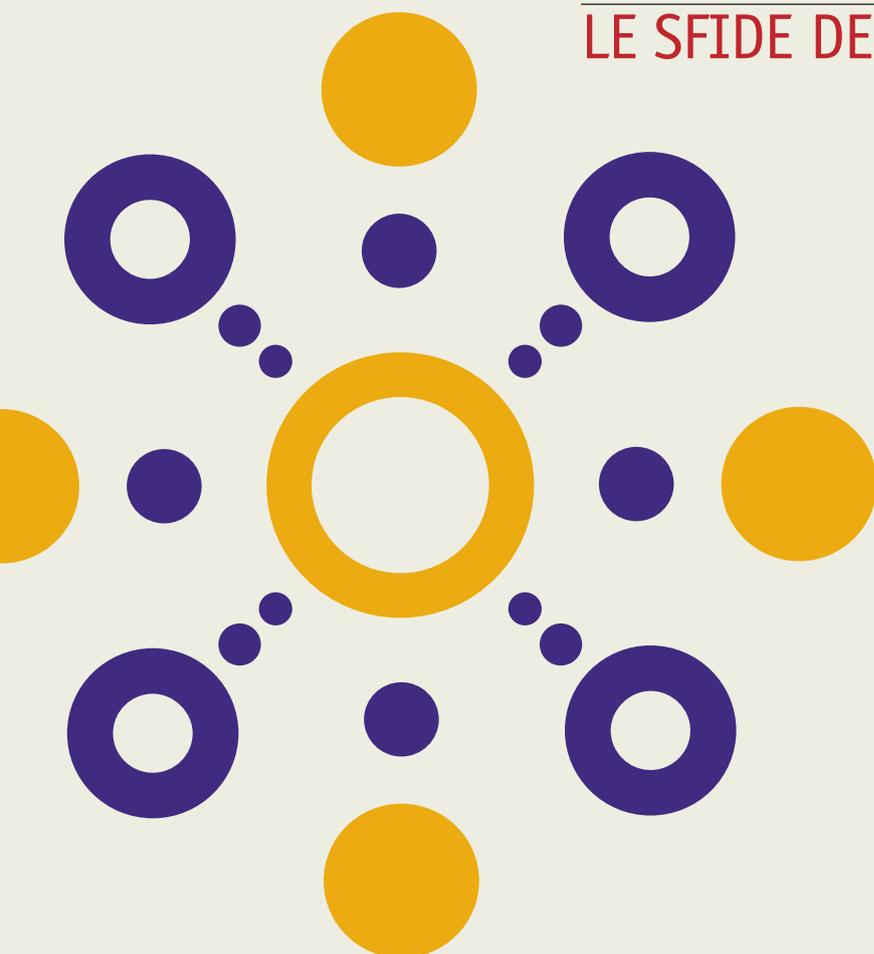


39

**NUOVE FRONTIERE
ORGANIZZATIVE
IN ONCOLOGIA**

CONTINUITÀ DI CURA E INTEGRAZIONE
OSPEDALE – TERRITORIO

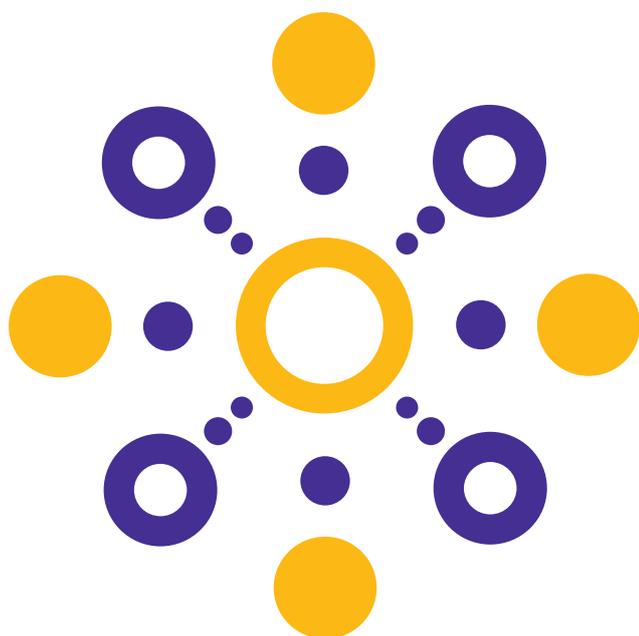
LE SFIDE DEL PNRR IN ONCOLOGIA



**NUOVE FRONTIERE
ORGANIZZATIVE
IN ONCOLOGIA**

CONTINUITÀ DI CURA E INTEGRAZIONE
OSPEDALE – TERRITORIO

LE SFIDE DEL PNRR IN ONCOLOGIA



COLLANA

I QUADERNI DI **quotidianosanità.it**

Supplemento a
quotidianosanità.it
Quotidiano online
d'informazione sanitaria.

QS Edizioni srl
Via Boncompagni, 16
00187 - Roma
Tel. (+39) 02.28.17.26.15
info@qsedizioni.it
iscrizione al ROC n. 23387
iscrizione Tribunale di Roma
n. 115/3013 del 22/05/2013

Direttore responsabile
Cesare Fassari

Direttore editoriale
Francesco Maria Avitto

Direttore generale
Ernesto Rodriguez

I diritti di memorizzazione elettronica,
di riproduzione e di adattamento totale
o parziale con qualsiasi mezzo sono
riservati per tutti i Paesi.

Roma, maggio 2022

QSe **Quotidiano**
Sanità
edizioni

www.qsedizioni.it
www.quotidianosanità.it

Indice

Pag. 5

RAZIONALE

6 **IL CONTESTO**

8 **IL CONFRONTO**

9 **I SESSIONE**
L'evoluzione dell'eco-sistema dell'oncologia italiana.
LE SFIDE DEL FUTURO ALLA LUCE DEL PNRR

9 **Francesco De Lorenzo**
Presidente Federazione Italiana delle Associazioni
di Volontariato in Oncologia (FAVO)

11 **Enrico Desideri**
Presidente della Fondazione per l'innovazione
e la sicurezza in sanità

12 **Silvia Novello**
Professoressa presso il Dipartimento di Oncologia dell'Azienda
ospedaliera universitaria San Luigi Gonzaga dell'Università
degli Studi di Torino

13 **Francesco Cognetti**
Presidente di FOCE, Federazione Oncologi,
Cardiologi ed Ematologi

14 **Alessandro Colucci**
Segretario dell'Ufficio di Presidenza della Camera dei Deputati
e membro della I Commissione Affari Costituzionali

15 **Stefano Manfredi**
Direttore Generale Fondazione IRCCS Istituto Nazionale
dei Tumori di Milano

16 **Giuseppe Quintavalle**
Direttore Generale, Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata,
Roma

Indice

Pag. 18

II SESSIONE

L'evoluzione dell'eco-sistema dell'oncologia italiana.

QUALI SFIDE E QUALI OPPORTUNITÀ NEL COORDINAMENTO FRA OSPEDALE E TERRITORIO?

18

Gianni Amunni

già Direttore Generale Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica ISPRO ed attualmente coordinatore della rete oncologica della regione Toscana

20

Sandro Pignata

Responsabile scientifico rete oncologica Regione Campania

21

Emanuela Omodeo Salè

Direttore Farmacia Istituto Europeo di Oncologia IEO di Milano

22

Fulvio Moirano

Amministratore Unico, Fucina Sanità

25

CONCLUSIONI

RAZIONALE

La pandemia ha messo ancora più in evidenza le carenze di cure di prossimità per i pazienti oncologici e onco-ematologici: disuguaglianze nell'accesso alle cure, mancanza di collegamento tra ospedale e territorio, macchinari obsoleti e poco funzionali, disomogeneità nell'accesso a screening, test e terapie e infine carenza di supporto ai *caregiver*.

Con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza si apre una possibilità di ridefinizione organizzativa e di miglioramento della assistenza medica sul territorio per i pazienti oncologici.

In questo contesto riteniamo che possa essere utile organizzare un momento di confronto ad alto livello istituzionale che possa contribuire alla riorganizzazione del SSN.

IL CONTESTO



“Imparare dalla pandemia consentirà agli Stati membri e dall’OMS di preparare i propri sistemi e la capacità della società di assorbire meglio gli shock che le emergenze future potrebbero portare”

È quanto riportato nel documento strategico presentato lo scorso 13 settembre alla 71^a sessione del Comitato regionale per l’Europa dell’OMS, in cui si analizzano le lezioni apprese dalla pandemia per non arrivare un’altra volta impreparati di fronte a future emergenze sanitarie. È una frase divenuta un “mantra”, al quale nel nostro paese ne è associato un altro: *“non sprechiamo le opportunità offerte dal PNRR”*. Il confronto, costruttivo, ha individuato come poter dare corpo a tali propositi, individuando le leve sulle quali agire per una riorganizzazione del Servizio Sanitario Nazionale che consenta di rispondere alle carenze di cure di prossimità per i pazienti oncologici e oncoematologici, con abbattimento delle alte disomogeneità all’accesso alle diagnosi ed ai trattamenti cure, e l’ottimizzazione degli strumenti innovativi per la migliore presa in carico del malato. Dall’analisi dello scenario attuale, alla verifica dell’effettiva sufficienza dell’ammontare dei Fondi a disposizione delle regioni per il raggiungimento degli obiettivi posti, vi è la necessità di esaminare se e come sarà possibile realizzare un ecosistema della salute, il cui elemento necessario, ma non sufficiente, è rappresentato dalla riorganizzazione dell’offerta ospedale – territorio. La pandemia ha provato che bisogna costruire un sistema basato sulla domanda piuttosto che sull’offerta: con riferimento ai pazienti oncologici tale constatazione assume un significato più denso e cruciale. Diviene pertanto necessario verificare, con la massima obiettività e concretezza possibile, quali siano gli elementi utili alla costruzione di un sistema improntato sui bisogni dei pazienti.

Dal PNRR dovrebbero arrivare delle grandi opportunità, in particolar modo di riorganizzazione della sanità italiana, ma soprattutto dei pazienti fragili e quindi degli oncologici, che sono una vera e propria emergenza; come riempire di significato le infrastrutture da questo definite per una oncologia del futuro sostenibile ed efficiente? È quindi necessario definire quale modello organizzativo sarà il più idoneo per soddisfare i bisogni dei pazienti oncologici. Allo stato attuale, infatti, si è ancora in attesa del piano oncologico nazionale e le reti oncologiche risultano operative in poche realtà, con assenza di una governance centralmente definita e coerente con le riforme in corso. Una lacuna che potrebbe, se affrontata con strategia e coerenza, divenire una opportunità.

IL CONFRONTO



I SESSIONE

L'EVOLUZIONE DELL'ECO-SISTEMA DELL'ONCOLOGIA ITALIANA.

LE SFIDE DEL FUTURO ALLA LUCE DEL PNRR

Francesco De Lorenzo

Presidente Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (FAVO)



C'è una emergenza oncologica, ed è quindi urgentemente necessario sviluppare un piano oncologico nazionale sulla base di una alleanza, sino ad oggi disattesa, che contempra la presa in carico di tutti i bisogni, sanitari e sociali, del paziente, fronteggiando e rafforzando le fragilità sue e del sistema di offerta”
Francesco Di Lorenzo

Vi è nel Paese una emergenza oncologica su cui è necessario intervenire con la massima tempestività. Ricorda che nel periodo pandemico sono stati documentati gravissimi ritardi che hanno registrato oltre un milione tra interventi chirurgici prorogati, screening diagnostici sospesi e trattamenti terapeutici in parte interrotti. Lo sforzo, importante, compiuto dal personale sanitario per far fronte anche a carenze di organico, non ha infatti potuto contrastare lo tsunami che la pandemia ha rappresentato per i malati di cancro: ben il 20% delle persone decedute nella prima fase dell'epidemia da Covid-19 risulta essere stato affetto da patologia oncologica. Il Presidente di FAVO, prosegue citando le evidenze poste dal National Cancer Institute secondo cui, mentre fino al 2019 c'è stata una diminuzione crescente e consistente del numero di decessi all'anno di pazienti oncologici, vi è ora una previsione di una inversione di tendenza, ovvero di una crescita consistente di decessi nei prossimi anni, a causa della sospensione e degli omessi screening e diagnosi occorsi durante l'emergenza pandemica.

Sono innumerevoli, testimonia il Presidente De Lorenzo, i contatti telefonici ricevuti dalla FAVO da parte di donne che, avendo ricevuto una diagnosi di tumore alla mammella, hanno testimoniato la messa in lista di attesa anche di 4 mesi per l'avvio del trattamento. Eppure, le esigenze dei pazienti non sono certamente confinabili alla rimozione dei ritardi dovuti durante la pandemia, molte delle quali in questa fase sono solo maggiormente emerse ed aggravate. La mancanza o la carenza di una assistenza domiciliare adeguata porta inoltre ad un accesso significativo dei pazienti nei Pronto Soccorso; secondo quanto riporta il Pascale di Napoli, il 50% dell'accesso al PS è costituito da pazienti oncologici: ciò perché manca orientamento sui luoghi ed i percorsi di cura. Da una indagine condotta dalla stessa FAVO insieme al direttore Francesco Perrone dell'Istituto Tumori Pascale di Napoli ed all'Istituto Nazionale dei Tumori, su 1300 pazienti e 1100 caregiver, presso 45 punti informativi dislocati nei maggiori centri oncologici, è emerso un quadro allarmante: a titolo esemplificativo, dai risultati dell'indagine emerge che ogni paziente nel 2019 ha subito una spesa personale e non rimborsata di circa 2.000,00 euro, di cui 400,00 euro ascrivibili ad indagini diagnostiche: “c'è una crescente fragilità ignorata ma che ha un effetto molto serio e negativo sui pazienti ed i loro nuclei familiari” afferma con forza il Presidente.

Alla luce dei dati emersi, prosegue, “vi è l'evidenza di un parallelismo della gravità della malattia con quella della condizione economica del paziente. L'aspetto sociale, ovvero il suo contesto ed i suoi bisogni caratterizzano il paziente, per cui è necessario superare concettualmente e concretamente quel confine che limita la presa in carico al solo trattamento terapeutico”. L'emergenza oncologica in atto impone, secondo il rappresentante di FA-

VO lo sviluppo di un Piano Oncologico Nazionale sulla base di una alleanza, sino ad oggi disattesa, che contempli la presa in carico di tutti i bisogni, sanitari e sociali, del paziente, fronteggiando e rafforzando le fragilità sue e del sistema di offerta. Come già esposto nel 2020 in XII Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati, a cui sono seguite due risoluzioni da parte dell'On. Elena Carnevali e della Senatrice Paola Binetti, il PON dovrebbe, secondo il Presidente, essere strutturato e supportato da una strategia organica di fondo che implichi una rivisitazione del quadro normativo e regolatorio di intervento. Non si può inoltre ignorare, riflette De Lorenzo, che ad oggi permangano profondi ritardi da parte delle agenzie regolatorie nella regolamentazione delle reti oncologiche, la cui intesa Stato-Regioni è stata approvata nel 2019, e la conseguente assenza di una governance delle reti oncologiche. Quale struttura e quali servizi, ad esempio, definiscono la rete e "il punto di accoglienza"? Vi sono diseguaglianze profonde e sostanziali sul territorio nazionale: in regione Piemonte il punto di accoglienza è un nodo ove è presente l'infermiere, il rappresentante dei malati ed il medico oncologo che, sulla base delle indicazioni che riceve dal medico di medicina generale, effettua la diagnosi e dispone l'avvio della presa in carico del malato; altre regioni non hanno la medesima organizzazione, con diseguaglianze allarmanti. L'evoluzione dell'ecosistema dell'oncologia consiste nella piena operatività delle reti, senza le quali non vi sono risposte adeguate ai bisogni dei pazienti.

Secondo De Lorenzo è quindi impellente cogliere l'occasione dell'attuazione del Piano Europeo di lotta contro il cancro, ed è compito del Ministero della Salute individuare le azioni da porre in essere e le linee di finanziamento a copertura delle stesse azioni, in modo da determinare un ecosistema effettivamente efficace su tutto il territorio nazionale; "eppure, nonostante quanto annunciato dal Governo nel maggio 2021, il PON non ha ancora preso forma".

In conclusione, il Presidente considera che allo stato, in assenza di modifiche delle modalità previste per l'utilizzazione delle risorse del PNRR per il SSN, non sarà possibile destinare i necessari finanziamenti al PON e alle Reti oncologiche. Inoltre, il Piano Europeo di lotta contro il cancro stabilisce specificamente che i malati di tumori rari devono avere accesso accelerato ai farmaci orfani che hanno avuto una approvazione condizionata da parte dell'EMA, condizione questa non ancora prevista dall'AIFA e purtroppo non ancora presa in considerazione nonostante l'opportunità offerta dall'Europa di apportare nel PON modifiche di carattere regolatorio da parte dei Paesi Membri, negando in tal modo l'accesso a farmaci salvavita. È quindi necessario intervenire con urgenza per recepire in Italia quanto richiesto dall'Europa affinché entro il 2030 siano salvate in Europa 3 milioni di vite ed elevata la percentuale di sopravvivenza dall'attuale 47 al 75%, concentrandosi su prevenzione, trattamento, assistenza e riabilitazione delle persone guarite, innovazione sociale e riduzione delle disuguaglianze.

Enrico Desideri**Presidente della Fondazione per l'innovazione e la sicurezza in sanità**



la misurabilità è l'ingrediente necessario e motivante, insieme alla condivisione dei principi e dei valori etici ed alla prossimità, anche di prenotazione"

Enrico Desideri

Ritiene che con riferimento alle criticità nella presa in carico dei pazienti oncologici, la letteratura internazionale è molto consolidata su tre aspetti. Il primo è che l'insufficiente presa in carico dei malati cronici, tra cui i pazienti oncologici, è una grave carenza sofferta da tutti i sistemi sanitari occidentali, cui l'Italia non fa eccezione. La seconda grave criticità è la disuguaglianza di accesso, che è data in funzione di diversi aspetti socioculturali tra i quali, secondo quanto riporta l'Atlante Istat, il livello di istruzione è la variabile statisticamente più significativa. Variabile che è dimostrata subire un gradiente sia nord - sud sia nelle aree interne delle regioni. La terza criticità è data dalla emergenza pandemica, che ha introdotto ulteriori discriminazioni all'accesso alle diagnosi ed alle terapie. Ricorda il Presidente che le malattie croniche assorbono circa l'82% delle risorse e le disuguaglianze di accesso aumentano l'ospedalizzazione, generando ulteriori costi. A ciò si deve aggiungere il dato della mortalità, pari a circa il 91%. Pertanto, ritiene che la risposta organizzativa sia l'elemento sine qua non da immettere nel sistema, "altrimenti rischiamo di costruire contenitori in cui non sono immessi servizi idonei alla rimozione delle criticità". Ciò, specifica, "non significa propendere per l'inutilità delle case della comunità e della gestione delle cure intermedie nei cosiddetti ospedali di comunità; è infatti necessario che sia assunto ed applicato un modello organizzativo di presa in carico di prossimità, di proattività e di attenzione alla prevenzione primaria, ove è riconosciuta risiedere la prima causa di esito di salute per i cittadini". Per garantire che sia adottato ed operativo tale modello organizzativo di presa in carico di prossimità, il primo passo deve essere compiuto sul piano culturale, ai fini di potere operare una rivisitazione del ruolo dei singoli professionisti, valorizzandone la multi-professionalità. "Il fattore culturale è necessario, laddove non sono remoti esempi di disapplicazione di norme, piani e raccomandazioni, di cui le c.d. AFT - Aggregazioni Funzionali Territoriali – ne sono un esempio, essendo presenti in solo 9 regioni". Il sistema delle cure territoriali, perché funzioni, necessita per il Dottor Desideri della rimozione delle criticità determinate dalla diagnosi tardiva, conseguente ad ostacoli nell'accesso agli screening. Fenomeno che, continua, da una indagine puntuale risulta confermato maggiormente nelle Aree Interne delle regioni, ove risiedono i livelli socioculturali più bassi, ed ove vengono registrati i più alti tassi di abbandono alla aderenza alla terapia ed al follow up. Occorre pertanto un raccordo strutturato e senza soluzioni di continuità fra ospedale e territorio, in cui il medico di medicina generale sia autorevolmente inserito nel processo di presa in carico del paziente con patologia oncologica, compresa la fase di follow up che coinvolge in Italia oltre 3,6 milioni di persone; ciò può essere attuato solo attraverso la "Community of practice", che riduce il "ping-pong" cui è sottoposto il paziente e si attua con diversi strumenti.

Il primo strumento è l'inserimento strutturato del medico di medicina generale nell'organizzazione, con la previsione di una relazione di natura contrattuale ed economica e la misurazione degli esiti; il 19% dello stipendio del medico di famiglia è quota variabile, per cui nulla osta all'assunzione di tale tipo di soluzione, peraltro già adottata, ad esempio nella Azienda USL Toscana Sud Est ove a due anni di distanza si è registrato il decremento pari al 22% di accessi al pronto soccorso e di ospedalizzazione. Per quanto riguarda il medico specialista, questo non può essere a parere del Presidente isolato, ma anzi supportato nel raccordo non solo con il medico di medicina generale ma anche con gli altri specialisti. Tra gli strumenti abilitanti di tale nuovo processo vi sono le strutture e la sanità digitale, con cui ad esempio possono essere organizzate sessioni di teleconsulto con la partecipazione di tutti i medici che seguono il paziente, finalmente e propriamente "al centro". Desideri ricorda, in conclusione, la celebre citazione di Lord William Thomson Kelvin, fisico e ingegnere britannico: "se non si può misurare qualcosa, non si può migliorarla": la misurabilità è l'ingrediente necessario e motivante, insieme alla condivisione dei principi e dei valori etici ed alla prossimità, anche di prenotazione. Il sistema di prenotazioni in prossimità della prescrizione risolve quelle criticità che inevitabilmente si pongono nel momento della prenotazione, perché consente al medico di valutare l'utilità dei tempi di prenotazione proposti. Dove si prescrive, si deve prenotare.

Silvia Novello

Professoressa presso il Dipartimento di Oncologia dell'Azienda ospedaliera universitaria San Luigi Gonzaga dell'Università degli Studi di Torino



Nonostante l'accesso alle sperimentazioni cliniche sia un diritto sancito a livello europeo, a circa un terzo dei pazienti in tutto il loro decorso di malattia non vengono esposte le possibilità di accesso a tali studi"

Silvia Novello

Ritiene che dal punto di vista del "clinico" ciò che si rileva è un'adeguata presa in carico del paziente dal momento della diagnosi a tutto il percorso di cura e di follow up; indubbiamente nel nostro ambito ci sono sia alcune posizioni da recuperare, che erano state, anche faticosamente, raggiunte in epoca pre-pandemica, sia altri valori che invece vanno creati dal nulla. Ad esempio, "rispetto alla fase diagnostica, la principale criticità è legata alle maggiori complessità gestionali derivanti dal superamento delle modalità attuative di diagnosi, non più confinate in esami di natura istologica ma estese ai test di screening". Nell'ambito della cura, sono due i macrosettori da tenere in considerazione per l'esperta: il primo è il trattamento standard e l'altro afferisce all'ambito degli studi clinici, che rientrano all'interno del percorso del paziente oncologico e che determina delle complessità che si pongono oltre i protocolli e le linee guida e necessitano, di conseguenza, valutazioni circa l'opportunità di accedere a trial clinici. Ciò che suscita preoccupazione nella Professoressa è che, nonostante l'accesso alle sperimentazioni cliniche sia un diritto sancito a livello europeo, a circa un terzo dei pazienti in tutto il loro decorso di malattia non vengono esposte le possibilità di accesso a tali studi. Un ulteriore ambito di criticità risulta essere quello della palliazione, non meramente intesa

come percorso di fine vita ma come aiuto alla compliance alle cure in tutto il percorso della malattia. Proseguendo le sue riflessioni, la professoressa ritiene che due ulteriori ambiti su cui è opportuno incentrare maggiore attenzione sono quelli del caregiver e dello screening. Il caregiver riveste infatti un ruolo essenziale per l'esito di cura, non essendo il suo ruolo confinabile a quello di accompagnatore, in quanto risulta essere un facilitatore altamente strategico dei processi di comunicazione tra il paziente ed il personale sanitario. I percorsi di educazione, formazione e supporto a tale figura nel nostro Paese, se erogata, è erogata per lo più dalle associazioni di pazienti e da società scientifiche, e questa risulta essere una lacuna del sistema di non marginabile criticità.

Inoltre, per quanto riguarda lo screening, è un dato di fatto comunemente diffuso che vi sia stato lo stallo delle procedure negli ultimi due anni, con proiezione estremamente negativa sul futuro. Attualmente, prosegue, per intervenire sugli aspetti sopra accennati, il clinico necessita principalmente del tempo e degli strumenti per garantire l'accesso agli screening e dedicarsi al paziente, anche per trasferirgli la più corretta ed approfondita (in)formazione sui percorsi sperimentali opzionabili, sui processi di cura standard o sulla natura e gli effetti dei trattamenti palliativi; "sono bisogni che possono essere largamente soddisfatti attraverso la piena attuazione delle reti oncologiche". Perché tante risposte arrivano da lì per moltissimi aspetti, ma tante risposte arrivano da altre. Purtroppo, altre risposte, allo stato attuale, possono essere soddisfatte grazie unicamente all'impegno ed alle capacità personali di superare tanti scogli burocratici e regolatori e che consentono, a titolo esemplificativo, di effettuare a molti pazienti i test per la proliferazione molecolare, che ancora oggi non risultano rimborsati dal sistema nazionale.

Francesco Cognetti

Presidente di FOCE, Federazione Oncologi, Cardiologi ed Ematologi

Ricorda che la Federazione tra i cardiologi, gli oncologi e gli ematologici italiani, è stata costituita per tutelare gli 11 milioni di ammalati italiani che hanno subito danni diretti ed indiretti in conseguenza della crisi da pandemia da Covid-19, perché maggiormente esposti ad un esito letale o ad un quadro molto complesso in caso di positività al virus. I danni indiretti sono a suo giudizio quelli legati al disservizio che si è venuto a creare sia in ambito ospedaliero sia a livello territoriale. Espone che da un'analisi piuttosto accurata della situazione nel Sistema Sanitario Nazionale, risulta che con la crisi pandemica in Italia si è registrato il secondo tasso di mortalità più alto tra i Paesi europei, secondo soltanto alla Romania, con un tasso di circa 2,8%. Dall'analisi è emerso che il nostro Paese è inoltre al 22° posto in Europa per numero di posti letto di degenza ordinaria negli ospedali, oltre ad essere in posizione di estrema retroguardia per il numero di posti letto di terapia intensiva. La Corte dei Conti ha riportato che, contrariamente a quanto comunemente ritenuto, il numero di posti letto in



Il piano oncologico nazionale, per come è stato concepito nel corso degli anni, è un piano di lenta attuazione ed implementazione e, come tale, non idoneo a realizzare gli interventi urgenti e non prorogabili che oggi sono richiesti”

Francesco Cognetti

terapia intensiva non risulta essere stato incrementato attraverso i finanziamenti che il governo centrale ha a tale scopo destinato, a causa del mancato utilizzo da parte di diverse regioni non di tali risorse; una delle cause di tale sotto utilizzo sembra doversi riportare alla carenza di personale medico ed infermieristico, anche questo più basso in Italia rispetto a tutti i Paesi dell'Europa occidentale. “L'emergenza da Covid-19 è quindi scoppiata in un contesto di grave sofferenza del Sistema Sanitario Nazionale, ed ha reso noto tale sua, estrema, fragilità” afferma il professore Cognetti, che continua: si è cercato di tutelare i pazienti oncologici attraverso lo stimolo ad una vaccinazione precoce; inizialmente collocati, rispetto alle c.d. classi di rischio, dopo gli ultraottantenni, per un intervento della FOCE si è riusciti ad ottenere che i pazienti oncologici accedessero alle vaccinazioni contestualmente agli ultra ottantacinquenni e successivamente è stato assicurato che non venissero dilazionati i tempi per la somministrazione delle dosi successive. La ricostruzione del Servizio Sanitario Nazionale, oggi riconosciuta come necessaria, ha indotto ad allargare l'adesione alla Federazione a circa 28 società scientifiche, che hanno prodotto un documento in cui è valutato che il piano oncologico nazionale, per come è stato concepito nel corso degli anni, è un piano di lenta attuazione ed implementazione e, come tale, non idoneo a realizzare gli interventi urgenti e non prorogabili che oggi sono richiesti. Nei prossimi mesi, nei prossimi anni, è atteso un aumento di mortalità per tumore dovuto al freno intercorso durante la pandemia alle attività di diagnostiche, e non vi è tempo per indugi.

Alessandro Colucci

Segretario dell'Ufficio di Presidenza della Camera dei Deputati
e membro della I Commissione Affari Costituzionali



Soprattutto per patologie così delicate quali quelle oncologiche, è fondamentale intervenire per garantire un approccio fra malato e oncologo diretto ed empatico; l'aspetto umano ha una funzione importantissima che non deve essere sottostimato e non considerato con la medesima priorità di altri interventi sul SSN
Alessandro Colucci

Riconosce che la pandemia ha totalmente travolto i pazienti oncologici, già sofferenti per le non facili condizioni che erano presenti prima del 2020. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza è una grande opportunità per intervenire su quegli elementi “strutturalmente critici” e preesistenti all'emergenza da Covid-19. Soprattutto per patologie così delicate quali quelle oncologiche, è fondamentale intervenire per garantire un approccio fra malato e oncologo diretto ed empatico; l'aspetto umano ha una funzione importantissima che non deve essere sottostimato e non considerato con la medesima priorità di altri interventi sul SSN. Il malato ha bisogno di condividere, di non sentirsi abbandonato e di essere soprattutto ascoltato. Parimenti, è necessario ripensare ai modelli di prevenzione. I dati AIOM del 2021 confermano un trend in diminuzione dei tassi di mortalità negli anni 2015 – 2021 in Italia, già paese più longevo in Europa. Dai dati, dall'inquadramento dei punti di forza e di debolezza e dal confronto continuo con gli esperti, le società scientifiche e le associazioni è possibile raccogliere le evidenze ed individuare le soluzioni, che saranno condivise con il Governo e con tutte le Commissioni parlamentari di pertinente competenza.

Stefano Manfredi

Direttore Generale Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano

Individua tre cardini su cui costruire la presa in carico del paziente oncologico. Il primo è costituito dall'implementazione delle reti oncologiche, che "devono essere strutturate in modo da coinvolgere non solo gli operatori clinici ma avere una natura organizzativa – gestionale estesa a tutti gli operatori". Per attuare un sistema capillare sul territorio con un sistema di rete è per il direttore necessario in primo luogo individuare, attraverso il Piano Nazionale Esiti, quali strutture siano eleggibili ad hub e quali a spoke, eventualmente chiudendo le strutture non idonee o non strategiche al disegno strategicamente definito; "l'idea che riportare la sanità sul territorio significhi riaprire tutto è una opinione profondamente errata, dannosa e pericolosa" afferma il direttore generale, che prosegue: "riportare la sanità sul territorio deve, diversamente, significare operare in rete secondo obiettivi utili e nei luoghi necessitanti di intervento e prossimità". È quindi a sua esperienza richiesto un mutamento anche culturale in cui l'eccellenza non deve più essere collegata all'alta specializzazione, ma essere considerata, più propriamente, come erogazione di prestazioni con la massima qualità nel tempo migliore e nel luogo più prossimo al cittadino. Ne deriva che il trattamento oncologico deve essere erogato da strutture che hanno la specializzazione ed i volumi di intervento idonei a garantire la qualità del trattamento e, per contro, dotare gli ospedali territoriali degli strumenti e delle risorse per garantire al cittadino i servizi di prossimità al luogo di residenza, quali quelli chemioterapici. Un tema strettamente collegato alle reti oncologiche ed al c.d. D.M. 70 è secondo il direttore generale quello della sostenibilità, "poiché l'attuazione delle sole infrastrutture – quali gli ospedali di comunità e le case di comunità – non risolvono la questione della possibilità finanziaria". In Italia, ricorda l'esperto, si è registrata nel 2019 una spesa pro capite pari a 2.473,00 euro a testa, quali la metà di quanto si attesta in Germania, in cui la spesa pro-capite è di 4.500,00 euro, ed i fondi del PNRR sono dedicati e non certamente inesauribili, per cui sarà necessario valutare come garantire la sostenibilità del sistema.

Il secondo cardine su cui costruire la presa in carico del paziente oncologico è secondo il direttore Manfredi costituito dal personale, sia in termini di risorse disponibili sia in termini di skill management del personale stesso. I numeri oggettivi attestano che il numero di medici per abitante in Italia è sostanzialmente lo stesso che c'è in altri paesi occidentali; in Italia vi è tuttavia un "problema anagrafico" molto grave, con indici di personale sanitario non medico inferiori del 50% rispetto agli altri paesi europei. È quindi necessario valutare se sia percorribile ed utile l'attribuzione agli infermieri di funzioni tradizionalmente affidate al personale medico, ai fini di allocare le risorse mediche in ruoli organizzativi e gestionali. Infine, il terzo cardine è rappresentato dal supporto digitale ed informatico: ritiene il direttore che l'introduzione abituale di supporti informatici casuali e slegati da una strategia di sistema ed organica non solo non con-



L'idea che riportare la sanità sul territorio significhi "riaprire tutto" è una opinione profondamente errata, dannosa e pericolosa. Riportare la sanità sul territorio deve, diversamente, significare operare in rete secondo obiettivi utili e nei luoghi necessitanti di intervento e prossimità. È un mutamento anche culturale che viene richiesto: l'eccellenza non deve infatti essere collegata all'alta specializzazione, ma essere più propriamente l'erogazione di prestazioni con la massima qualità nel tempo migliore e nel luogo più prossimo al cittadino"

Stefano Manfredi

sente il raggiungimento degli obiettivi dati, ma li ostacola. Manfredi considera inoltre che il decisore e l'amministratore osservano e gestiscono la sanità per volumi ed esiti prestazionali, mentre il cittadino "vive" il sistema con logica di processo e percorso: "è quindi auspicabile un incontro di tali visioni, possibile con l'assunzione da parte dei primi di una attenzione fortemente maggiore ai percorsi ed ai processi di trattamento e follow up". Considera quindi altamente raccomandabile una rimodulazione dei percorsi di prenotazione delle fasi di follow up, che consentano al paziente la prenotazione immediata ed in prossimità/presenza del prescrittore stesso: "dove si prescrive, si deve potere prenotare". Un esempio di strumento di prossimità da perseguire è quello della domiciliazione delle terapie orali, riflette. Rispetto al tema dei volumi di prestazioni, prosegue, "questo allo stato attuale si confronta con il recupero di quelle sospese in conseguenza della emergenza pandemica da Covid-19"; ma è auspicabile che ai "volumi" sia associato il concetto di "appropriatezza", per non incorrere nell'errore di programmare prestazioni non opportune o dovute. In ultimo, rispetto al tema del partenariato pubblico – privato: non è più tempo di un rapporto competitivo ma è necessaria l'instaurazione di un rapporto maggiormente collaborativo, definendo degli standard e degli indicatori di misurazione. La telemedicina, conclude, deve diventare una progettualità immanente e necessaria del sistema di presa in carico, e non essere archiviata una volta finita l'emergenza pandemica e che, oltre ad offrire elevati miglioramenti nella presa in carico multidisciplinare ed in rete consente di effettuare prestazioni con risparmi notevoli sul sistema sanitario nazionale.

Giuseppe Quintavalle

Direttore Generale, Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, Roma

Ricorda che era il 1997 quando, in occasione del primo convegno sulla telemedicina, si assunse che questa avrebbe a breve risollevato le sorti del SSN, e ad oggi i passi da compiere sono ancora numerosi. Il PNRR sarà fondamentale per migliorare un'assistenza sanitaria di prossimità diffusa capillarmente su tutto il territorio nazionale, volta a garantire cure primarie e intermedie, a partire dalle categorie più fragili. La Missione 6 Salute offre la concreta possibilità di trasformare l'emergenza sanitaria nata dalla pandemia nel rafforzamento e rilancio della sanità pubblica, rendendo le strutture del Sistema Sanitario Nazionale più moderne, digitali e inclusive, garantendo equità di accesso alle cure e rafforzando la prevenzione e i servizi. È quindi necessario, continua il direttore generale, "ridisegnare gli interventi del c.d. DM 71 in una sequenza di processi e percorsi che tenda a valorizzare al massimo la personalizzazione delle cure"; l'urgenza è data dalla necessità di recuperare sia il 20% delle prestazioni sospese durante l'emergenza pandemica, sia al contempo di intervenire sui bisogni emergenti.



I tempi del PNRR, cinque anni, pongono una serie di riflessioni e dubbi, di fronte a bisogni di cura urgenti che possono essere intercettati e risolti con un sistema in rete che mal si concilia con gli obiettivi più a lungo termine del PNRR. È quindi la rete oncologica la chiave di risposta da dare ai pazienti ed agli operatori, senza ulteriori indugi.”

Giuseppe Quintavalle

“È quindi la rete oncologica la chiave di risposta da dare ai pazienti ed agli operatori sanitari, senza ulteriori indugi”. Questa rete può realmente diventare operativa solo se sarà acquisito un nuovo approccio culturale e metodologico da parte delle figure professionali coinvolte. Solo così le diseguaglianze nell’accesso alle cure, la mancanza di collegamento tra ospedale e territorio, la disomogeneità nell’accesso ai programmi di screening, ulteriormente compromessi a causa della pandemia, possono essere migliorati. L’attuazione degli interventi previsti dal PNRR permetterà inoltre di accedere alle nuove opportunità messe a disposizione degli specialisti, con una forte innovazione tecnologica, test di profilazione genomica, immunoterapia e i farmaci target.

Questo modello organizzativo prevede un rapido intervento sulla qualità delle cure domiciliari e sull’ottimizzazione del collegamento tra il medico di medicina generale, il medico specialista, le strutture ospedaliere grazie a una digitalizzazione effettivamente strutturata.

Il direttore pone quindi l’attenzione all’Ospedale di Comunità: “per essere funzionale alla presa in carico delle patologie oncologiche deve prevedere una formazione adeguata del personale di tali strutture, individuando le specifiche funzioni che sarà chiamato a svolgere”.

L’Ospedale di Comunità, nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza primaria, s’inserisce nel sistema di cure tra il territorio e l’ospedale per acuti, contribuendo a una maggiore appropriatezza dell’assistenza determinando una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari, come ad esempio al pronto soccorso e ad altre strutture di ricovero.

L’infermiere di famiglia e Comunità inserito in questo modello, oltre a comprovate competenze organizzative e gestionali unitamente a maturate capacità motivazionali e relazionali, dovrà valorizzare sul campo la propria formazione sulle fragilità e le cronicità, cardini fondamentali della nuova medicina territoriale. “La formazione deve quindi guidare la riforma dei processi, a sua volta definita in base ad una attenta stratificazione dei bisogni del territorio”.

Si dovrà quindi, continua Quintavalle, riflettere sull’opportunità di trasferimento dei PUA, Punti Unici di Accesso, nel momento in cui fossero attivati i COT, le Centrali Operative Territoriali, ai fini di elidere confusioni di competenze, processi e percorsi di cura ed assistenza.

“La nuova frontiera in oncologia necessita pertanto un ripensamento del modello territoriale che parta da un profondo rafforzamento delle funzioni e delle competenze professionali su cui, poi, costruire infrastrutture e strumentazioni, comprese quelle digitali”, conclude il direttore generale.

L'EVOLUZIONE DELL'ECO-SISTEMA DELL'ONCOLOGIA ITALIANA.

QUALI SFIDE E QUALI OPPORTUNITÀ NEL COORDINAMENTO FRA OSPEDALE E TERRITORIO?

Gianni Amunni

già Direttore Generale Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica ISPRO ed attualmente coordinatore della rete oncologica della regione Toscana



Il futuro non è l'oncologia territoriale, ma è una nuova organizzazione dell'oncologia in cui si mette a disposizione del sistema oncologico più setting assistenziali, che non sono più limitati a quello del ricovero e del day hospital ospedaliero, ma estesi ad altri quali i letti di cure intermedie, gli ospedali di comunità, le case della salute, le articolazioni delle croniche, il domicilio del paziente, gli strumenti digitali”

Gianni Amunni

Premette una fotografia del Paese: sono presenti 3.600.000 casi prevalenti di pazienti oncologici, un numero enorme, pari a quello della popolazione della Regione Toscana. Il 30% di tali pazienti risultano rappresentare persone guarite: non sono sopravvissuti, sono cronicizzati e tale condizione è la nuova frontiera, la nuova tipologia del paziente oncologico, di cui un numero sempre maggiore accede a terapie di tipo orale. Tale numero rappresenta persone con bisogni altamente differenziati fra loro e che vanno dalla necessità di una altissima intensità assistenziale a quelli più propriamente di carattere sociale. L'organizzazione assistenziale “pre-pandemica”, rammenta il direttore generale, era basata su una assistenza oncologica prettamente ospedaliera, con conseguente intasamento delle strutture stesse, sempre più dedicata all'alta specializzazione.

Con l'emergenza pandemica si è manifestata con prepotenza l'esigenza di ridurre l'accesso ospedaliero e scongiurare l'esposizione del paziente oncologico, già fragile e spesso immunocompromesso, al rischio di infezione da Covid-19. Ciò ha comportato la somministrazione domiciliare di alcuni farmaci ospedalieri e la gestione territoriale del follow up attraverso teleconsulti e televisite gestite anche da gruppi multidisciplinari. Si è, più in particolare, sfruttata la disponibilità – prima sottoutilizzata – dei letti di degenza per le cure intermedie.

Secondo Amunni, “il futuro della presa in carico del paziente oncologico deve ora partire dal non confinare le esperienze acquisite alla sola fase emergenziale ma renderle utili per il futuro; ed il futuro non è l'oncologia territoriale, ma è una nuova organizzazione in cui si mette a disposizione del sistema oncologico più setting assistenziali, che non sono più limitati a quello del ricovero e del day hospital ospedaliero, ma estesi ad altri quali i letti di cure intermedie, gli ospedali di comunità, le case della salute, le articolazioni delle croniche, il domicilio del paziente, gli strumenti digitali”. Solo ponendosi con tale visione, prosegue l'esperto, potremo valorizzare le diverse opzioni di assistenza, opportunamente da scegliersi in base agli specifici bisogni di assistenza. Nella valutazione di quali servizi delocalizzare rispetto all'ospedale, vi dovrebbero rientrare la fase riabilitativa, l'assistenza psicologica, il supporto nutrizionale, ma anche altri servizi: possono inoltre essere delocalizzati alcuni trattamenti, considerando, ad esempio, che la gestione di una tossicità da chemioterapia, prevedibile, è maggiormente gestibile nell'ambito delle cure intermedie piuttosto che lasciare, come accade allo stato attuale, che sia attivato un accesso al pronto soccorso, con conseguente avvio di un percorso intricato e dispendioso.

Chiarisce il direttore che “non si sta ipotizzando la definizione di una oncologia di “serie A”, ospedaliera, ed una di “serie B”, territoriale, ma la co-

stituzione di una regia del percorso oncologico che attiva, secondo una buona ergonomia organizzativa, i vari strumenti di presa in carico dei pazienti e dei suoi bisogni”; ciò anche introducendo elementi di flessibilità. Tale obiettivo implica la formazione di nuovi team di presa in carico ed una nuova proiezione ospedaliera sul territorio; in Toscana, richiama il direttore, sono stati attivati i c.d. “recettori oncologici territoriali” in cui, con metodologia multidisciplinare, medici specialisti operano in setting territoriali, quali le strutture intermedie ed il domicilio, in sinergia funzionale con il medico di medicina generale. In tale ottica il medico assume un ruolo strategico nel consentire il passaggio ai setting assistenziali diversi, con fluidità e tempestività.

“Il PNRR ha il merito di avere messo in moto una attenzione al tema del cambiamento organizzativo della sanità e dell’integrazione ospedale – territorio; ciò che preoccupa è che i suoi finanziamenti non siano utilizzati per realizzare una idea di alto spessore, con una visione in cui l’organizzazione è importante tanto quanto, se non maggiormente, le infrastrutture ospitanti”. Un tema correlato a tale aspetto è a giudizio di Amunni quello della dotazione tecnologica ed informatica, che consente di svolgere le pratiche di teleconsulto, tele-audit ed incontri multidisciplinari; auspica quindi che sia svolta una rivalutazione della cartella clinica, che da strumento “di struttura ospedaliera” divenga uno strumento di processo di cura e quindi alimentato dalle informazioni di tutti gli attori coinvolti nel percorso assistenziale, dagli specialisti al medico di medicina generale al caregiver.

È infine assolutamente evidente che il modello a rete è quello più idoneo a gestire questo tipo di mutamento culturale – organizzativo, anche per la sua attitudine a consentire la visione del percorso sulla singola prestazione e per la sua opportunità di governance su più livelli assistenziali rispetto ad altri modelli.

Peraltro, osserva il direttore, “se è riconosciuto che il modello a rete garantisce prossimità, equità, omogeneità dell’offerta, governo del diritto all’innovazione, non è accettabile che ancora ad oggi in Italia le reti siano effettive solo su 8 regioni”; tale aspetto, in un contesto quale quello attuale di cambiamento radicale dell’organizzazione del sistema sanitario rischia di aumentare ulteriormente le differenze territoriali nel Paese. L’estensione degli screening va dal 20% della popolazione in alcune regioni al 95% in altre regioni e che la sopravvivenza per tumori ha differenze tra regioni dal 5% al 7%: nessun farmaco di ultimissima generazione consente tali margini. Il Paese non si può più permettere tali situazioni.

Sandro Pignata**Responsabile scientifico rete oncologica Regione Campania**



Per la concreta attuazione delle reti oncologiche è necessario un attento confronto con le peculiarità del proprio sistema sanitario regionale e dei propri territori; in regione Campania vi è una stratificazione dei servizi territoriali che sono stati creati nel tempo, che non possono essere cancellati e rifondati ex novo in tempi immediati”

Sandro Pignata

Osserva che non si deve sottovalutare che la costituzione e l’attivazione di molte reti regionali si sono scontrate con l’emergenza pandemica da Covid-19, che ne ha determinato forti rallentamenti funzionali. Per quanto riguarda la rete oncologica in regione Campania, il responsabile espone che è il principio di connessione tra ospedale e territorio ad avere ispirato la sua costituzione sin dall’origine, in epoca pre-pandemica. Tanto che, sin dalla sua costituzione, sono stati previsti gruppi oncologici multidisciplinari e multi-aziendali; la discussione multidisciplinare di pazienti avviene contestualmente tra l’oncologia ospedaliera e l’oncologia del territorio. Tale aspetto consente una discussione tra ospedale e territorio “paritetica”, con conseguente capacità di identificare il setting assistenziale più appropriato per un paziente in modo più immediato e semplice. Così, spesso la chemioterapia standard viene assegnata in prossimità alla oncologia territoriale: “l’idea che tutti debbano fare tutto è un’idea del passato che oggi non trova più applicazione” afferma l’esperto. In secondo luogo, prosegue, la trasmissione di alcuni bisogni dei pazienti avviene direttamente sul territorio. Continua Pignata affermando che “quello che è sempre mancato, almeno nella regione Campania, è un buon livello di comunicazione rispetto all’articolazione delle numerose strutture della ASL e dei distretti: il paziente è unico e noi siamo abituati a trasferirlo da un posto all’altro come se uscisse da un palazzo e entrasse un altro, ma il paziente è sempre lo stesso”. Ciò ha comportato tentativi di facilitazione del percorso di comunicazione tra l’ospedale e il territorio, anche per identificare quei servizi che possono utilmente essere trasferiti e meglio gestiti in ambiente extraospedaliero. A titolo esemplificativo, “se il paziente ha bisogno di una trasfusione durante la chemioterapia, non è opportuno che sia richiesto un nuovo accesso in ambito ospedaliero, ed anzi deve poterla svolgere al domicilio”.

È una comunicazione alimentata dal supporto informatico, in particolare da una piattaforma agganciata all’ambiente digitale della Regione Campania che gestisce il flusso informativo in entrata e in uscita dai gruppi oncologici multidisciplinari dei pazienti, con lo scopo di facilitare la presa in carico, ma anche di garantire una presa in carico totale.

Per la concreta attuazione delle reti oncologiche è tuttavia necessario un attento confronto con le peculiarità del proprio sistema sanitario regionale e dei propri territori; in regione Campania vi è una stratificazione dei servizi territoriali che sono stati creati nel tempo, che non possono essere cancellati e rifondati ex novo in tempi immediati. La regione Campania ha ad esempio sette ASL: l’ASL Napoli 1, che raccoglie un milione di abitanti, ha sei dei dieci ospedali oncologici della regione; l’ASL Napoli 2, che parimenti raccoglie un milione di abitanti ha tre ospedali oncologici. Ne deriva che il modello organizzativo ospedale - territorio tra le due ASL diffe-

risce e deve differire. Noi ci dobbiamo confrontare sulla strutturazione creata in un ventennio dei servizi territoriali in ogni ASL; è quindi necessario partire da una riflessione sul PDTA, che deve essere ora “sezionato” in fasi, per ognuna delle quali si deve identificare il setting assistenziale ideale in quel dato territorio. È utile rammentare che non vi saranno fondi per rifondare ex novo il territorio, e ciò impone di massimizzare l’organizzazione esistente.

La risorsa principale di cui la rete oncologica necessita è il case manager, attribuendo all’infermiere il nuovo ruolo di manager del paziente, garante e guida del paziente nel passaggio da un setting assistenziale all’altro; ciò oltre il pieno coinvolgimento dei medici di medicina generale. Attualmente, 450 dei 4000 medici di medicina generale della Regione Campania hanno accesso alla piattaforma informatica e, quindi, sono abilitati all’invio ed alla ricezione di informazioni con soggetti terzi coinvolti nei processi di cura: è un processo in itinere che deve essere espanso. Nella riedizione per l’anno 2022 del PDTA è previsto il pieno coinvolgimento dei medici di medicina generale, che contribuiranno alla stesura di paragrafi specifici e dedicati.

Emanuela Omodeo Salè

Direttore Farmacia Istituto Europeo di Oncologia IEO di Milano



È d’obbligo affermare la necessità di non ridurre la terapia farmacologica domiciliare come solo consegna del farmaco; è infatti fondamentale designare una funzione deputata alla (in)formazione del paziente così come alla aderenza terapeutica”
Emanuela Omodeo Salè

Ritiene che sino all’emergenza pandemica il ruolo del farmacista sia stato vissuto non come facilitatore, ma come rallentatore, ovvero come colui che poneva limiti al personale sanitario agli acquisti di farmaci e dispositivi medici. A seguito della emergenza pandemica, si è evidenziato il ruolo di alleato strategico del farmacista ospedaliero con i clinici e personale sanitario nelle fasi di programmazione e gestione dei processi organizzativi e di erogazione dei servizi di presa in carico dei pazienti. In particolare, “con l’arrivo delle terapie oncologiche orali, che ha consentito anche di recuperare un ruolo diretto con il paziente e liberare tempo al personale medico e agli infermieri per consentire loro di dedicarsi alla cura dei propri pazienti”, questa alleanza si è consolidata.

Anche durante la fase di emergenza, prosegue la direttrice, si è in particolare riuscito a garantire ai pazienti la terapia orale, sia di tipo commerciale che sperimentale, anche grazie all’aiuto delle aziende, ricorrendo alla somministrazione domiciliare. Omodeo Salè sostiene con forza che “è d’obbligo affermare la necessità di non ricondurre la consegna della terapia farmacologica domiciliare come sola consegna del farmaco ma questa attività deve essere riconosciuta come attività di farmacia clinica.

È infatti fondamentale designare una funzione deputata alla (in)formazione del paziente così come alla aderenza terapeutica, nel rispetto delle innumerevoli evidenze scientifiche che attestano, soprattutto in ambito oncologico, che se il paziente non risulta aderente alle terapie si ha uno

spreco di risorse ed una compromissione delle risposte alle cure". E se è corretto valorizzare la telemedicina, continua l'esperta, sarebbe anche opportuna una maggiore riflessione per consolidare il ruolo della telefarmacia nel suo ambito, al pari di quanto già avviene in altre esperienze europee, ove ha dimostrato attraverso pubblicazioni, risultati interessanti. Portando l'attenzione sulla figura professionale del farmacista ospedaliero, ritiene che sia di rilevante ed indubbio supporto al medico per la gestione degli effetti collaterali delle terapie. Recentemente, ricorda la dottoressa, nella farmacia dello IEO è stato realizzato del preparato galenico, come ad esempio un gel anestetico alla morfina per trattare le pazienti che necessitano di un controllo del dolore locale. "La galenica è una attività che ci appartiene ed è molto importante per aiutare a sopperire, laddove l'azienda non arriva a colmare quelle necessità cliniche particolari". In tale ambito il farmacista ospedaliero fornisce una consulenza al personale sanitario dal punto di vista farmacologico e tecnologico che, con l'arrivo delle terapie oncologiche orali, si rende necessario; ad esempio, per supportare il medico nella valutazione di come trattare i pazienti con disfagia per aiutarli ad essere aderenti alla terapia tenendo conto della natura del farmaco oncologico dal punto di vista di tecnologia farmaceutica. E questi sono solo alcuni esempi pratici in cui possiamo essere di grande aiuto "investire nei farmacisti ospedalieri è fondamentale, oltre che raccomandabile", afferma la dottoressa Omodeo Salè, che evidenzia che diverse pubblicazioni attestano che per ogni dollaro investito in farmacisti clinici risulta un risparmio di 5 dollari, un rapporto certamente non trascurabile. Il ruolo strategico del farmacista ospedaliero si estrinseca anche rispetto alla revisione della prescrizione, al controllo della appropriatezza, alla rilevazione delle interazioni fra farmaci e, non da ultimo, negli ambiti della farmacovigilanza e della sperimentazione clinica. L'auspicio è quindi che il farmacista ospedaliero sia inserito a pieno titolo nei team multidisciplinari in ospedale, e che sempre più si possa consolidare anche una maggiore alleanza con i colleghi di comunità.

Fulvio Moirano

Amministratore Unico, Fucina Sanità

Sostiene in apertura che il nostro è un Paese in sofferenza di un debito pubblico pari a circa 2.700 miliardi di euro: la prima spesa pubblica italiana è data dalle pensioni, la seconda è la sanità, la terza è rappresentata dagli interessi sul debito; ne deriva che quando saranno esaurite le risorse del PNRR, che comunque in parte dovremo restituire, e che pur essendo fondi per investimento avranno generato aumento dei costi in spesa corrente sul territorio, appare del tutto evidente che in assenza di riorganizzazioni profonde anche sulla rete ospedaliera il Fondo sanitario nazionale non sarà sufficiente. È vero, ammette l'esperto, che le altre realtà eu-



È necessario, pertanto, che il Governo nazionale assuma un ruolo più incisivo, in grado di fare rispettare tempi e limiti applicativi. È quindi, in ultima analisi, da affrontare un tema culturale: la rottura di tutti i silos, la condivisione ed una maggiore energia della classe dirigente nel sapere affrontare le complessità del sistema”

Fulvio Moirano

ropee allocano più risorse alla sanità, ed i profondi e rigorosi tagli alla spesa pubblica sanitaria e delle politiche pubbliche che hanno caratterizzato l'ultimo decennio nel nostro Paese hanno indotto gli amministratori a compiere degli sforzi enormi per garantire la qualità del sistema. “La organizzazione del Sistema sanitario è stata negli anni riqualificata: ad oggi non solo non c'è un piano nazionale oncologico ma nemmeno un piano sanitario nazionale aggiornato”. Il Piano nazionale Esiti, ricorda Moirano, ha iniziato la sua attività a partire dal 2011, mentre risale al 2015 il Decreto Ministeriale 70, “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”, che deve essere letto come un tentativo centrale di appropriarsi di alcuni dimensionamenti che non possono essere lasciati al libero arbitrio più o meno qualificato di 20 regioni. Sono dimensionamenti ad ampio vantaggio se si considera, a titolo esemplificativo, che si prevede una struttura di cardiocirurgia ogni 600.000 o 1.200.000 abitanti, a seconda degli indici di prevalenza e di incidenza delle patologie e soprattutto dei tassi di ospedalizzazione attesi. Sono dimensionamenti che hanno inoltre definito la quantificazione anche delle strutture complesse.

“Vi sono però ancora quasi 300 ospedali con volumi scarsissimi di attività del tutto inutili nel nostro territorio; sono le strutture che oggi ci si dovrebbe proporre di convertire in ospedali di comunità”. Da tale contesto è pertanto necessario valutare quali competenze, funzioni e servizi si intende loro attribuire, e quali invece ascrivere a strutture ambulatoriali ed ai servizi territoriali e domiciliari.

È un tema politico e tecnico da affrontare, secondo il rappresentante di Cucina Sanità; “il DM 70 non è stato praticamente applicato in modo puntuale se non in due tre regioni, e sembra ad oggi esserci il tentativo di aggiornarlo con un intervento abrogativo della tabella del dimensionamento delle strutture, l'unica previsione davvero essenziale dello stesso Decreto”. È invece, ad opinione di Moirano, necessaria una rivalutazione a livello Centrale dei dimensionamenti delle strutture, delle tecnologie, degli spazi fisici, degli ospedali o delle strutture territoriali, oltre che del personale. Attualmente, rimarca il direttore, l'unica azione compiuta a livello generale è il dimensionamento delle strutture complesse però spesso solo nell'aspetto formale. Nel DM 70 erano anche presenti i volumi minimi per struttura in area oncologica (ad esempio, 150 carcinomi della mammella) che non sono rispettati in molti ospedali.

Per la prima volta, nel 2021, il Piano Nazionale Esiti di AgeNaS comprenderà finalmente la valutazione degli esiti anche per operatore e non solo per Struttura o per Ospedale.

Nel 2019 la programmazione prevista dalla Legge 135/202 e dal DM 70/2015 prevedeva un numero di posti letto per acuti in Italia non superiore al tre per mille; certamente ciò attesta l'Italia ai livelli minimi nel confronto europeo, ma in realtà avevamo il 2,50 per mille di utilizzo di posti letto, con l'area medica tendenzialmente carente ma le aree chirurgiche sottoutiliz-

zate. Per quanto riguarda le attività intensive, le rianimazioni erano occupate al 48%, ma molte risultavano praticamente quasi vuote e altre soprattutto negli Ospedali sede di Dea di II livello erano invece più saturate. In seguito, durante la pandemia da Covid-19, sotto la pressione dell'emergenza è emersa la necessità di rompere i silos organizzativi e si sono utilizzate le aree chirurgiche che avevano posti letto eccedenti per destinarli alle aree mediche e le aree sub intensive si sono trasformate in aree intensive.

In tale occasione si sono derogate le normative, con superamento delle regole sulla privacy, sulle assunzioni, sul codice degli appalti tra gli altri. Tale circostanza dimostra che il problema principale risiede nelle capacità gestionali ed operative nazionali e regionali a realizzare gli obiettivi posti in modo rapido e flessibile.

Ora dobbiamo andare rapidamente al recupero delle attività perse sia in attività di ricovero ma soprattutto di diagnostica e di prestazioni ambulatoriali.

“Non è un problema, come ho evidenziato prima, di più posti letto o più Primariati ma è necessario pertanto,” conclude Moirano, “che il Governo nazionale e le Regioni assumano un ruolo più incisivo, in grado di fare rispettare tempi e limiti applicativi; è quindi, in ultima analisi, da affrontare un tema culturale: la rottura di tutti i silos intra ed extraospedalieri, la condivisione ed una maggiore energia della classe dirigente nel sapere affrontare le complessità del sistema”.

CONCLUSIONI

Dal confronto emerso nel corso delle due sessioni, sullo sfondo di una necessità ampiamente condivisa della necessità del Piano Oncologico Nazionale e di una immediata attuazione, aggiornata, delle reti oncologiche come strumento "*sine qua non*" della presa in carico del paziente oncologico, diversi sono risultati gli spunti di intervento solutori a quella che è stata riconosciuta essere "l'emergenza oncologica" in corso:

1

Immediata approvazione ed attuazione del Piano Oncologico Nazionale, con individuazione di indicatori di valutazione e misurazione delle performance;

2

Aggiornamento ed implementazione delle Reti Oncologiche;

3

Incentrare la risposta all'emergenza oncologica in atto attraverso una risposta organizzativa e gestionale, accanto a quella infrastrutturale definita dal PNRR:

- A** Introdurre indicatori di misurabilità degli esiti di cura e di prestazioni delle reti oncologiche;
- B** Prevedere il pieno e contrattualizzato coinvolgimento del medico di medicina generale nei team di presa in carico multidisciplinare;
- C** Aggiornare i sistemi di prenotazione secondo il concetto di prossimità al medico prescrittore: dove di prescrive, si deve prenotare;
- D** Sviluppare un modello organizzativo su tutto il territorio nazionale dei servizi di prossimità che non richiedono accesso ospedaliero, quali le terapie chemioterapiche; nella valutazione di quali servizi delocalizzare rispetto all'ospedale, vi dovrebbero rientrare, fra altri, la fase riabilitativa, l'assistenza psicologica, il supporto nutrizionale, ma anche altri servizi quali la gestione di una tossicità da chemioterapia;
- E** Operare una rivalutazione della cartella clinica, che da strumento "di struttura ospedaliera" divenga uno strumento di processo di cura e quindi alimentato dalle informazioni di tutti gli attori coinvolti nel percorso assistenziale;
- F** Definire percorsi strutturati di educazione e formazione ai care giver, cui va riconosciuto in modo formale un ruolo determinante nella rete di assistenza, in particolare quale facilitatore altamente strategico dei processi di comunicazione tra il paziente ed il personale sanitario;
- G** Verificare, stante la scarsità delle risorse umane e professionali, l'opportunità di attribuire al personale infermieristico funzioni tradizionalmente affidate al personale medico;

4

La formazione deve guidare la riforma dei processi, a sua volta definita in base ad una attenta stratificazione dei bisogni del territorio; Aggiornare la regolamentazione ed i processi decisionali delle agenzie regolatorie, per garantire l'accesso ai farmaci innovativi e l'accesso agli studi clinici;

-
- 5** **La telemedicina** deve diventare una progettualità immanente e necessaria del sistema di presa in carico; è necessario quindi effettuare una gestione del supporto digitale e informatico uniforme e legato in ambito nazionale, ai fini di garantire lo scambio dei flussi informativi non parcellizzato o localizzato;
-
- 6** **Strutturare** la somministrazione domiciliare delle terapie orali e le altre esperienze acquisite durante la fase emergenziale da Covid-19;
-
- 7** **Estendere** le capacità di effettuazione dei test per la proliferazione molecolare, ad oggi non rimborsati dal SSN;
-
- 8** **Introdurre** strumenti di collaborazione pubblico - privato più snelli, non fondati su leve competitive ma su indicatori di misurazione e standard erogativi;

39

NUOVE FRONTIERE ORGANIZZATIVE IN ONCOLOGIA

CONTINUITÀ DI CURA E INTEGRAZIONE
OSPEDALE – TERRITORIO

LE SFIDE DEL PNRR IN ONCOLOGIA

QSe Quotidiano
Sanità
edizioni

www.qsedizioni.it
www.quotidianosanità.it

Con la sponsorizzazione
non condizionante di Viatris

