

Scenari futuri (ma non troppo!) di gestione ed innovazione nelle Case della Comunità per i pazienti oncologici

Luigi Rossi



Direttore Sanitario ASL Bari



Presidente CARD Toscana



Al Direttore dell'Ufficio di coordinamento
della Segreteria della Conferenza
permanente per i rapporti tra lo Stato, le
Regioni e le Province autonome di Trento e
Bolzano

e, p.c.

Al Direttore dell'ex Direzione generale
della programmazione sanitaria
Prof. Americo Cicchetti

OGGETTO: Accordo sulle "Linee di indirizzo sull'integrazione ospedale-territorio in oncologia"

Si trasmette in allegato il provvedimento in oggetto, riformulato a seguito delle ulteriori richieste emendative regionali del 13.06.2024, ai fini dell'inserimento all'ordine del giorno della prima seduta utile della Conferenza Stato Regioni.

IL CAPO DI GABINETTO
Dott. Marco Mattei



Agenas Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Osservatorio per il Monitoraggio delle Reti Oncologiche Regionali (ROR)

**Linee di indirizzo
sull'integrazione ospedale-territorio
in oncologia**



Nuovo DM 77: definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN

È pubblicato in Gazzetta Ufficiale il Regolamento per la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

👁 Visite: 1034

[> Leggi tutto...](#)

22-6-2022

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 144

4. DISTRETTO: FUNZIONI E STANDARD ORGANIZZATIVI

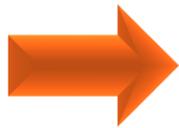
Distretto di circa 100.000 abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio.

La programmazione deve prevedere i seguenti standard:

- 1 Casa della Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità *spoke* e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;
- 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola;
- 1 Unità di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;
- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore;
- 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti.



La Rete Oncologica Regionale in sinergia con il Coordinamento funzionale di integrazione ospedale-territorio unico per Regione/P.A. garantirà, attraverso il e/o i Dipartimenti Oncologici, la gestione del modello organizzativo per ciascuna Regione/P.A. e in sinergia con la Rete delle Cure Palliative in un'ottica di cure simultanee. Sono evidenti le difficoltà che possono emergere da organizzazioni a silos e da vincoli giuridico amministrativi che non sempre riescono a rendere i percorsi più flessibili.



I posti letto nelle strutture di cura intermedia, Case e Ospedali della Comunità, i servizi territoriali riconducibili al "chronic care model", il domicilio assistito e protetto rappresentano uno strumento attraverso il quale sviluppare una effettiva integrazione ospedale/territorio.

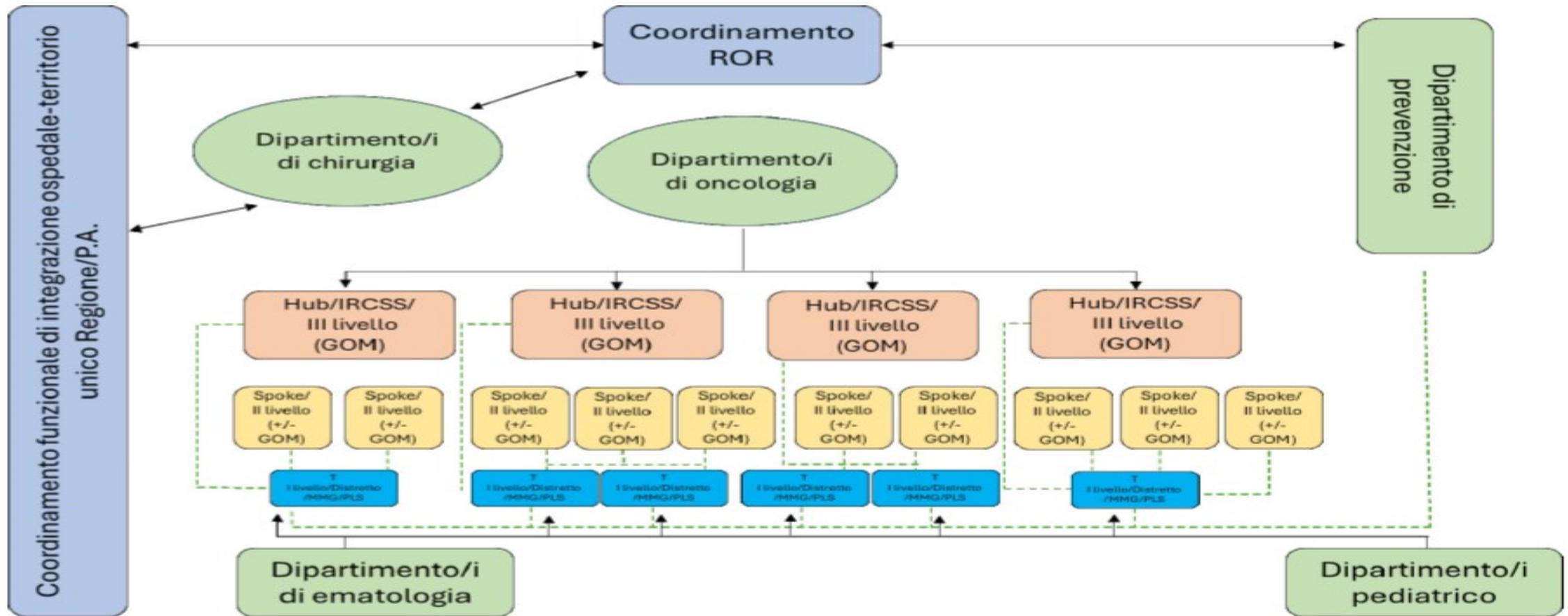
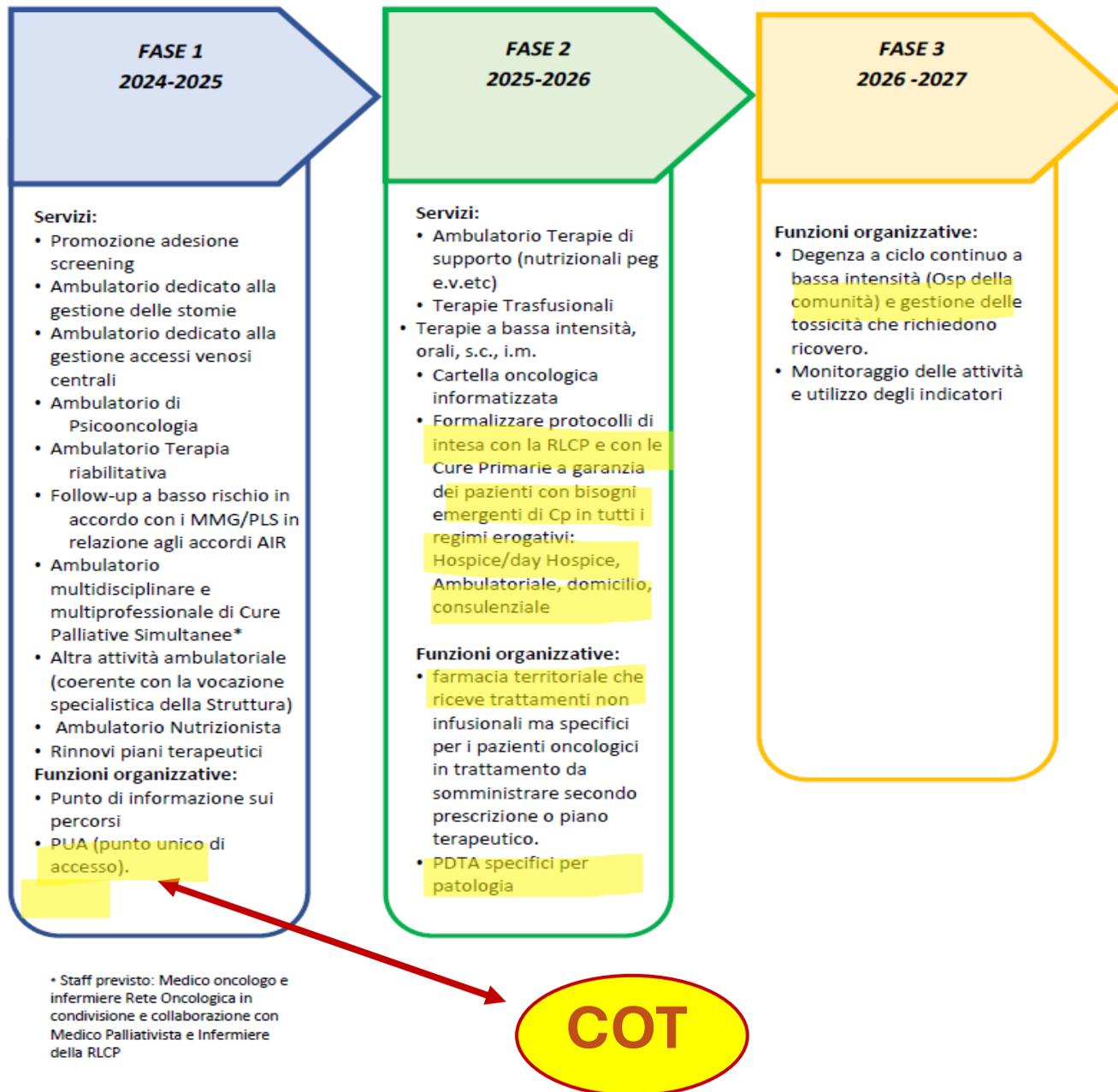


FIGURA 4 Cronoprogramma attuativo sulla base dei servizi e delle funzioni organizzative



Il Distretto svolge un ruolo centrale in considerazione del peso che tale articolazione organizzativa ha, nella conduzione e integrazione di tutte le attività sanitarie e socio-sanitarie a livello territoriale e per i compiti che lo stesso ha di promuovere e realizzare opportune sinergie tra tutte le strutture di offerta territoriale nonché di coordinamento per il sistema delle “cure primarie”. Il Direttore di Distretto favorisce l’integrazione della Medicina Generale con i punti di accesso per il recepimento e l’attuazione dei PDTA e nella responsabilità di progettare e coordinare le attività di deospedalizzazione dei pazienti oncologici con il Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM) che mantiene la responsabilità e la regia del percorso del paziente oncologico, con il fine di favorirne la permanenza a domicilio ogni volta che sia possibile, così come favorirne la presa in carico da parte di strutture residenziali distrettuali idonee.

*Il Modello a rete è quello
che risponde meglio alle
esigenze del paziente
oncologico*



Equità

Prossimità di accesso e capillarità

Omogeneità dell'offerta

Innovazione

Territorio/Ospedale/Territorio

Integrazione

Comunità



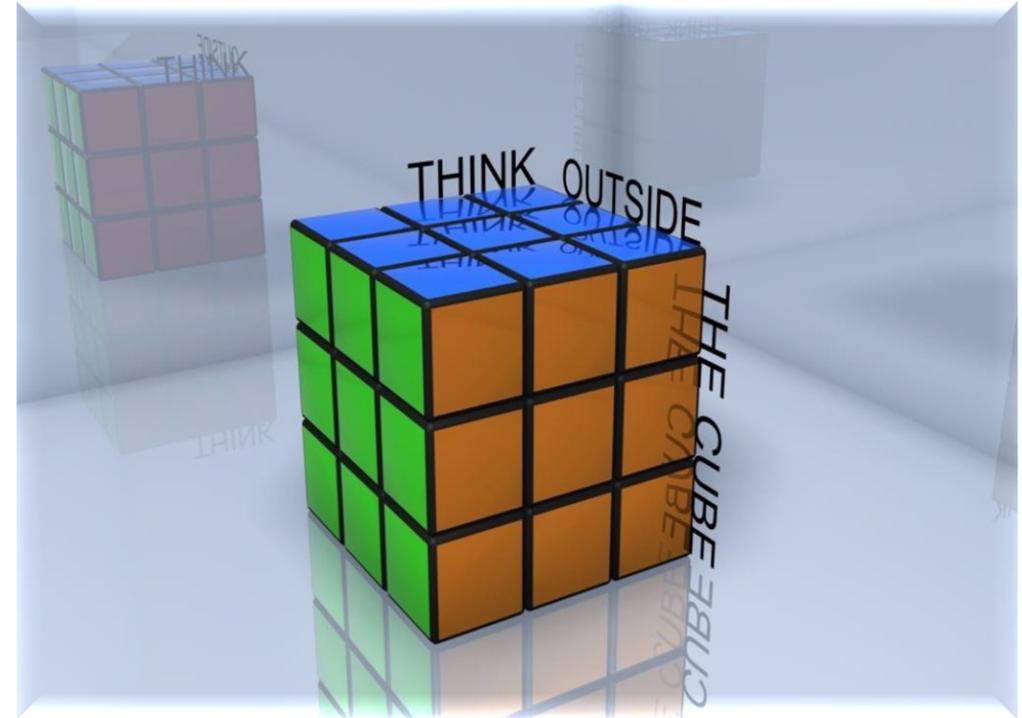
- 1) Costruire un nuovo modello di partnership tra oncologia e Primary Care**
- 2) Espandere le reti e connettere i nodi nell'ottica del Patient journey (ospedale, cure intermedie, cure domiciliari, casa della comunità, team multiprofessionali)**
- 3) Costruire soluzioni centrate sul paziente e condivise con il paziente e i caregivers (empowerment)**
- 4) Innovazione tecnologica e terapeutica**

Casa della Comunità: *Key Points*

- *Presenza in Carico patologie «long term»*
- *Accessibilità, prossimità, capillarità*
- *Equità*
- *Integrazione (connessione) dei servizi*
- *Semplificazione dei percorsi*
- *Continuità delle cure*
- *Personalizzazione delle cure*
- *Sostenibilità*
- *Governo distrettuale*



Verso un Distretto di (della) Comunità



Tratti caratterizzanti e priorità della CdC

- **Un solo luogo per coprire i bisogni della popolazione di riferimento**
- **Un solo luogo per attuare la reale presa in carico in TEAM multiprofessionale**
- **Un solo luogo per l'integrazione socio-sanitaria**
- **Sviluppo omogeneo di percorsi e PDTA e caratterizzazione dei PAI**
- **Modifica del paradigma prestazionale verso la «presa in cura/care»**
- **Sviluppo Sanità Digitale**



PDTA come Percorso condiviso tra Ospedale e Territorio per la gestione integrata del paziente «cronico» (*long term*), per combattere le “*disequità*”, caratterizzato dall’organizzazione del **processo di assistenza per gruppi specifici di soggetti**, attraverso il coordinamento e l’attuazione di attività consequenziali standardizzate da parte di un **team multidisciplinare**



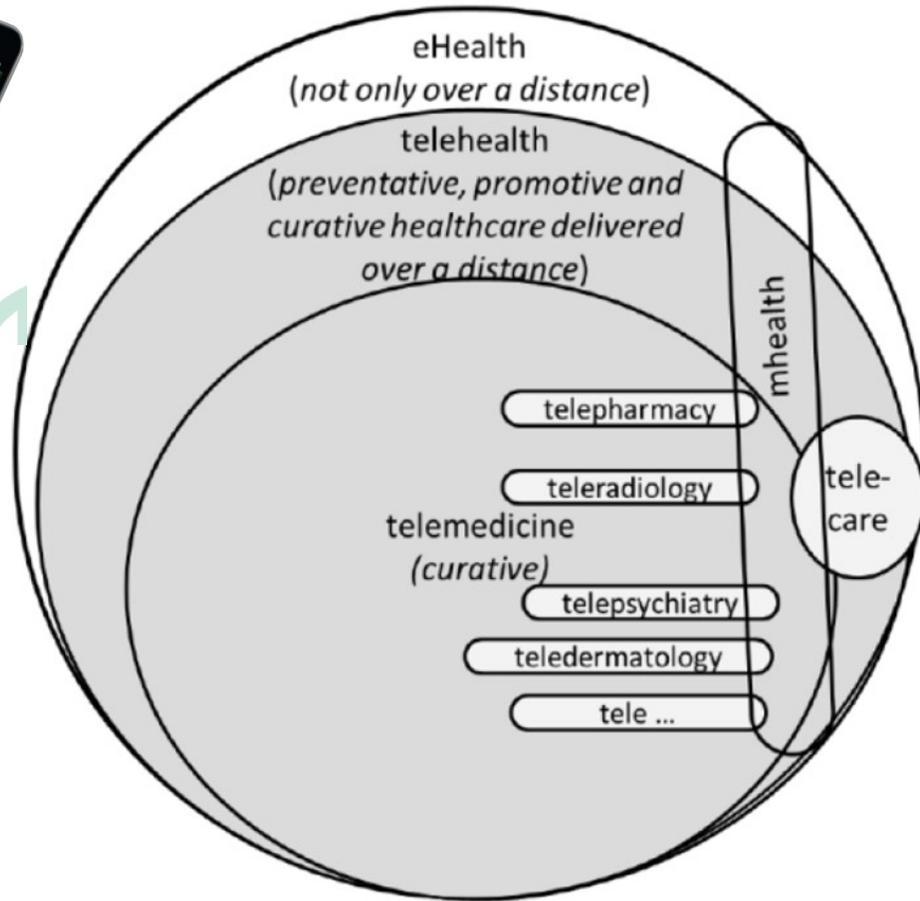
PAI come intervento di cura personalizzato multiprofessionale teso ad obiettivi, anche minimi, ma raggiungibili

Casa della Comunità come luogo privilegiato per la presa in carico e sede, anche virtuale, del team multidisciplinare



L'utilizzo innovativo della tecnologia nelle CdC

Scope of telehealth terminology⁴



Televisita

Teleconsulto

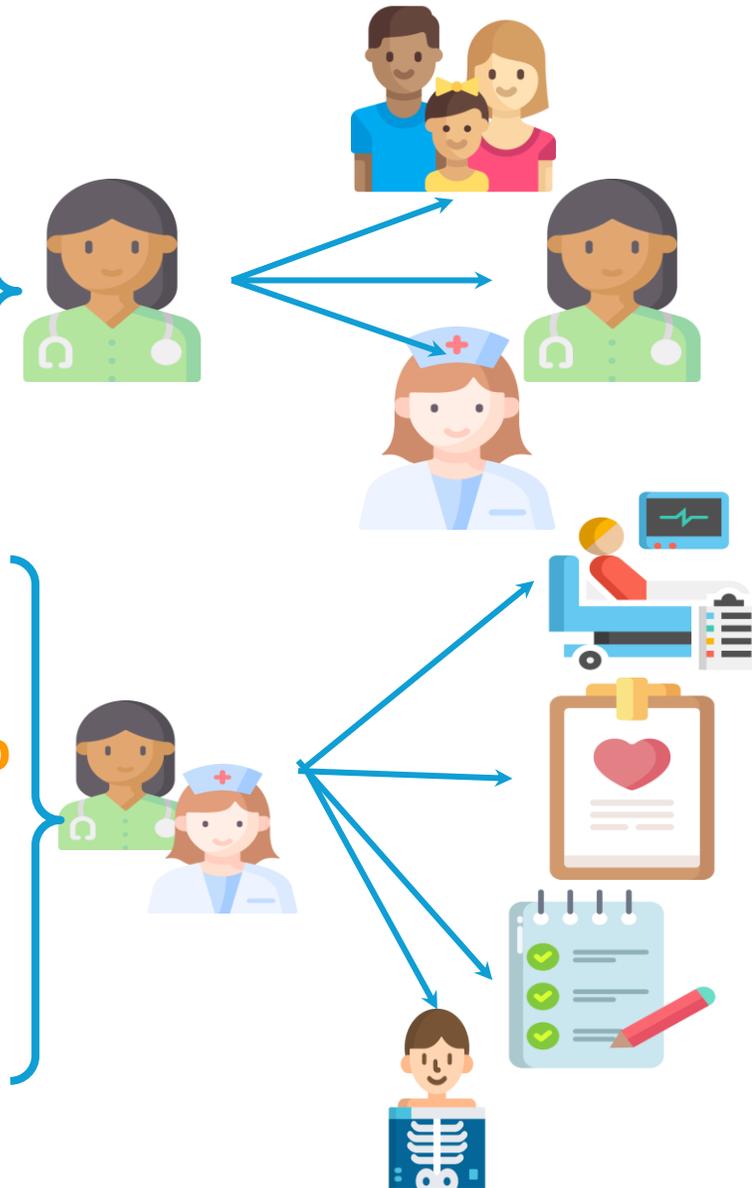
Teleconsulenza

Teleassistenza

Telemonitoraggio

Telecontrollo

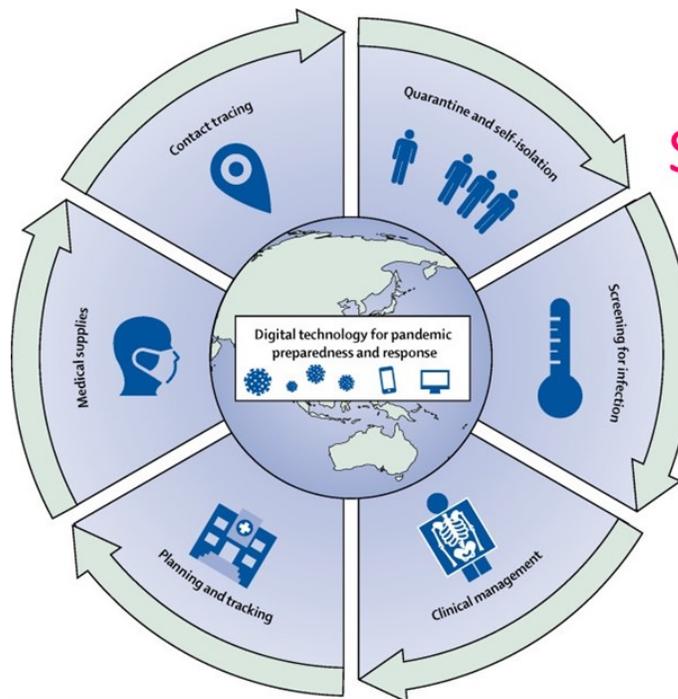
Teleriabilitazione



Van Dyk L. A review of telehealth service implementation frameworks. *Int J Environ Res Public Health*. 2014 Jan 23;11(2):1279- 98. doi: 10.3390/ijerph110201279

L'utilizzo innovativo della tecnologia nelle CdC

- reti di sensori per il monitoraggio continuo dei pazienti
- sistemi di telemedicina per la gestione delle visite, della diagnostica e delle terapie a distanza
- spazi dedicati con stazioni di tele-..... ed elettromedicali dedicati
- Cartella clinica elettronica



Sanità digitale



Supporti per esame fisico



Sensori di movimento



Digital therapeutics



Wearable al grafene

1

24 ORE
Sanità

I QUADERNI DI MEDICINA



Evoluzione terapeutica,
innovazione nei modelli di
gestione dei pazienti oncologici
e benefici per il sistema salute
IL CASO DEL CARCINOMA OVARICO

2

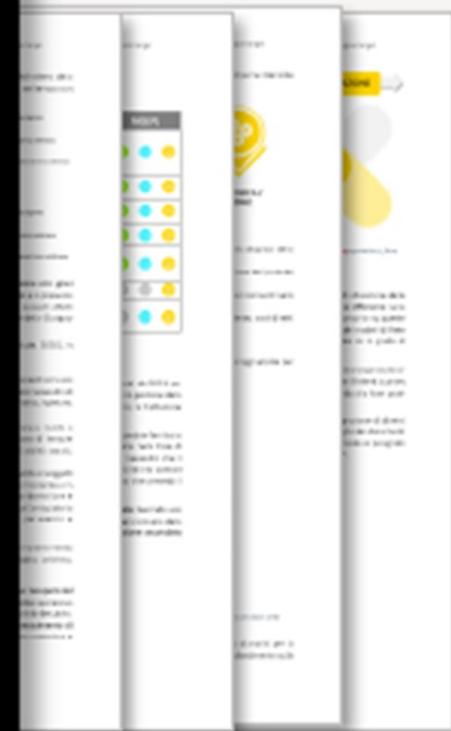
Deloitte.



EXPERT OPINION
Ottimizzazione del percorso della
paziente con carcinoma
mammario HER2+ in trattamento
con la formulazione sottocutanea

REPORT

ILLUSTRATIVO

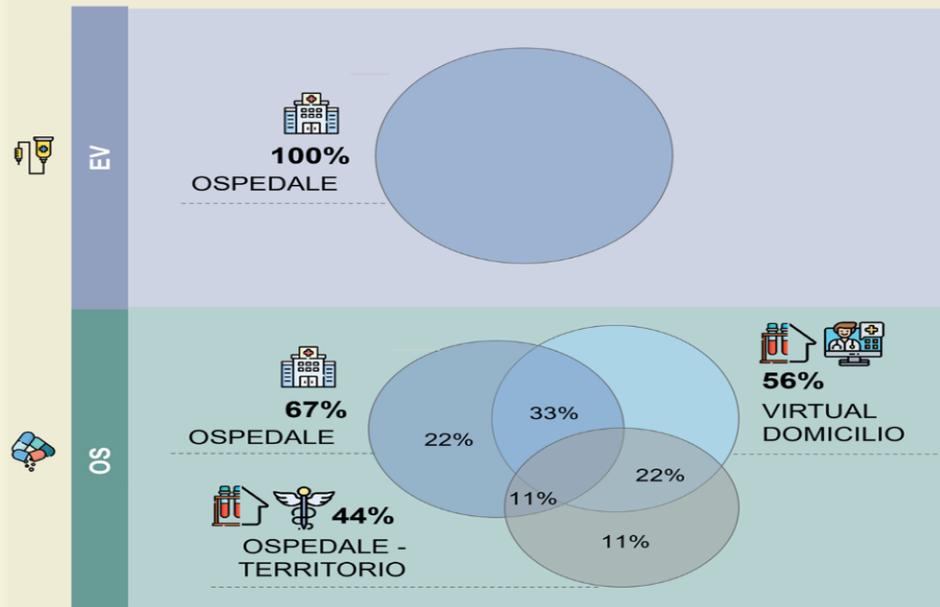


1 Esempio: il Progetto BEYOND

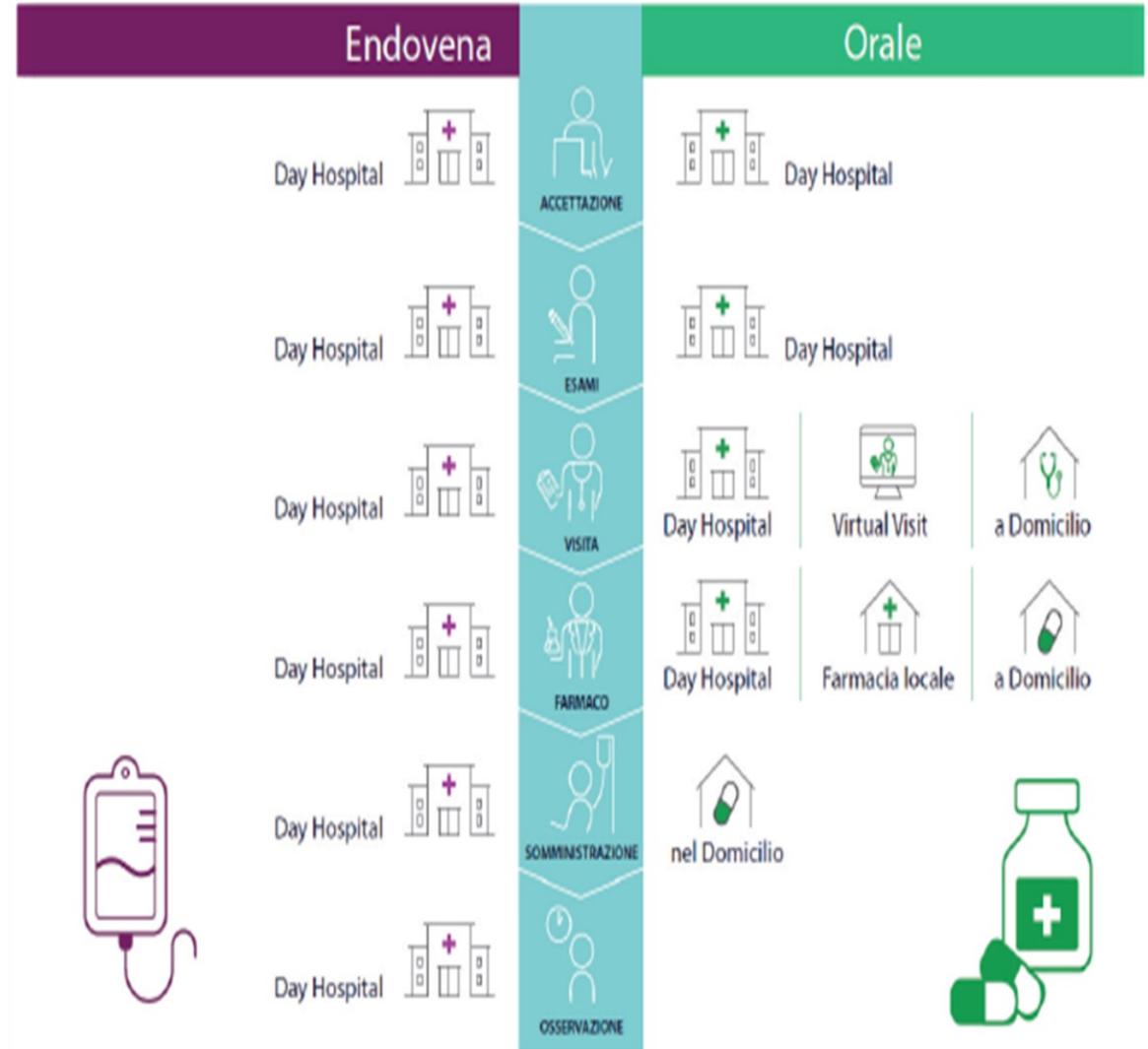
I modelli gestionali confrontati nel corso del progetto **Beyond**:

- 1) Percorso “Prevalentemente in ospedale” (EV e OS): può essere adottato sia per pazienti EV che per pazienti OS;
- 2) Percorso “Ospedale-territorio” (OS): adottato solo per le pazienti OS;
- 3) Percorso “Virtual-domicilio” (OS): adottato solo per le pazienti OS.

I PERCORSI ATTIVATI DAGLI OSPEDALI



IL PERCORSO DELLE PAZIENTI IN DAY HOSPITAL PER TIPO DI SOMMINISTRAZIONE



RISULTATI CHIAVE PROGETTO BEYOND PER LA PAZIENTE TIPO

		EV	OS	OS	OS
					
		  	  	  	  
 1 ANNO		IN OSPEDALE	IN OSPEDALE	OSPEDALE - TERRITORIO	VIRTUAL DOMICILIO
Ore spese per paziente [ore/anno]	OSPEDALE	20	-54%	-82%	-73%
	PAZIENTE	86	-51%	-51%	-77%
Costo per paziente [€/anno]	OSPEDALE	783	-71%	-71%	-80%
	PAZIENTE	1231	-51%	-51%	-77%

Esempio: il possibile sviluppo organizzativo per il trattamento Ca. Mammella nelle CdC

Obiettivo del progetto

Attraverso un percorso di due **Expert Opinion multi-SH**, definire il **corretto percorso** di una paziente con **carcinoma mammario HER2+** in trattamento con la **formulazione SC** e una **griglia di KPI di misurazione dell'impatto di tale trasformazione**, ovvero dei **benefici (valore)** che la gestione SC può generare rispetto a quella EV per la paziente stessa, il Centro e il SSR/SSN.

IL NOSTRO PERCORSO

PRIMO EXPERT OPINION

30 MAGGIO 2023

Analisi dell'attuale **patient journey**, individuazione delle **aree di miglioramento** e delle relative **attività di ottimizzazione** implementabili.

REPORT FINALE

LUGLIO 2023

Stesura di un report finale sul corretto percorso della paziente con carcinoma mammario HER2+ in trattamento SC e sui KPI per misurare l'impatto di tale trasformazione. Organizzazione di un **Webinar** di restituzione e raccolta delle **firme**.

SECONDO EXPERT OPINION

22 GIUGNO 2023

Definizione e validazione di un **framework di indicatori (KPI)** per la misurazione delle grandezze chiave lungo il **percorso di cura** delle pazienti.

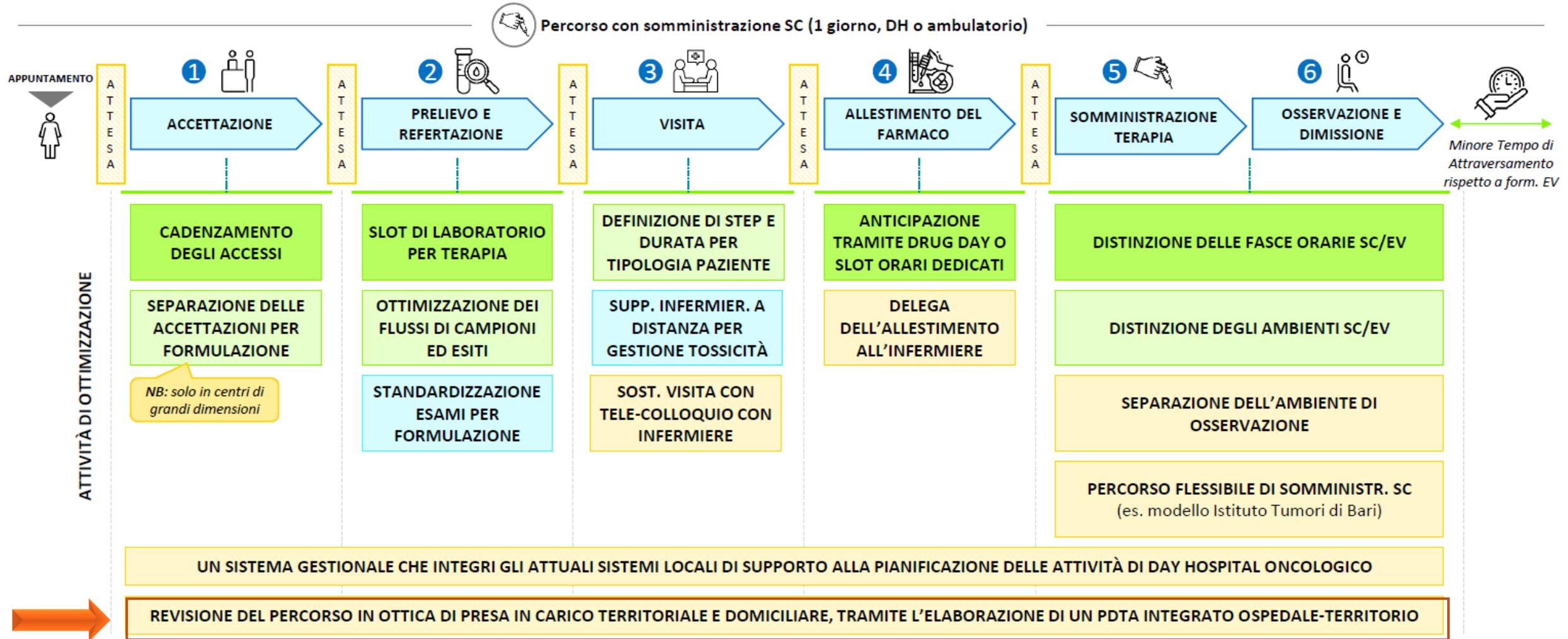
DISSEMINATION

SETTEMBRE 2023

Valorizzazione e diffusione dei **risultati** del report finale tramite una serie di iniziative.

Gli Esiti del 1° Incontro di Expert Opinion | Ulteriori Attività Innovative

In aggiunta a quanto discusso nel corso del 1° incontro di Expert Opinion, discuteremo assieme alcune **ulteriori attività innovative** per l'ottimizzazione del patient journey, afferenti a una singola fase o al percorso nel suo complesso.

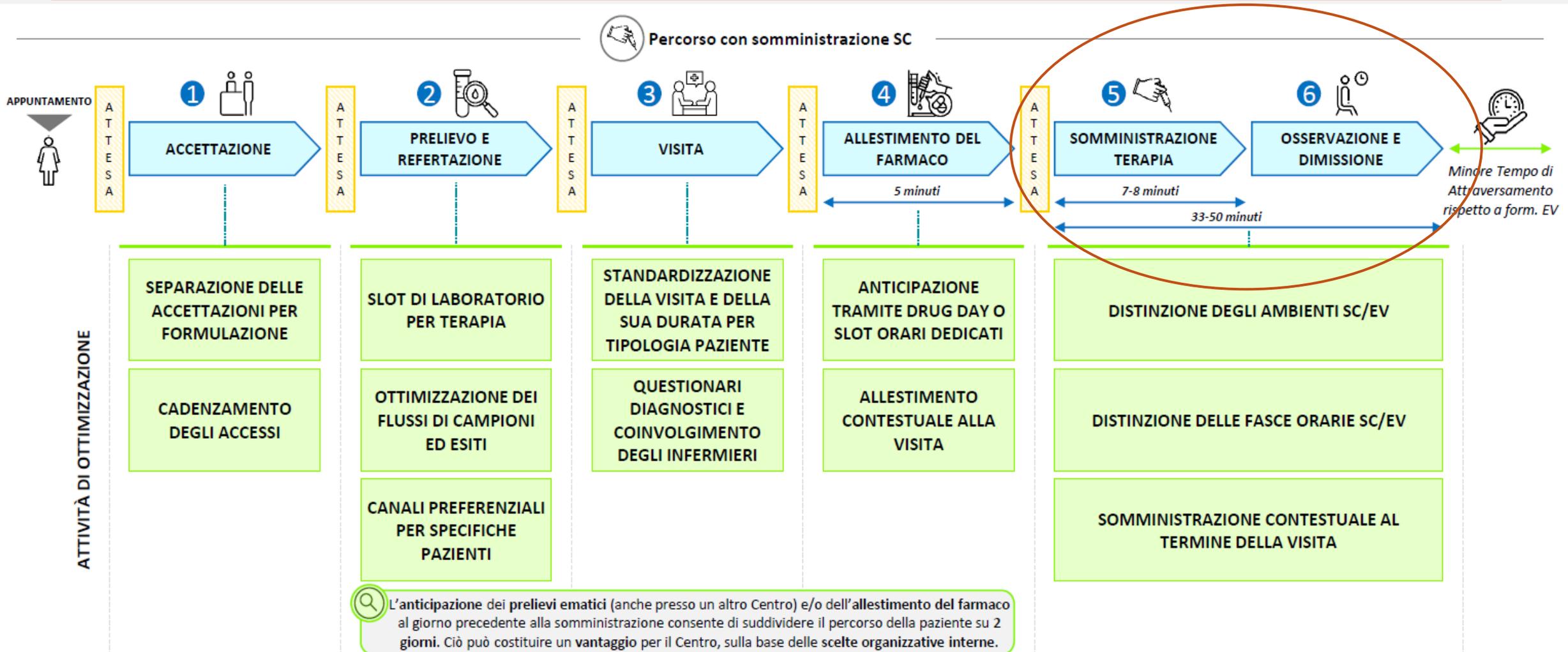


■ Attività giudicate di alta priorità ■ Attività aggiuntive emerse durante il 1° E. O.
■ Attività giudicate di media priorità ■ Ulteriori spunti per l'innovazione del percorso

Possibili attività di ottimizzazione del patient journey in formulazione SC (1 giorno)

Partendo dal patient journey con somministrazione SC sopra descritto e considerando le **aree di miglioramento individuate**, è possibile selezionare una serie di **attività volte all'ottimizzazione di ciascuna fase** del percorso della paziente.

Il percorso si conclude nell'arco di **una singola giornata**, e fa riferimento a un trattamento in **servizio di DH o ambulatoriale**, a seconda delle scelte organizzative del Centro.





DEFINIZIONE STEP DELLA VISITA E DELLA SUA DURATA PER TIPOLOGIA PAZIENTE

*Definizione degli step della visita in base alla tipologia della paziente visitata. Conseguente **stima delle tempistiche** di visita in funzione delle necessità di ciascuna paziente.*



SUPPORTO INFERMIERISTICO A DISTANZA PER GEST. TOSSICITÀ DI BASSO LIVELLO

*Sviluppo di **setting di telemedicina** tra una somministrazione e la successiva, per la gestione delle **tossicità di basso livello** tramite **scale di valutazione**, grazie al coinvolgimento degli infermieri.*



SOST. VISITA CON TELE-COLLOQUIO A CONDUZIONE INFERMIERISTICA

*Al fine di alleggerire la fase di visita di pre-somministrazione, nel caso di pazienti non critiche, è possibile prevedere alcune occasioni in cui la visita del medico è **sostituita da un incontro da remoto con l'infermiere**.*

PATIENT-CENTERED CARE



Concept by Sachin Jain, Art by Matthew Hayward © 2014 All Rights Reserved

KPI

- N. pazienti gestite a settimana
- N. Pazienti gestite a distanza/ N. di pazienti con tossicità
- %/N. casi di tossicità riscontrati a settimana
- Tipologia di tossicità trattata

BENEFICI

- Introduzione di una **scheda infermieristica (via telefono)**
- Utile per **domiciliarizzazione** e per interazione con **caregiver**
- attività estendibile in chiave di **"tele-Farmacia"**

CRITICITÀ

- Problema di **responsabilità medico-legale**
- Necessità di **risorse** (personale, infrastrutture IT)



REVISIONE DEL PERCORSO IN OTTICA TERRITORIALE E DOMICILIARE

Superamento dell'impostazione «ospedale-centrica», in ottica di **prossimità territoriale e domiciliare**. Elaborazione di un **PDTA certificato di integrazione tra ospedale e territorio**.

BENEFICI

- **Minore pressione** sui centri Hub e migliore presa in carico delle pazienti che richiedono competenze di alto livello

ESITO

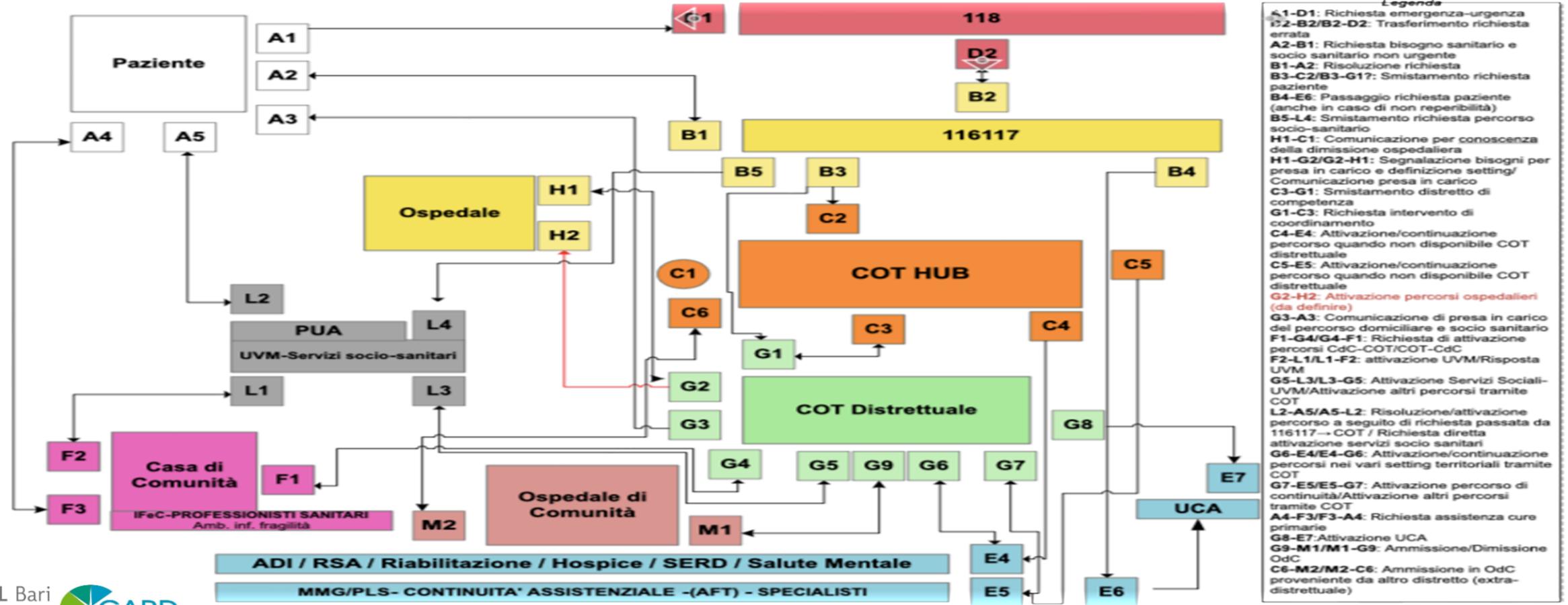


Sono emerse **considerazioni simili** e si è raggiunta una **valutazione comune** dell'attività e dei relativi benefici e criticità di implementazione.

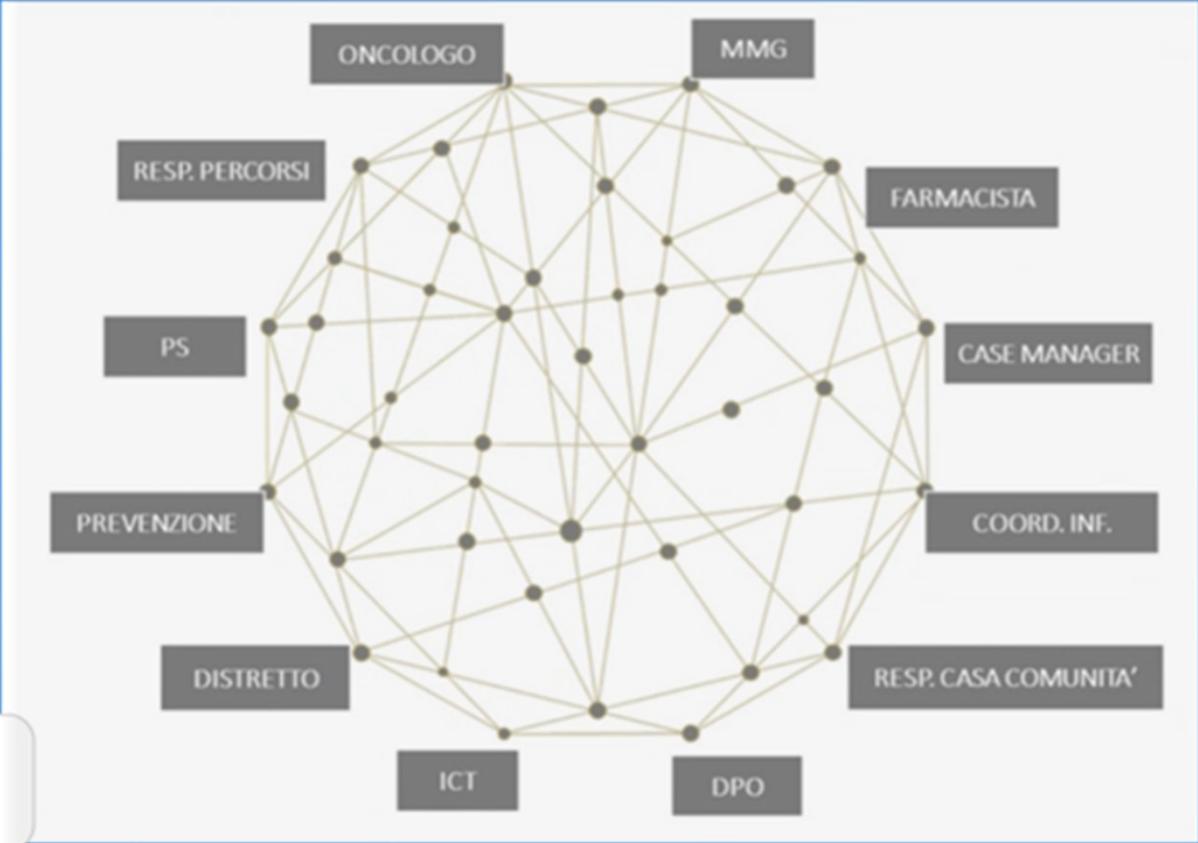
CRITICITÀ

- La formulazione sottocute rientra in **regime di fornitura OSP**
- **Necessità di risorse** e di **volontà politica**
- **Stesura, a livello nazionale, di un modello organizzativo** chiaro
- **Necessità del supporto delle Reti Oncologiche Regionali**

Possibile impiego della COT



TEAM MULTIDISCIPLINARE PER UNA VISIONE END TO END DEL PERCORSO PONENDO AL CENTRO IL PAZIENTE



A collection of logos for various organizations and institutions, arranged in a grid-like fashion. The logos include:

- age.n.a.s.
- ASL SSR
- UMBERTO I POLICLINICO DI ROMA
- AOU SANT'ANDREA
- FNOPI (FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI PROFESSIONISTI NEREBETIC)
- CITTADELANZATTIVA Lazio onlus
- PTV (FONDAZIONE PTV PUGLIESE TOR VERGATA)
- ASL ROMA 1
- SIFO (SOCIETA' ITALIANA DI FARMACOLOGIA)
- DIEP/Lazio (Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale Regione Lazio)
- CARD (Confederazione Associazioni Regionali di Distretto Società Scientifica delle attività Socio-sanitarie Territoriali)
- FIGMG
- SIMEU (società italiana medicina d'emergenza-urgenza)
- Incontra donna (FONDAZIONE OCCUPIAMOCI DI SALUTE)
- SICP (Società Italiana di Cure Palliative)
- CIPOMO (Collegio Italiano dei Primari Oncologi Medici Ospedalieri)



Obiettivo

Analizzare l'attuale Patient Flow in oncologia ottimizzando le aree chiave per la realizzazione pratica delle linee guida deliberate da regione Lazio sulla ROR (rete oncologica regionale) in progressiva attuazione della transizione territoriale prevista dal DM77/PNRR.



Metodo

Attraverso l'utilizzo di metodologie di project management Agile e Lean si è mantenuto un approccio pragmatico con proposte di soluzioni pratiche e facilmente attuabili individuate dagli stessi professionisti del sistema Salute in collaborazione con la "voce" del cittadino/paziente

FASE 1



17 MAGGIO

SINTESI AS-IS E RISORSE DISPONIBILI

- **INQUADRAMENTO** DEL PARADIGMA DELLE RETI ONCOLOGICHE E **STATO DI ATTUAZIONE IN REGIONE LAZIO**
- **RICOGNIZIONE DELLE RISORSE DISPONIBILI** CON RIFERIMENTO AI **SERVIZI DELL'OFFERTA TERRITORIALE SSR** IN ONCOLOGIA SECONDO IL **"RAPPORTO DI MONITORAGGIO DEI DISTRETTI SANITARI IN LAZIO"** DI CITTADINANZATTIVA;
- ASSESSMENT DEL **FLUSSO DI ATTRAVERSAMENTO DEL PAZIENTE ONCOLOGICO A LIVELLO TERRITORIALE**, GAP ANALYSIS E RACCOLTA DEI PUNTI DI FORZA

22 GIUGNO

OTTIMIZZAZIONE, COSTRUZIONE, STANDARDIZZAZIONE

- REVISIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO IN OTTICA DI **INTEGRAZIONE E APPROPRIATEZZA'-SETTING**
- **PATIENT FLOW TO BE**
- **STANDARDIZZAZIONE SETTING: ATTIVITA' - RUOLI - PZ TARGET**
- I **BISOGNI, LE RISORSE, I PROFESSIONISTI, GLI STRUMENTI DI GOVERNANCE E I NUOVI PROCESSI**

6 LUGLIO

CONDIVISIONE E VALIDAZIONE

- VALIDAZIONE DEL **NUOVO MODELLO INTEGRATO H/T COSTRUITO IN LINEA CON I NODI DELLA RETE ONCOLOGICA**, PON E LE STRUTTURE IDENTIFICATE DAL DM77 DA PARTE DELLE **LE CATEGORIE PROFESSIONALI, RAPPRESENTANZE DI CITTADINI E DEI PAZIENTI CHE HANNO ADERITO ALL'INIZIATIVA, INSIEME AD AGENAS**
- **AVVIO DI PROGETTAZIONE DELLA FASE 2 PER LA DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI DI ESITO/PROCESSO E SCALABILITÀ DEL MODELLO.**

FASE 2

5 OTTOBRE

COSTRUZIONE STANDARDIZZAZIONE KPIS

- DAL MODELLO ORGANIZZATIVO VALIDATO IN FASE 1 DALLE RAPPRESENTANZE DI CATEGORIA E DAGLI SH PARTNER, SI INDIVIDUANO I NODI DI RETE DEL PATIENT FLOW STANDARDIZZABILI IN OGNI CONTESTO REGIONALE ATTI ALLA MISURAZIONE
- **DISEGNO DI INDICATORI PER LA MISURAZIONE DEGLI ESITI DI SALUTE E DI SISTEMA**, IN LINEA CON EVOLUZIONE PY

30 OTTOBRE

VALIDAZIONE DEI KPIS

- REVISIONE DEGLI INDICATORI COSTRUITI E LORO VALIDAZIONE DA PARTE DEI PARTECIPANTI AL WORKSHOP DEL 5 OTTOBRE



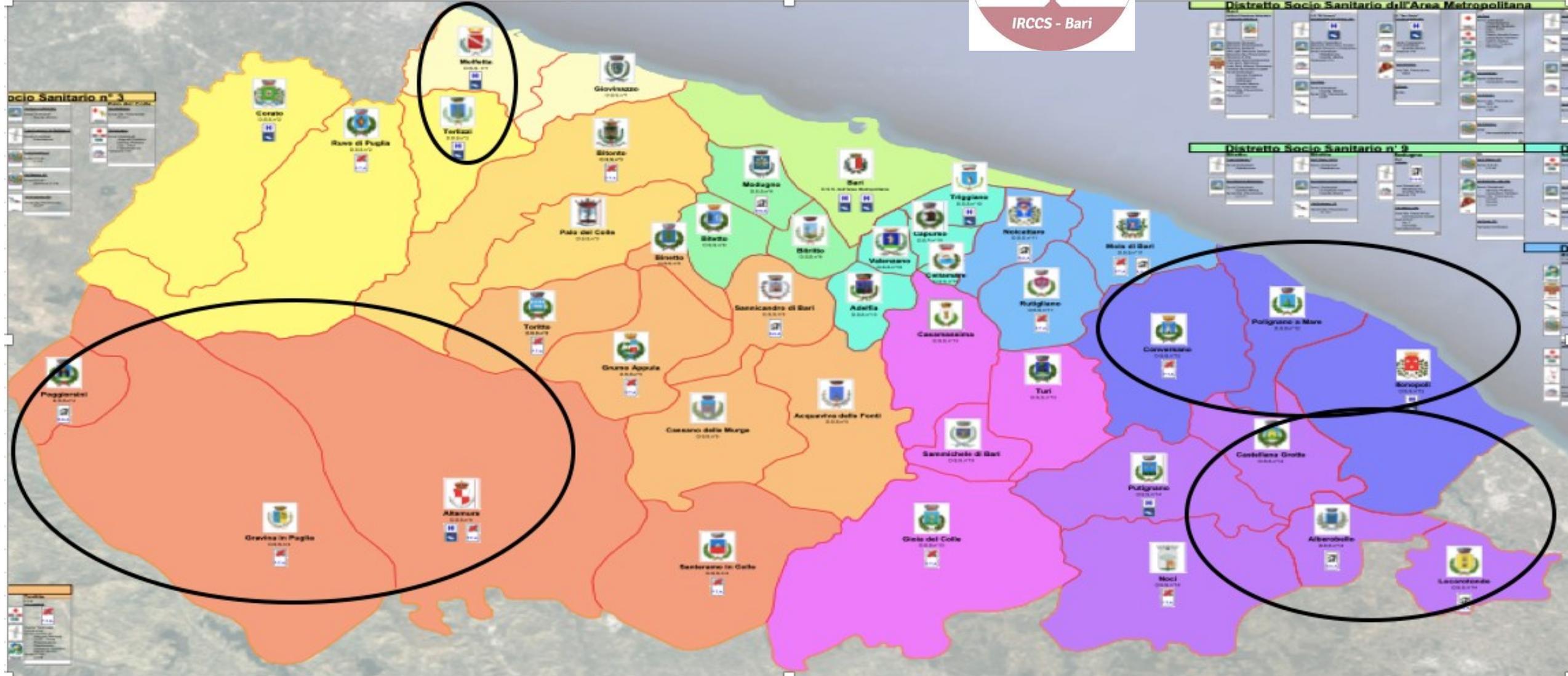
1

2

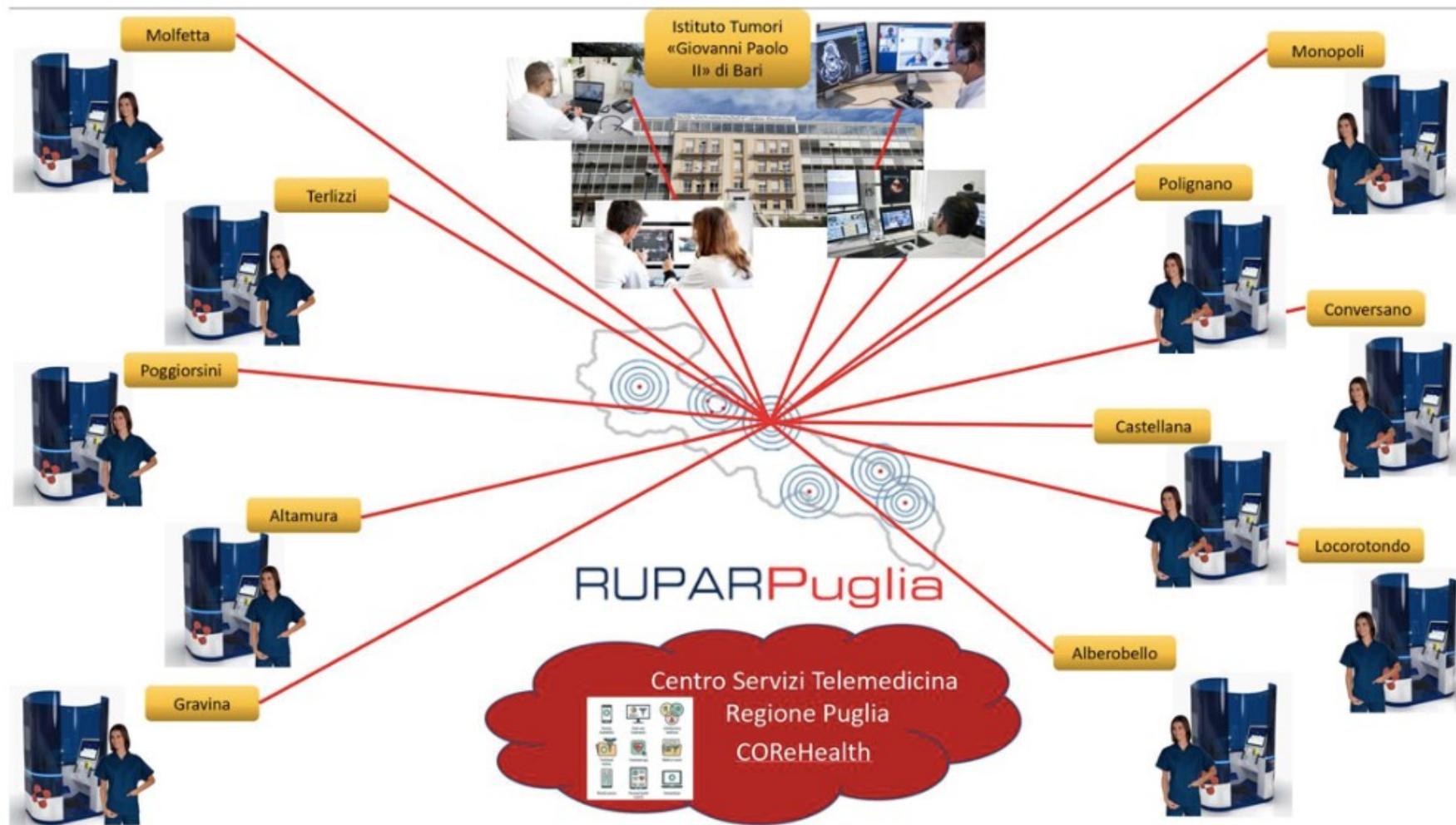
3

4

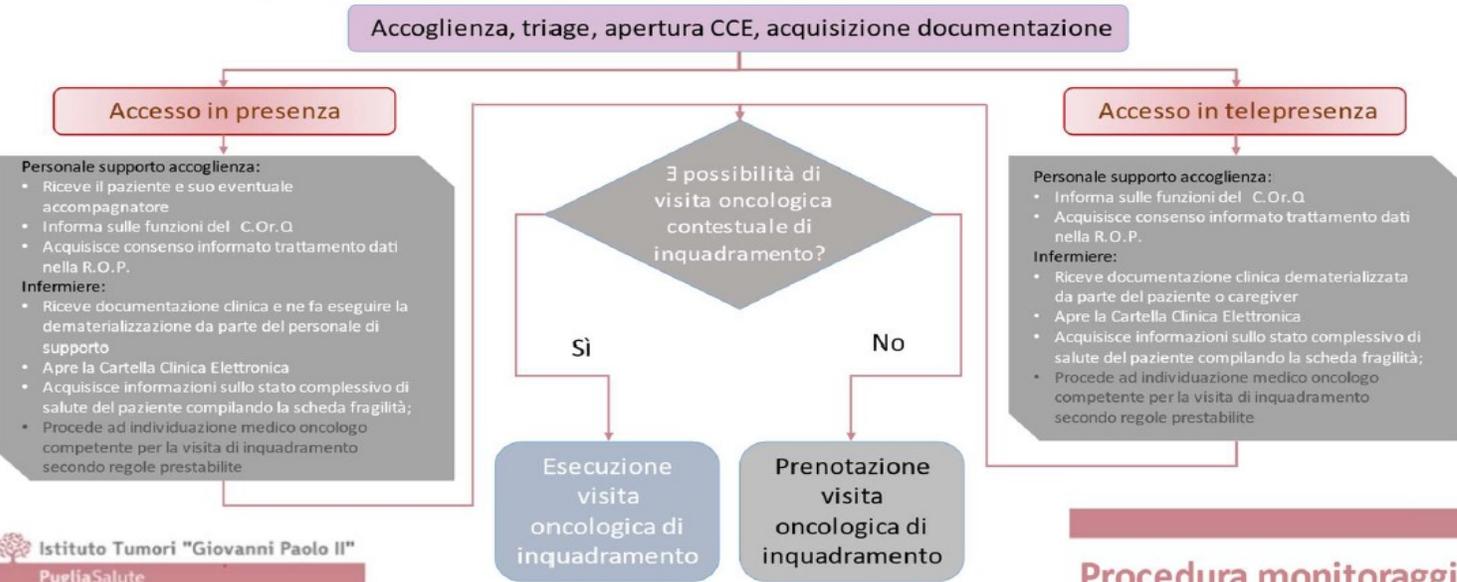
PREVENZIONE, SCREENING E SOSPETTO	PRESA IN CARICO E COMPLETAMENTO DIAGNOSTICO	TRATTAMENTO	FOLLOW UP
RAFFORZAMENTO CAMPAGNA DI SENSIBILIZZAZIONE E SCREENING ATTRAVERSO COINVOLGIMENTO DI MMG E FARMACIE PER SOMMINISTRAZIONE QUESTIONARI	RAFFORZAMENTO DEL PACO ATTRAVERSO IL TELECONSULTO E SUPPORTO DEL CARE MANAGER PER IL PAZIENTE ONCOLOGICO	ATTIVAZIONE CONTEMPORANEA DA PARTE DEL GOME DI TRATTAMENTO E CURE SIMULTANEE	MIGLIORAMENTO FOLLOW UP GRAZIE A CONTROLLO PERIODICO DA PARTE DEL MMG E ATTIVAZIONE TELECONSULTO
MIGLIORAMENTO ANALISI PREDITTIVE DA PARTE DEL SERVIZIO SCREENING PER SENSIBILIZZAZIONE PIU' CAPILLARE	MIGLIORAMENTO DEL PERCORSO STANDARD PER IL COMPLETAMENTO DIAGNOSTICO E ATTIVAZIONE DEL GOM	INDIVIDUAZIONE DI CRITERI DI SELEZIONE DEL PAZIENTE TERRITORIALE/OSPEDALIERO DA PARTE DEL GOM, ATTRAVERSO UTILIZZO DI UNA MATRICE SPECIFICA PAZIENTE-SETTING	INTRODUZIONE DEL SUPPORTO DELL'INFERMIERE SPECIALISTICO DI TERRITORIO PER LA SORVEGLIANZA DEL PAZIENTE E REINIRIZZAMENTO AL GOM PER RISPOSTE DUBBIE
RAFFORZAMENTO CAMPAGNA DI SCREENING ATTRAVERSO DISPENSAZIONE DEI TEST NELLE FARMACIE			RAPIDA ATTIVAZIONE DEI SERVIZI DI PSICONCOLOGIA E NUTRIZIONE GRAZIE AL CARE MANAGER
			CIRCOLO VIRTUOSO NEL FOLLOW UP SPECIALISTICO PER RIVALUTAZIONE E RINVIO AL MMG



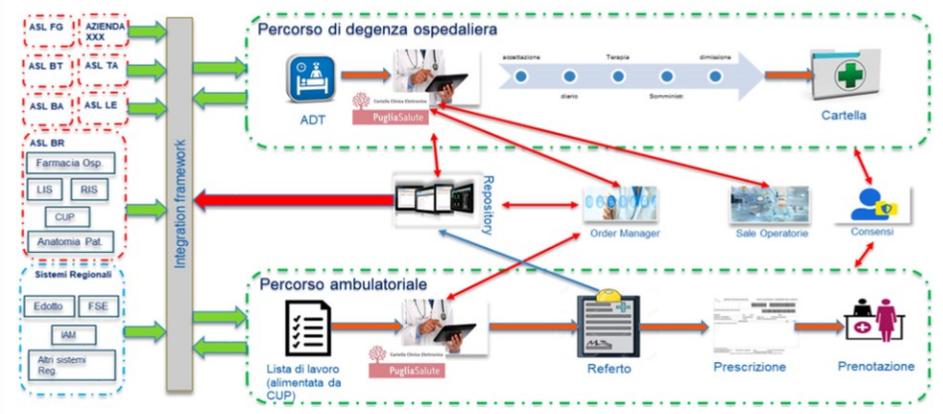
Il progetto in argomento realizza l'infrastruttura di seguito schematizzata:



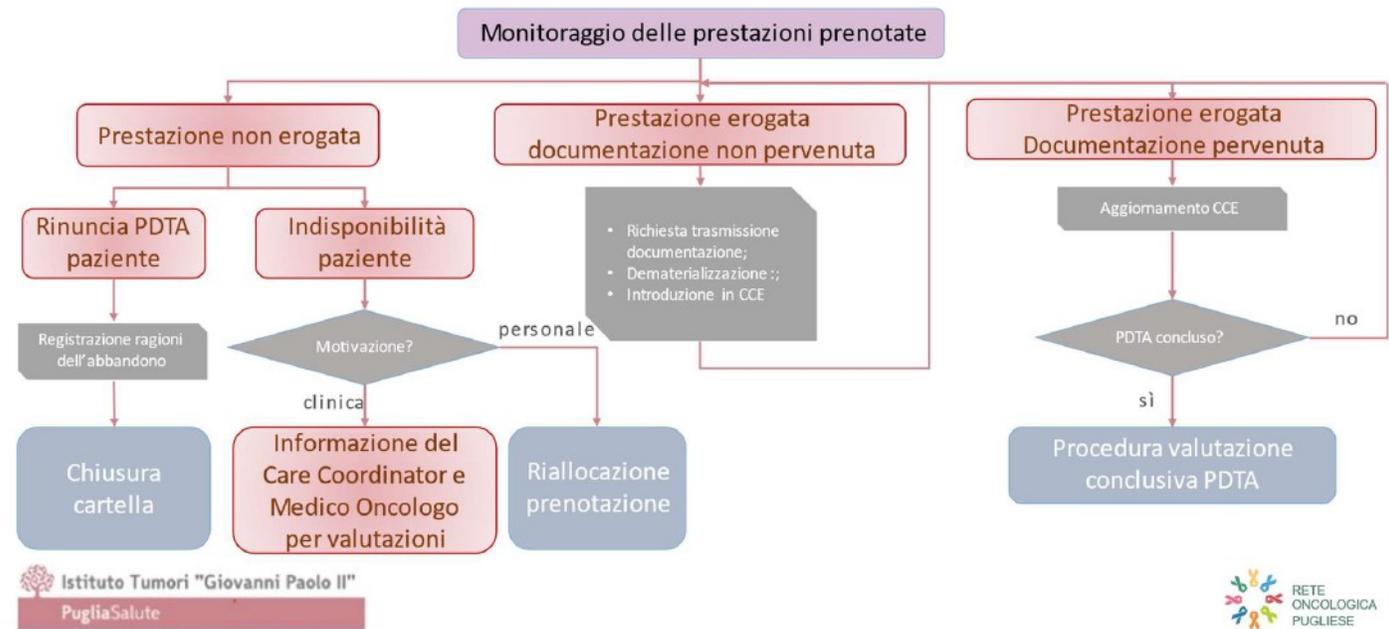
Procedura accoglienza, triage, apertura CCE,...



La Cartella Clinica Elettronica (CCE) nel progetto Regione Puglia – Scenario architetturale



Procedura monitoraggio PDTA



Take home (1)

- *Le pazienti in terapia OS o per SC risparmiano dal 36% al 69% del tempo rispetto a quelle in terapia EV considerando un singolo ciclo di terapia.*
 - *I farmaci orali da un lato hanno il vantaggio di permettere ai pazienti di assumere in CdC o a casa la terapia, dall'altro responsabilizzano maggiormente pazienti e caregivers, che assumono un ruolo chiave nella corretta gestione della terapia.*
 - *I farmaci SC hanno il vantaggio della possibile somministrazione extraospedaliera (CdC, OdC)*
- *Le potenzialità del futuro dell'oncologia saranno, oltre all'innovazione terapeutica, gli investimenti in digitalizzazione, oncologia di prossimità potenziando l'integrazione tra ospedale e territorio e rafforzamento delle reti oncologiche regionali.*
- **Ruolo del farmacista «counselor».**
 - **Ruolo dell'infermiere**
- *L'arrivo di risorse dal PNRR per potenziare le reti di prossimità, le strutture e l'assistenza sanitaria territoriale, rappresenta un'occasione e apre a un'idea di futuro della sanità che fino ad oggi sembrava solo teorizzato, ma difficilmente concretizzabile.*

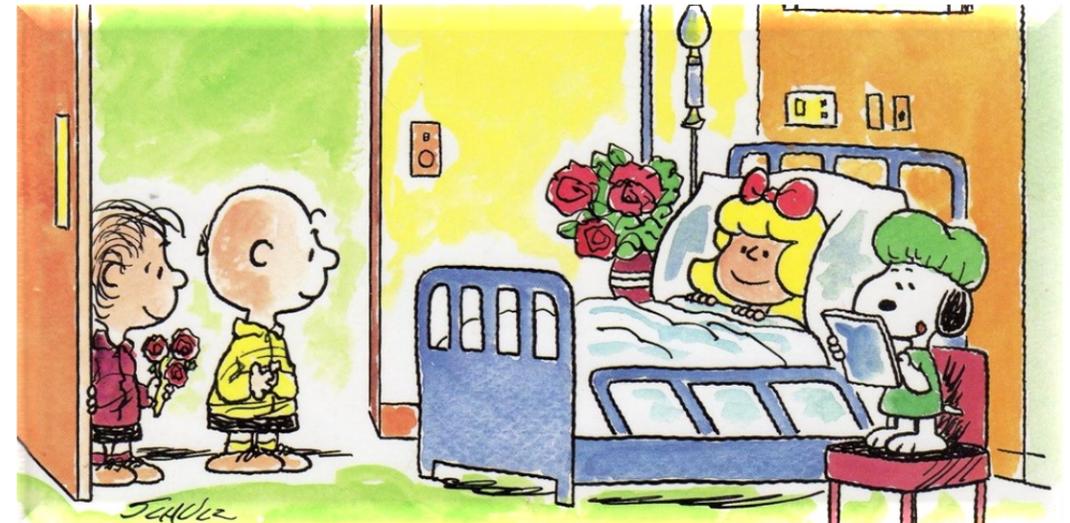


Take home (2).....

- Spostare l'asse di intervento verso la capillarizzazione territoriale
- Possibile ruolo delle COT
- Sviluppare nuovi modelli di intervento integrati
- PDTA e PAI
- Implementare le professionalità sanitarie (farmacista, infermiere)
- Sviluppare la Sanità Digitale

Distretto
Casa di
Comunità
Domicilio

Ospedale
Day Hospital





**«C'è solo un modo per evitare le critiche:
non fare nulla, non dire nulla e non
essere niente.»**

Aristotele



**"Iniziare un nuovo cammino
spaventa.
Ma dopo ogni passo che
percorriamo ci rendiamo
conto di come era pericoloso
rimanere fermi."**

ROBERTO BENIGNI