

# Modelli gestionali in oncologia **SECONDA FASE**

**Terapia e palliazione nelle Aziende  
Sanitarie ospedaliere e territoriali**



**Aiom**

**Associazione  
Italiana di  
Oncologia Medica**



*Innovazione per la salute*



# Modelli gestionali in oncologia SECONDA FASE

**Terapia e palliazione nelle Aziende Sanitarie ospedaliere  
e territoriali**



**Associazione  
Italiana di  
Oncologia Medica**



## Note dei curatori

Più di 40 tra Aziende ospedaliere, Irccs e Aziende sanitarie locali di tutta Italia, un campione ampiamente rappresentativo della realtà italiana e tre pubblicazioni che analizzano il settore oncologia dalla prevenzione primaria alle cure palliative per fornire ad operatori, amministratori ma anche ai cittadini una fotografia di come si articola l'assistenza ai malati di tumore nel nostro Paese. Questo, in estrema sintesi, il progetto “Modelli gestionali in oncologia” dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) realizzato grazie ad un educational grant di Roche.

Giunti ora al terzo volume, una ricapitolazione è d'obbligo e necessaria nell'ambito di un'iniziativa così articolata e che, per fornire dati omogenei e aggiornati, si è deciso di concentrare nell'arco di un solo anno tra fine 2005 e 2006.

Il presente volume analizza la seconda parte della seconda fase della ricerca. La prima fase è stata incentrata sulle Aziende Sanitarie Locali, la seconda sulle Aziende Ospedaliere e su altre strutture dedicate all'assistenza oncologica territoriale. Questa seconda fase è stata suddivisa in due step: il primo, di cui dà conto il precedente o secondo volume, riguarda le fasi di prevenzione primaria, secondaria e diagnosi precoce; il secondo step di cui si tratta nella presente e terza pubblicazione riguarda le successive tappe del processo assistenziale oncologico e cioè diagnosi 'tout court', terapia e riabilitazione, e palliazione. Solo per brevità – ma anche perché l'analisi è concentrata soprattutto su queste fasi – il sottotitolo del volume si riferisce a terapia e palliazione.

Anche in questa pubblicazione semplifichiamo al massimo la parte iconografica, aggiornando – laddove esistenti – i dati essenziali sullo stato dell'organizzazione di strutture, direttive, programmi e processi nell'ambito delle fasi di terapia, riabilitazione e palliazione in Italia, già presentati nel primo volume. Per dare con ciò massimo spazio ai numeri e ai risultati della ricerca.

Sempre per questo motivo, tralasciamo qui l'elencazione e la spiegazione delle attività che sono state indagate per ciascuna fase in quanto ritenute ridondanti – alla terza pubblicazione – e comunque accennate nel capitolo introduttivo. Si tratta inoltre di attività (la pianificazione, il monitoraggio, il controllo, le caratteristiche dell'offerta e l'integrazione tra soggetti erogatori e altre strutture o Istituzioni) che nella stragrande maggio-

ranza dei casi sono state indagate – come nelle precedenti analisi – in modo equivalente in tutte le fasi analizzate.

Riproponiamo infine i capitoli d'appendice e cioè il riepilogo dei risultati principali dello step precedente (contenuti nella pubblicazione numero due), il richiamo ai processi d'invecchiamento della popolazione e alla cronicizzazione delle patologie neoplastiche e i principali numeri dei tumori in Italia. Come al solito, per chiarezza riportiamo integralmente anche il questionario utilizzato per la raccolta dei dati, messo a punto dall'AIOM sia sulla base dell'impostazione relativa alla prima fase dell'indagine (integrata e rafforzata per ottenere il massimo risultato in termini di chiarezza), che mediante apposite nuove domande strutturate per indagare le fasi del processo d'assistenza al malato di tumore nelle quali le Aziende Ospedaliere e le strutture dedicate rivestono ruoli determinanti e centrali.

Con l'attento lettore ci scusiamo per alcune difformi impostazioni utilizzate nell'esposizione testuale e grafica dei tre volumi e per le inevitabili e possibili imperfezioni in essi contenute. Sottolineiamo che si tratta di un primo approccio editoriale alla materia caratterizzato dallo sforzo di pubblicare dati omogenei e aggiornati allo stesso anno, requisiti indispensabili per un manuale di questo genere. Ci auguriamo infine che il feedback con i lettori possa come sempre rappresentare un ottimo ausilio per il perfezionamento futuro del piano dell'opera.

Mauro Boldrini  
Sabrina Smerrieri  
Sergio Ceccone

## **L'AIOM completa il progetto di “censimento e conoscenza”**

Il terzo volume di ‘Modelli gestionali in oncologia’ va a completare il progetto di “censimento e conoscenza” dell’Associazione Italiana di Oncologia Medica. Anche per l’altro braccio di questa ricerca – che nel suo complesso rappresenta ora un’ampia iniziativa culturale e scientifica – e cioè il ‘Libro Bianco’, siamo giunti ormai al terzo atto. Un segno non casuale che la progettualità messa sul campo dalla nostra Associazione ha raggiunto traguardi omogenei e si è dimostrata frutto di una pianificazione nient’affatto scontata o improvvisata. Che le idee si sono fatte realtà. Abbiamo costruito negli anni appena passati un percorso che oggi risulta ben delineato e che nell’immediato futuro dovrà sperabilmente raccogliere i suoi frutti, specie in termini di interventi sanitari di pianificazione e investimento mirati e ‘ad hoc’.

Entriamo dunque nel merito di questa terza pubblicazione che prende in esame un campione più ampio di Aziende Ospedaliere, Dipartimenti di oncologia, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico a orientamento oncologico e altre strutture e organizzazioni sanitarie territoriali: la terza indagine ne ha coinvolte 26, dopo le 16 Asl e le 20 Aziende e strutture del primo step ‘ospedaliero’ focalizzato su prevenzione primaria e secondaria e diagnosi precoce. Qui presentiamo i dati del secondo step, quelli relativi alle Istituzioni che svolgono ruoli di indirizzo, regia e coordinamento, ma soprattutto di operatività nell’ambito della gestione oncologica delle fasi diagnosi ‘tout court’, terapie, riabilitazione e palliazione.

Con le fasi che competono precipuamente alle strutture ospedaliere, l’analisi – dal punto di vista dell’oncologo medico ma anche dell’amministratore – entra dunque nel ganglio centrale del processo di cura oncologica. Valgono in questo senso le stesse parole spese nella presentazione della precedente pubblicazione, che quindi ribadisco in parte aggiornandole e precisandole. Sottolineando anzitutto l’obiettivo generale dell’AIOM e del suo progetto integrato di servizio: focalizzare l’attenzione sul paziente e sul suo complesso percorso all’interno della rete sanitaria, semplificando i punti nodali dove a volte questo cammino s’interrompe o non procede con sufficiente scorrevolezza, arrecando una perdita di qualità dell’assistenza che si riflette sul paziente stesso e sull’intero sistema nazionale con ricadute negative in termini sia di outcome sanitari che di razionalizzazione delle risorse, capitolo quanto mai sensibile delle attuali politiche sanitarie ed economiche.

Contingenze difficili e poco favorevoli, scenari mutati e da adattare all'esistente: è qui, in questi difficili frangenti che l'AIOM può servire di più al Paese: per riunire gli sforzi e le potenzialità di tutti gli oncologi medici italiani – ai quali va il nostro sincero ringraziamento per aver partecipato a questo progetto e per il loro contributo a tutte le nostre iniziative –, ma soprattutto per indirizzare gli amministratori a compiere scelte oculate, redditizie in termini di investimenti per il futuro e soprattutto per il presente dei malati oncologici. Malati che come vale sempre la pena di ricordare hanno poco tempo da perdere.

Da queste basi muove l'AIOM, Associazione che agisce conscia che la strada maestra per collaborare con le Istituzioni è quella dell'integrazione tra strutture, fasi assistenziali, personale, un cammino possibile solo con un progetto integrato, vero 'trait d'union' e iniziativa unificante. Il coordinamento di professionalità e Istituzioni che intervengono nel complesso processo terapeutico del malato di cancro e la riunione di reti operative già esistenti è il primo e più importante atto da perseguire, per offrire realmente a pazienti, loro familiari e cittadini un'assistenza sanitaria ai massimi livelli e standard qualitativi: informazioni, direttive e percorsi guidati e 'prioritari' di prevenzione, diagnosi, trattamento, riabilitazione e palliazione. I migliori che siano disponibili per ogni territorio, ovunque i cittadini/pazienti risiedano. Una direzione di lavoro che dovrebbe caratterizzare in particolare la prossima evoluzione del progetto Libro Bianco.

Ribadiamo la necessità di tenere 'sotto osservazione' la rete oncologica e tutti i suoi attori e i processi che ne derivano per verificare funzionamento e nodi della gestione oncologica e per programmare interventi, fare informazione, adottare strumenti quali cartelle telematiche, promozione di linee guida, registri per patologia. Per questo l'osservatorio oncologico AIOM prevede il censimento sia delle risorse (il Libro Bianco) che dei 'Modelli gestionali in oncologia'. Rimandiamo alle prossime edizioni di questi lavori e, speriamo, ad altre ricerche, l'ulteriore ampliamento di tale progetto integrato.

Siamo ad ogni modo persuasi che il corpus costituito dai sei testi complessivi di Modelli gestionali e Libro Bianco possa fornire dati, analisi, indicazioni e stimolare la discussione e l'elaborazione di temi e soluzioni innovative, in grado di cogliere tre obiettivi ambiziosi: lo sviluppo di una rete delle strutture assistenziali oncologiche (con condivisione di risorse e informazioni, non solo in Italia ma allargata all'estero), il coordinamento tra le Istituzioni sanitarie in tema di informazione ai cittadini, organizzazione delle risorse e pianificazione degli interventi, e la partecipazione dei medici di medicina generale e di tutti gli attori del processo assistenziale.

Anche in questa occasione tengo a sottolineare che è attraverso i modelli rappresentati e praticati dai Dipartimenti Oncologici aziendali e interaziendali – garantendo la messa in comune di professionalità, strutture, apparecchiature, aggiornamenti, strumenti necessari a fornire ai pazienti

oncologici l'assistenza coordinata e strutturata di cui hanno bisogno nelle varie fasi della malattia, dalla diagnosi alla cura e palliazione - strutture peraltro già attive in numerose realtà, che, come l'AIOM sostiene ormai da anni, passa una riforma generale del sistema gestionale e organizzativo in oncologia capace di dare risultati misurabili nel più breve tempo possibile.

Sono una buona organizzazione e un'ottimale gestione gli strumenti meno dispendiosi e più praticabili in una fase di contrazione degli investimenti in sanità. È continuando a indagare che possiamo trovare soluzioni e prospettive d'intervento. Ed è tale pertanto l'auspicio che quale Presidente AIOM mi sento di poter formulare: far sì che questi nostri progetti di monitoraggio e analisi proseguano anche in sinergia con le altre numerose realtà che contribuiscono a dare speranza di vita sempre più ampia a tutti i pazienti italiani.

Emilio Bajetta  
*Presidente AIOM*



## Obiettivo su terapia, riabilitazione e palliazione

L'analisi sulla gestione oncologica nelle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali giunge al primo giro di boa. Dobbiamo a questo punto – per proseguire con la metafora – invertire la rotta: guardarci indietro per leggere questi dati e ritornare dov'eravamo partiti ricominciando il monitoraggio a partire dalle Aziende Sanitarie Locali, allargando bersaglio e campo d'indagine. Un obiettivo perseguibile grazie all'appoggio di quanti hanno fornito la collaborazione per giungere fin qui e, come auspica il Presidente, con l'aiuto di altri che vorranno aggiungersi. Perché la lotta ai tumori – anche sul piano della gestione e dell'organizzazione delle risorse – non si fa da soli.

Un obiettivo parziale ci sembra pienamente raggiunto: fornire un primo spaccato – agli amministratori, agli oncologi e a tutti coloro che vivono la realtà quotidiana dell'assistenza sanitaria ai malati italiani – della realtà non come si pensa di conoscere ma come effettivamente è: struttura per struttura abbiamo indagato l'esistente e analizzato le pieghe dove il processo assistenziale oncologico necessita urgentemente di riforme e attuazioni sollecitate. Un impegno che dobbiamo a tutti coloro ai quali ogni anno viene diagnosticato un tumore.

Nel secondo step di questa seconda fase dell'indagine – condotta su Aziende Sanitarie ospedaliere e territoriali, dopo quella sulle Asl – l'Associazione Italiana di Oncologia Medica ha inteso soffermare l'attenzione su diagnosi, terapia, riabilitazione e palliazione quali fasi delle competenze oncologiche “tipiche” dei dipartimenti oncologici delle Aziende Ospedaliere, delle Aziende sanitarie territoriali, degli IRCCS e delle Università. Abbiamo sintetizzato il sottotitolo in “Terapia e palliazione” per rendere più facile la distinzione con il volume precedente nel quale ci si riferiva a prevenzione (primaria e secondaria) e diagnosi precoce; ma ci occupiamo anche in questa nuova pubblicazione della diagnosi in generale e non solo di quella legata alla prevenzione secondaria e cioè al circuito degli screening.

Ricordiamo che Modelli gestionali è parte del Progetto Integrato di servizio che comprende anche le iniziative del *Libro Bianco*, sulla Clinical governance e sulla comunicazione all'interno dell'unità Operativa complessa di oncologia. Il progetto è dedicato a comprendere i passaggi critici del processo oncologico e il terzo volume di *Modelli gestionali* in particolare analizza l'avvio alla terapia e la strutturazione dei servizi di cura, riabilitazione e palliazione nell'ambito della stessa struttura o di strutture gestite dall'Azienda. Verifichiamo se esiste un medico di riferimento che segue il paziente lungo tutto l'arco del percorso diagnostico-terapeutico, se

il supporto è anch'esso strutturato all'Azienda o all'Unità oncologica.

In particolare in questo lavoro troviamo risposte a quesiti fondamentali: se l'informazione ai cittadini-pazienti è data dalla struttura in modo ampio, comprendendo anche l'offerta di centri di diagnosi, cura e palliazione non direttamente gestiti dall'Azienda di riferimento (Aziende limitrofe, Irccs, privati convenzionati) ma che magari offrono alternative migliori, principalmente alle liste d'attesa troppo lunghe.

In definitiva – come avevamo avuto modo di sottolineare nel primo volume sulle Asl – poniamo al centro delle nostre 'attenzioni' (così come sempre dovrebbe essere) il malato, le sue esigenze, quelle dei suoi familiari. La ricerca degli oncologi sull'oncologia è fatta spostando il baricentro, cioè partendo dalla periferia, dai migliori standard per il paziente. Interrogandoci con domande scomode ma che sono quelle che contano: gli standard qualitativi alti ci sono? Sono attivi? Ma il paziente deve arrangiarsi da solo? Deve andare in cerca della struttura? Può contare su un call center o su un sito internet che raccolga tutte le informazioni necessarie, anche quelle non solo dell'Azienda? Ha un servizio che lo tiene informato o che può interpellare mentre è in terapia? C'è un supporto psicologico e/o di altro genere, anche per i familiari? L'assistenza domiciliare funziona? E se il tumore non lascia scampo, possiamo contare su strutture 'ad hoc' quali gli hospice, con un medico di riferimento che continua ad essere l'oncologo della terapia precedente e magari anche nell'ambito della stessa struttura? Le domande del questionario sono state impostate a partire da queste interrogazioni.

Non solo. Indaghiamo anche le questioni che più concernono le organizzazioni sanitarie e cioè il monitoraggio della domanda e dell'offerta, i controlli di qualità e poi temi all'ordine del giorno come l'impiego di terapie innovative e se questo utilizzo è in qualche modo condizionato da esigenze di budget. Verificando se i costi delle terapie, pur incidendo in misura significativa, se inquadrati nell'ottica di un uso appropriato e di una razionalizzazione dei modelli gestionali diventano una vera e propria risorsa a disposizione dell'oncologo medico e della struttura e non semplicemente una voce di spesa.

Le risposte del campione di Aziende e Irccs – cui va il nostro incondizionato ringraziamento per aver partecipato all'iniziativa – tracciano risultati e possibili vie virtuose (best practice) da seguire. Crediamo che, pur essendo passibile di numerosi miglioramenti (ma del resto siamo solo alla prima edizione), il progetto 'Modelli Gestionali in Oncologia', nell'ambito del Progetto integrato AIOM, possa offrire un contributo di non poco conto a chi, amministratore, tecnico o decisore deve programmare interventi mirati all'ottimizzazione dell'"outcome sanitario" e, in definitiva, a creare una rete oncologica funzionante ai massimi livelli.

Carmelo Iacono

*Consigliere nazionale AIOM*

*Responsabile Working Group*

*'Stato dell'oncologia in Italia. Qualità in oncologia'*

## **Modelli gestionali e ricerca clinica indipendente negli obiettivi della Fondazione**

La Fondazione AIOM, costituita nel 2004 e da me diretta per il biennio 2006-2007, è caratterizzata dall'obiettivo di attuare in modo sollecito misure idonee di collegamento e sinergia con altre strutture di ricerca e di assistenza sanitaria, pubbliche e private, con le Università, con istituti di riabilitazione, società scientifiche e associazioni di pazienti. Con obiettivi comuni: fare ricerca clinica indipendente e formare una moderna cultura della prevenzione, assicurando tempestivamente – oggi e non in futuro – la migliore qualità dell'assistenza oncologica a tutti i cittadini, in qualunque zona del Paese risiedano.

Per questo promuoviamo con entusiasmo il progetto “Modelli Gestionali”, che con questo volume giunge alla sua terza pubblicazione, perché pensiamo vada nella direzione giusta, quella della conoscenza che sempre precede le migliori e più oculate scelte organizzative. Quest'ultimo volume si occupa in particolare di terapia e di disponibilità delle terapie (migliori e più nuove) per tutti i pazienti, un tema particolarmente vicino alle scelte della Fondazione che infatti intende occuparsi in particolare di ricerca traslazionale.

Oggi dobbiamo fare i conti con le limitate risorse pubbliche: la soluzione – in termini di conoscenze e investimento per assicurare risultati concreti e direttamente trasferibili al paziente – va ricercata nell'ottimizzazione dell'esistente e soprattutto in modelli di “best practice”, già sperimentati in alcune realtà e da adottare anche in altri contesti. Vanno inoltre promosse modalità alternative di finanziamento, promozione e partecipazione, e occorre uno sforzo straordinario da parte della comunità scientifica italiana.

Per la ricerca di base e clinica in senso stretto esistono già istituzioni rappresentative (Ircs, Università, industria). Manca invece in Italia un osservatorio permanente oltre ad un'organizzazione che si occupi della ricerca traslazionale, delle esigenze dei pazienti e delle problematiche concrete che si riscontrano quotidianamente nelle corsie dei dipartimenti oncologici. Solo ottimizzando questi processi – come scriveva con chiarezza nel primo volume Carmelo Iacono, che dirige sia il presente progetto dei Modelli Gestionali che quello del Libro Bianco – saremo davvero in grado di porre i cittadini/pazienti al centro del processo assistenziale oncologico, portando risultati concreti e benefici tangibili nel più breve tem-

po possibile. Ciò in attesa di tempi migliori, di stanziamenti per l'assistenza, per la cura e per la ricerca pubblica più generosi e, ovviamente, dei risultati della farmacogenomica e di tutti gli studi più avanzati di biologia molecolare oggi in corso sui quali tutti nutriamo le più elevate aspettative.

Roberto Labianca  
*Presidente Fondazione AIOM*

## **Roche: l'impegno per una salute sostenibile**

Come già sottolineato nel precedente volume, l'“ottimizzazione dell'esistente” è uno dei più pressanti imperativi che gli attori sanitari si pongono a partire dai Piani di programmazione dell'organizzazione e della pianificazione dell'offerta di salute. Non solo in Italia, il nodo da sciogliere resta l'utilizzo delle risorse – in molti casi limitate – in linea con i cambiamenti della domanda in atto. L'approccio deve essere quello di ridefinire modi e forme del sistema a partire dalle esigenze dei cittadini/pazienti, in modo che i servizi sanitari nazionali siano il più possibile orientati verso tali bisogni.

Un concetto – oggi sempre più condiviso a tutti i livelli – ripreso recentemente dal Ministro Livia Turco in occasione dell'VIII Congresso AIOM dove, accanto all'importante via libera annunciato alle Commissioni oncologiche, il titolare del dicastero della Salute pone l'accento esplicitamente sulle questioni concernenti “l'accesso ai servizi da parte dei pazienti” e “l'inadeguatezza quantitativa e qualitativa e territoriale degli standard dell'offerta di assistenza sanitaria” nel nostro Paese.

A conferma di quanto messo in luce dalle edizioni precedenti del lavoro dell'AIOM, appaiono effettivamente queste oggi le aree di più forte criticità del sistema, così come evidenziato anche dai risultati della III ricerca sui Modelli Gestionali in Oncologia che analizza le tematiche della terapia e della palliazione, indagando anche se e in che modo le nuove politiche di razionalizzazione della spesa influenzano la scelta delle terapie.

Eplorando quest'area emerge in effetti che, nonostante i significativi progressi realizzati, ancor oggi circa un terzo degli oncologi intervistati evidenzia alcune problematiche a proposito delle restrizioni economiche che condizionano, a volte, l'impiego delle terapie ottimali in oncologia.

Oltre un terzo delle Aziende ospedaliere e/o degli Irccs e altri centri di diagnosi, cura e palliazione esaminati, segnala inoltre la necessità di potenziare le risorse da dedicare all'oncologia e due terzi addirittura evidenziano scarso successo delle iniziative e dei provvedimenti messi in atto a tale scopo, in particolare sempre collegando i parziali ‘insuccessi’ all'ancora carente o insufficiente impiego di strategie di cura innovative.

L'auspicio è, pertanto quello che lavorando in modo costruttivo con le Istituzioni, si possano superare tali difficoltà di ‘sistema’ e si riesca a rendere le migliori cure e le terapie innovative pienamente disponibili per tutti i pazienti che ne necessitano, sull'intero territorio nazionale.

Lavorare con tutti i partner per trovare soluzioni “sostenibili” rispetto alla crescente domanda di salute è dunque un dovere che Roche sente fortemente proprio: il fine è conciliare la missione economica con i precipui doveri di Azienda socialmente responsabile. Il nostro impegno nel supporto al presente lavoro, come ad altri progetti dell’AIOM, credo possa essere letto quale concreta testimonianza di tale convinta volontà.

L’innovazione della salute, valore portante del Gruppo Roche, passa senza dubbio anche attraverso il dialogo con ogni attore del Sistema Salute italiano, sia a livello nazionale che regionale. L’obiettivo finale è lavorare assieme per modernizzare e rendere più efficiente il nostro Servizio Sanitario, agendo oggi ma con lo sguardo proiettato verso un futuro possibile di cure di eccellenza, anche in oncologia, per tutti i cittadini italiani.

Maurizio De Cicco  
*Amministratore Delegato Roche*

## **L'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM)**

Fondata a Milano il 7 novembre 1973 con l'ambizioso obiettivo di riunire tutti i cultori dell'Oncologia Medica, l'Associazione conta oggi più di 1.900 iscritti.

Le principali finalità dell'AIOM sono:

- promuovere il progresso in campo clinico, sperimentale e socio-assistenziale
- favorire i rapporti tra oncologi medici, medici di medicina generale e specialisti di altre discipline
- stabilire relazioni scientifiche con analoghe Associazioni, sia in Italia che all'estero
- collaborare con le Istituzioni sanitarie estere, nazionali, regionali e locali
- contribuire alla formazione tecnico-professionale e manageriale di oncologi medici e operatori sanitari impegnati in campo oncologico
- promuovere la strutturazione di centri oncologici accreditati intra ed extra-ospedalieri per l'assistenza ai pazienti colpiti da tumore
- promuovere la ricerca sperimentale e clinica, la prevenzione primaria e quella secondaria (screening e diagnosi precoce e tempestiva), la qualità delle cure oncologiche, la continuità terapeutica del paziente mediante linee guida per la terapia medica antitumorale, l'interdisciplinarietà, la riabilitazione, le terapie palliative, le cure domiciliari
- partecipare a progetti e studi clinici su particolari neoplasie.

### **STRUTTURA**

L'AIOM ha sede a Milano ed è amministrata da un Consiglio Direttivo costituito da 12 membri: Presidente, Presidente eletto, Segretario, Tesoriere e otto Consiglieri. Del Consiglio, che si rinnova ogni due anni, fanno parte due Revisori dei conti.

Dal 1981, al fine di promuovere ulteriormente gli obiettivi dell'Associazione, sono state istituite 19 Sezioni regionali. Il Consiglio regionale, costituito da un Coordinatore, un Segretario, un Tesoriere e un numero di Consiglieri pari al numero delle province presenti nella Regione, è responsabile della gestione locale, promuove iniziative di aggiornamento

professionale e riunioni scientifiche a livello regionale o interregionale.

Riunioni congiunte fra il Consiglio Direttivo nazionale e i Coordinatori e Segretari regionali si tengono due o tre volte all'anno per operare un confronto attivo e promuovere iniziative inerenti problematiche locali.

## **WORKING GROUP**

Il Consiglio Direttivo ha attivato, come nel passato, numerosi Gruppi di Lavoro sulle seguenti tematiche:

- Sviluppo di modelli organizzativi in oncologia. Comitati Etici ed evoluzione del consenso informato. Umanizzazione  
COORDINATORE V. ZAGONEL  
*Membri: C. Catania, L. Ciuffreda, G. Comella, L. Fioretto, R. Bordonaro, V. Fossier, S. Gori, V. Lorusso, R. Passalacqua, M. Saggese.*
- Linee guida e loro implementazione nella pratica clinica  
COORDINATORE E. MAIELLO  
*Membri: S. Barni, G. Beretta, F. Boccardo, A. Brandes, S. Cascinu, E. Collovà, G. Colucci, P. Conte, L. Crinò, G. Lelli, A. Luporini, L. Repetto, F. Roila, A. Santoro, M. Venturini.*
- Ricerca clinica indipendente  
COORDINATORE F. ROILA  
*Membri: V. Adamo, E. Ballatori, F. de Braud, S. De Placido, A. Falcone, L. Frontini, M. Garassino, R. Labianca, B. Massidda, O. Martelli, M. Merlano, F. Perrone.*
- Rapporti con Società scientifiche e strategie integrate. Rapporti con i medici di medicina generale  
COORDINATORE O. BERTETTO  
*Membri: V. Adamo, O. Alabiso, S. Bracarda, F. Buzzzi, Q. Cuzzoni, M. Guarnaldi, M. Maltoni, A. Paccagnella, R. Rossello, P. Varese.*
- Giovani oncologi  
COORDINATORE M. GARASSINO  
*Membri: R. Berardi, C. Bighin, E. Collovà, D. Cortinovia, A. Gelibter, O. Martelli, R. Rossello, M. Vaglica.*
- ECM. Congressi  
COORDINATORE F. DE MARINIS  
*Membri: E. Aitini, G. Altavilla, R. Berardi, G. Bernardo, E. Bria, L. Del Mastro, F. Di Costanzo, E. Maiello, G. Rosti, A. Spina, S. Tòmao.*
- Stato dell'oncologia in Italia. Qualità in oncologia  
COORDINATORE C. IACONO  
*Membri: D. Bilancia, E. Cortesi, G. Filippelli, T. Gamucci, P. La Ciura, G. Martignoni, R. Mattioli, S. Palazzo, C. Saggia, M.R. Strada.*
- Rapporti con sezioni regionali, Associazioni dei pazienti, Associazioni di volontariato  
COORDINATORE E. AITINI

*Membri: E. Baldini, S. Bretti, C. Caroti, A. Contu, C. Graiff, O. Martelli, S. Molica, L. Salvagno, R.R. Silva, M. Vaglica, P. Varesè.*

- Telematica

COORDINATORE M. VENTURINI

*Membri: D. Amoroso, M. Cabiddu, A.M. Capobianco, M. Ciavarella, M.A. Colozza, D. Cortinovis, S. De Santis, M. Vaglica.*

- Revisione statuto e regolamento. Modelli organizzativi AIOM

COORDINATORE C. GRIDELLI

*Membri: E. Bajetta, L. Bernardi, C. Bighin, S. Cascinu, G. Del Conte, L. Giustini, C. Iacono, G.P. Ianniello, L. Manzione, S. Romito, M. Venturini.*

- Assegni di studi e premi

COORDINATORE S. CASCINU

*Membri: M. Aglietta, F. Ciardiello, B. Daniele, M. Di Maio, F. Ferrà, E. Galigioni, A.J. Gelibter, A. Spena, E. Terzoli.*

- Formazione pre/post laurea

COORDINATORE F. BOCCARDO

*Membri: D. Amadori, A. Ardizzoni, R. Berardi, O. Bertetto, L. Cordero di Montezemolo, S. De Placido, G. Faa, G. Francini, L. Frati, G. Lelli.*

## **INTESE E COLLABORAZIONI**

Dal 1982 l'Associazione è membro dell'Unione Internazionale Contro il Cancro (UICC) e dal 1986 della Federazione delle Società Medico-Scientifiche Italiane (FISM).

Tra i suoi obiettivi, l'AIOM si prefigge di intensificare i rapporti di collaborazione con altre società scientifiche nazionali ed internazionali (ESMO, ASCO), con la Lega Nazionale per la Lotta contro i Tumori, l'Associazione Italiana Ricerca sul Cancro e le Associazioni dei pazienti.

## **DIDATTICA, CONGRESSI, FORMAZIONE**

L'AIOM bandisce assegni di studio per giovani oncologi: i beneficiari usufruiscono di soggiorni di studio in Italia o all'estero presso qualificati Istituti scientifici o sedi universitarie.

L'Associazione promuove numerose iniziative scientifiche a carattere nazionale quali congressi, conferenze, corsi di aggiornamento e corsi didattici che vedono la partecipazione di relatori italiani e internazionali. Inoltre organizza eventi a carattere regionale ed interregionale. Per le maggiori manifestazioni scientifiche è prodotto il volume degli Atti. Da alcuni anni i lavori pervenuti dagli associati sono pubblicati sulla rivista scientifica "Annals of Oncology".

L'AIOM è stata tra le prime società scientifiche a promuovere incontri e corsi finalizzati all'aggiornamento del personale infermieristico.

## **EDUCAZIONE, COMUNICAZIONE, EDITORIA**

Tra gli scopi principali dell'AIOM vi è quello di incentivare le campagne di educazione alla prevenzione e d'informazione oncologica rivolte alla popolazione.

L'AIOM ha un ufficio stampa, affidato all'agenzia Intermedia, che si occupa dei rapporti con i media organizzando conferenze stampa in occasione dei principali eventi congressuali. Per l'Associazione, Intermedia pubblica "AIOM Notizie", inviata a tutti gli associati. Realizza e cura anche la diffusione della "newsletter" elettronica settimanale contenente le principali notizie oncologiche tratte dalla letteratura scientifica internazionale. Organo ufficiale dell'AIOM è la rivista "Tumori", in lingua inglese, inviata gratuitamente a tutti gli associati.

L'AIOM cura inoltre la realizzazione di volumi a carattere educativo, manuali e guide pratiche per l'assistenza al paziente neoplastico. Nel 1998 ha pubblicato "L'Oncologo Medico Italiano" (edizioni Hippocrates) e nel 1999 "Compiti e responsabilità nell'attuale realtà sanitaria".

Nel 2002 è stata pubblicata la prima edizione del "Libro Bianco" delle strutture oncologiche nel nostro Paese che è un utile strumento dal quale trarre informazioni aggiornate sulla realtà italiana in campo oncologico. Nel 2003 è stato pubblicato il volume "Il fenomeno cancro, 30 anni di oncologia raccontati dall'ANSA"; nel 2004 la seconda edizione del "Libro Bianco" nazionale e la prima edizione contenente i dati regionali, e nel 2006 la terza edizione.

Nel 2005 è iniziata la pubblicazione dei volumi del progetto "Modelli Gestionali in Oncologia". È stata curata inoltre l'edizione di un volume, "Organizzazione strutturale e funzionale dipartimentale", è stato realizzato un fascicolo sul "Ruolo dell'Oncologia Medica in Italia" e varie pubblicazioni rivolte al paziente oncologico.

## **LINEE GUIDA**

Dal 2002, avvalendosi della competenza e collaborazione di vari esperti, sono state redatte le "Linee guida AIOM" (visionabili sul sito dell'Associazione e aggiornate ogni anno) su tematiche epidemiologiche e sulla pratica clinica. Ecco i titoli:

- L'utilizzo dei fattori di crescita ematopoietici
- Le neoplasie cerebrali
- I tumori nell'anziano
- I tumori epiteliali dell'ovaio
- Il carcinoma della prostata
- La terapia antiemetica
- Neoplasie del colon-retto
- Neoplasie toraco-polmonari
- Neoplasie della mammella
- Tromboembolismo venoso nei pazienti con tumori solidi.

Sono inoltre in fase di realizzazione Linee Guida anche sui seguenti temi:

- Tumore dell'esofago
- Cachessia neoplastica
- Tumori dello stomaco
- Tumori del pancreas

### **AIOM SERVIZI**

Nel 2005 è stata costituita AIOM Servizi allo scopo di gestire la parte organizzativa congressuale e tutta l'area dei servizi agli associati e all'AIOM Società scientifica.

### **FONDAZIONE AIOM**

Istituita nel 2005, la Fondazione è costituita da un Presidente e dal Consiglio di Fondazione di cui fanno parte i Past President AIOM e il Presidente in carica dell'Associazione. Ha come principale finalità il trasferimento e la promozione delle conoscenze più avanzate frutto della ricerca alle persone oggi colpite da tumore.

In virtù del proprio statuto, la Fondazione è in grado sollecitamente di attuare idonee misure di collegamento e sinergia con altre strutture di ricerca e d'assistenza sanitaria, pubbliche e private, con Università, Istituti di riabilitazione, Società scientifiche e Associazioni di pazienti per attivare progetti comuni di ricerca e protocolli d'assistenza, operare la circolazione delle conoscenze e del personale con l'obiettivo di garantire le migliori condizioni assistenziali e le terapie più avanzate, oltre che le ricerche più pertinenti e indipendenti. Ulteriori informazioni quali la composizione del Consiglio di Fondazione, lo Statuto, notizie e materiali di approfondimento sono disponibili sul sito <http://www.fondazioneaiom.it>

### **NUMERO VERDE AIOM**

Nel 2003 è stato istituito il numero verde 800.237.303, "filo diretto" tra oncologi e cittadini al quale pazienti e familiari di malati affetti da neoplasia possono rivolgersi per avere informazioni su centri di oncologia, nominativi dei responsabili oppure semplicemente per raccontare il proprio percorso nella malattia. Il numero è attivo tutti i giorni feriali dalle 13 alle 17.

### **CERTIFICAZIONE DI QUALITÀ**

L'AIOM è una delle prime società scientifiche ad aver ottenuto nel 2000 la certificazione ISO 9001 e nel 2003 ha aggiornato il proprio sistema di qualità ai requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2000 (vision 2000).



## Il progetto “Modelli gestionali in oncologia”

Il progetto nazionale “Modelli gestionali in oncologia”, promosso e curato dall’Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) e realizzato da Intermedia con il supporto educazionale di Roche, mira ad analizzare la strutturazione dei servizi sanitari oncologici ai cittadini forniti da Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Istituzioni, Enti, Organizzazioni e Centri per la prevenzione.

L’obiettivo è fornire dati e strumenti conoscitivi a quanti – politici, amministratori e tecnici – sono chiamati ad affrontare la sfida rappresentata dal continuo aumento della domanda di salute e di cura, dalla congiuntura sia economica che demografica e dall’andamento cronicizzante della patologia neoplastica.

Il fine è evidenziare modalità, best practice e aree di miglioramento nella gestione e nell’organizzazione, per supportare i decisori sanitari nella programmazione di interventi mirati ed efficaci e nell’ottimizzazione di ogni step del processo e/o di singole attività di assistenza sanitaria oncologica ai cittadini colpiti da tumore e alle loro famiglie.

Gli obiettivi fondamentali del progetto sono:

- individuare le *best practice* organizzative
- identificare i *percorsi* che portano dalla prevenzione, alla diagnosi e a terapia e palliazione
- identificare *step* d’intervento dove agire per apportare miglioramenti.

### FASI E STEP DEL PROGETTO

Il progetto si articola in due fasi: nella prima è stata analizzata l’offerta di servizi sanitari oncologici delle Aziende Sanitarie Locali, nella seconda, divisa a sua volta in due tranches o step, si è passati ad analizzare la stessa offerta a cura di Aziende Ospedaliere, Dipartimenti/Divisioni di Oncologia, Irccs, Centri di Prevenzione Oncologica e, collateralmente, del contributo organizzativo e gestionale a cura di altri Enti, Istituzioni e Organizzazioni, anche non sanitarie.

#### Fase 1. Le Aziende sanitarie locali

Il progetto è stato inizialmente focalizzato sulle Aziende sanitarie locali quali Istituzioni che svolgono un ruolo di regia e coordinamento dell’intero ciclo diagnostico-terapeutico, analizzato nelle attività più avanti ri-

portate. È stato selezionato un campione di 16 Asl distribuite su tutto il territorio nazionale rappresentativo delle varianti demografiche e delle caratteristiche dell'offerta sanitaria: più di 7 milioni (7.214.619) di assistiti residenti, il 12,5% della popolazione italiana.

## **Fase 2. Aziende sanitarie ospedaliere e territoriali**

Nella seconda fase – realizzata dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) anche con il patrocinio della Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere (FIASO) e sempre con il supporto di Roche – il progetto si è esteso, essenzialmente, ad Aziende Ospedaliere, Irccs e Dipartimenti/Divisioni di Oncologia: il primo step ha riguardato le prime 3 attività del ciclo assistenziale oncologico.

### **FASE II, STEP I**

---

#### ATTIVITÀ ANALIZZATE

---

- Prevenzione primaria
  - Prevenzione secondaria (screening)
  - Diagnosi precoce (integrazione tra prevenzione secondaria, circuito dello screening e diagnosi)
- 

L'ulteriore continuazione del progetto ha previsto l'ampliamento della fase II a diagnosi 'tout court' (non solo diagnosi provenienti dal circuito dello screening, oggetto del primo step della seconda fase), terapia, riabilitazione, palliazione e supporto.

### **FASE II, STEP II**

---

#### ATTIVITÀ ANALIZZATE

---

- Diagnosi 'tout court'
  - Terapia
  - Riabilitazione, palliazione e supporto (a pazienti e familiari)
- 

### **FASE II, STEP II**

#### **Diagnosi, terapia e palliazione nelle Aziende Sanitarie, territoriali e ospedaliere**

Il progetto si è proposto di individuare le modalità gestionali con le quali le Aziende sanitarie (territoriali ed ospedaliere) tramite i Dipartimenti e Divisioni di Oncologia medica pianificano, progettano e amministrano da sole o in collaborazione-integrazione con altre Istituzioni sanitarie i cicli di diagnosi, terapia (comprese riabilitazione e supporto) e palliazione.

### **AMBITI DELL'INDAGINE AIOM**

Come nella precedente analisi sulle Aziende sanitarie locali, per entrambe le fasi di prevenzione e per la diagnosi precoce vengono analizzati tre ambiti:

## LA PIANIFICAZIONE

Politiche sanitarie, input nazionali e regionali, pianificazione, monitoraggio e controllo, ecc...

---

## GESTIONE E CARATTERISTICHE DELL'OFFERTA

Strutture di erogazione, Enti erogatori, attività, ecc...

---

## L'INTEGRAZIONE

Coordinamento tra gli Attori coinvolti, sanitari e non, integrazioni con le precedenti e successive fasi del processo clinico, ecc...

---

## MODELLO DI ANALISI E RILEVAZIONE DATI

Anzitutto i reponsabili del Working Group AIOM “*Stato dell'oncologia in Italia. Qualità in oncologia*” hanno messo a punto un modello di rilevazione dati o questionario che è stato via via perfezionato sulla scorta degli argomenti indagati, dei destinatari del censimento e delle modifiche successive.

I dati sono quindi stati rilevati attraverso l'invio del questionario ai principali referenti d'Azienda, di Istituto, Divisione o Dipartimento.

I questionari sono stati indirizzati a Dipartimenti e Divisioni di oncologia, Irccs e alle Aziende sanitarie (ospedaliere e territoriali, Direzione Sanitaria e Generale).

In questo secondo step, i responsabili della compilazione hanno potuto anche compilare il questionario online sul sito dell'AIOM all'indirizzo <http://www.aiom.it/-/areasoci/questionari/ModelliGestionaliInOncologia>

*NB: La responsabilità della completezza e veridicità dei dati rimangono esclusivamente a carico delle Istituzioni consultate. L'indagine non ha finalità di formazione di una graduatoria o classifica delle strutture.*

## LE AZIENDE SANITARIE TERRITORIALI ANALIZZATE

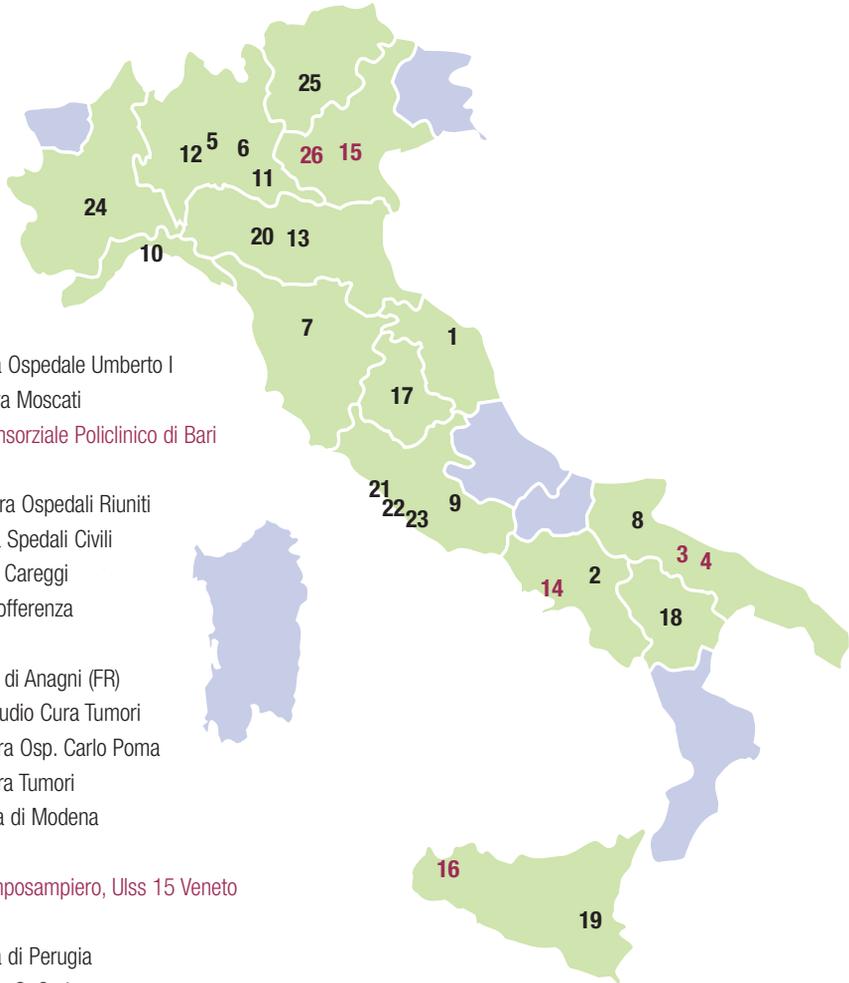
La seconda fase del progetto ha coinvolto un campione di 26 Aziende sanitarie territoriali e ospedaliere, compresi alcuni Irccs, distribuiti su tutto il territorio nazionale, con caratteristiche dimensionali diverse, sia in termini di copertura della popolazione che di strutturazione dell'offerta.

Nella descrizione dei risultati percentuali che segue, per sintesi, si utilizzano i termini Aziende(a) Ospedaliere(a) individuato dall'acronimo AO, che comprende in esso la stragrande maggioranza delle organizzazioni facenti parte del campione oggetto dell'indagine.

Nell'ottica propria dell'“Osservatorio” e del progetto integrato di servizio AIOM, si è inteso inoltre dar conto della disponibilità di tutti gli strumenti a disposizione delle Aziende Ospedaliere a livello di singolo territorio, anche quando tali strumenti (o le relative attività) sono gestiti o sono di competenza prevalente di altre Istituzioni.

Anche in base a tale criterio si è pertanto proceduto alla selezione del-

le AO, in modo territorialmente integrato con quanto verificato con le prime due indagini. L'evoluzione ulteriore del progetto prevede il coinvolgimento di strutture operanti nelle Regioni finora non incluse nell'indagine.



- 1 ANCONA Azienda Ospedaliera Ospedale Umberto I
- 2 AVELLINO Azienda Ospedaliera Moscati
- 3 BARI Azienda Ospedaliera Consorziale Policlinico di Bari
- 4 BARI Irccs Oncologico Bari
- 5 BERGAMO Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti
- 6 BRESCIA Azienda Ospedaliera Spedali Civili
- 7 FIRENZE Azienda Ospedaliera Careggi
- 8 FOGGIA Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo (FG)
- 9 FROSINONE Polo Ospedaliero di Anagni (FR)
- 10 GENOVA Istituto Scientifico Studio Cura Tumori
- 11 MANTOVA Azienda Ospedaliera Osp. Carlo Poma
- 12 MILANO Istituto Nazionale Cura Tumori
- 13 MODENA Azienda Ospedaliera di Modena
- 14 NAPOLI Azienda Policlinico
- 15 PADOVA (Cittadella) Osp. Camposampiero, Ulss 15 Veneto
- 16 PALERMO Arnas Palermo
- 17 PERUGIA Azienda Ospedaliera di Perugia
- 18 POTENZA Azienda Ospedaliera S. Carlo
- 19 RAGUSA Azienda Ospedaliera Civile M. P. Arezzo
- 20 REGGIO EMILIA Arcispedale Santa Maria Nuova
- 21 ROMA Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
- 22 ROMA Istituto Regina Elena
- 23 ROMA Ospedale Fatebenefratelli
- 24 TORINO ASO S. Giovanni Battista - Centro Onco-Ematologico Subalpino (COES)
- 25 TRENTO Ospedale S. Chiara
- 26 VERONA Ospedale Sacro Cuore di Negrar (Vr)

In rosso le nuove sedi non incluse nella precedente analisi su prevenzione e diagnosi precoce.

**I risultati**



# 1. Diagnosi

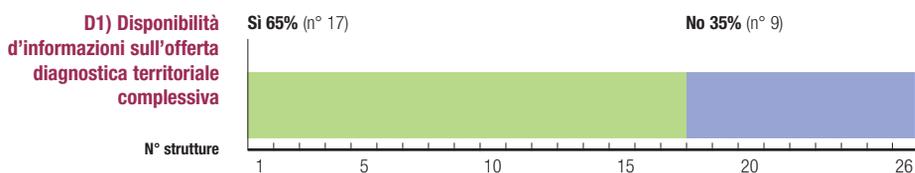
Per quanto riguarda i riferimenti normativi e i programmi sanitari istituzionali e le indicazioni contenute in tali programmi, si rimanda a quanto già approfondito nel precedente volume a proposito della diagnosi precoce (pagg. 20 e succ.). Infatti, il Piano sanitario nazionale 2006-2008, a riguardo della diagnosi oncologica, pone l'accento in particolare sugli screening e sulla necessità di assicurare – con ogni mezzo – precocità alla diagnosi ad essi collegata.

## PIANIFICAZIONE, MONITORAGGIO E CONTROLLO

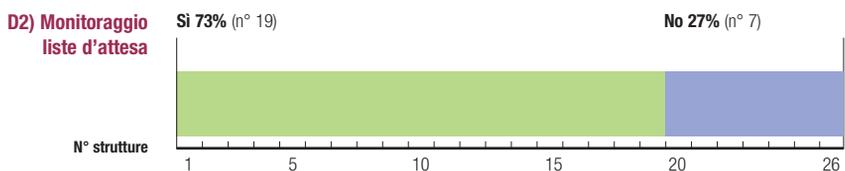
Vengono qui indagate quelle attività svolte dalle Aziende con l'obiettivo di valutare e assicurare la coerenza tra l'offerta di prestazioni diagnostiche e i bisogni della popolazione, nonché la qualità di tale offerta.

Mentre nell'indagine precedente si è analizzata la diagnosi 'precoce' proveniente dal circuito screening, qui si indaga l'attività di diagnosi oncologica in generale e comunque non quella specificamente correlata alle attività e ai risultati della prevenzione secondaria.

In più di 6 su 10 delle Aziende esaminate (nel 65% dei casi) gli operatori hanno a disposizione informazioni puntuali e strutturate sull'offerta complessiva di prestazioni diagnostiche oncologiche nel proprio territorio, oltre quelle relative alla propria struttura. Ciò determina – per questi centri – una maggiore capacità di pianificare al meglio le attività di diagnosi anche in relazione alle specifiche esigenze locali e raccordandosi con la rete oncologica territoriale.

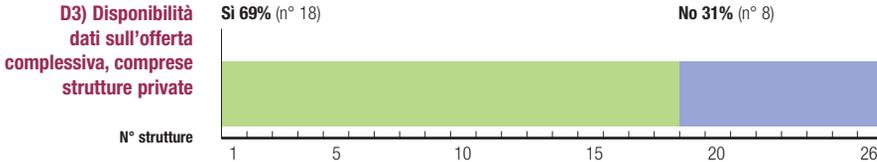


Più di 7 su 10 Aziende esaminate (il 73% dei casi) monitorano le liste di attesa per le diagnosi e sono dunque in grado di intervenire con maggiore tempestività per coinvolgere, se del caso, una struttura esterna in convenzione.

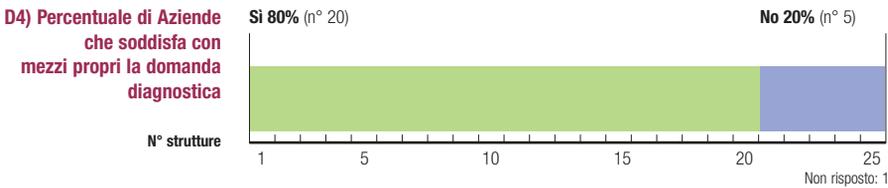


## GESTIONE E CARATTERISTICHE DEI SERVIZI DI DIAGNOSI

Il 69% delle Aziende ha a disposizione dati sull'offerta diagnostica nel proprio territorio e in quelli limitrofi, sia di strutture pubbliche che private. Ciò è inerente alla sopraccitata capacità, ad esempio, di semplificare e risolvere problematiche relative alle liste d'attesa indirizzando alcuni cittadini con sospetta patologia a centri, anche privati in convenzione, dove l'attesa è più breve.

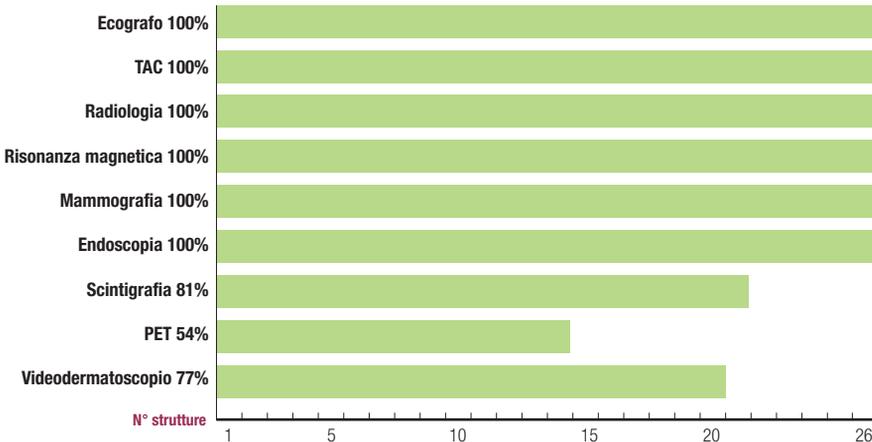


Otto Aziende ospedaliere su 10 in Italia sono in grado di far fronte con propri servizi diagnostici alle necessità del relativo bacino d'utenza.



Quasi l'intera strumentazione diagnostica è disponibile nelle Aziende esaminate: la Pet manca però in quasi la metà (nel 46%) delle AO. Nel grafico seguente il dettaglio per ciascuna delle principali dotazioni.

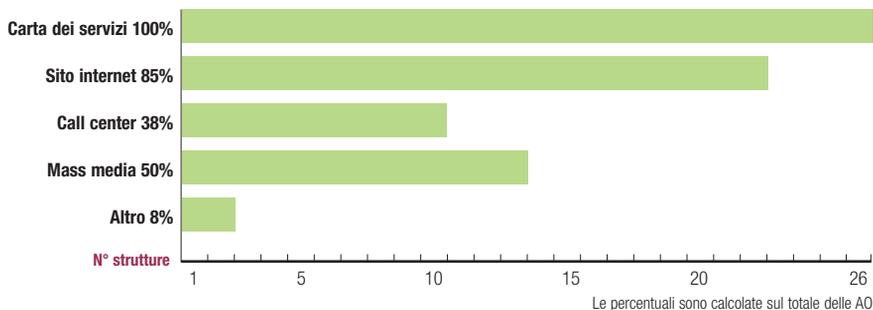
### D5) Strumentazione diagnostica nelle Aziende



Le percentuali sono calcolate sul totale delle AO

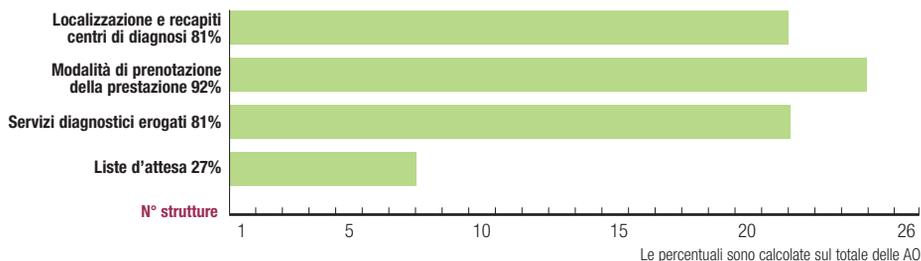
Per quanto riguarda gli strumenti di diffusione dell'informazione sui servizi di diagnosi, la carta dei servizi è ormai utilizzata dal 100% delle Aziende, il sito internet dall'85%, i mass media sono coinvolti da metà delle AO esaminate e il call center è operativo nel 38% dei casi.

#### D6) Canali d'informazione su servizi di diagnosi



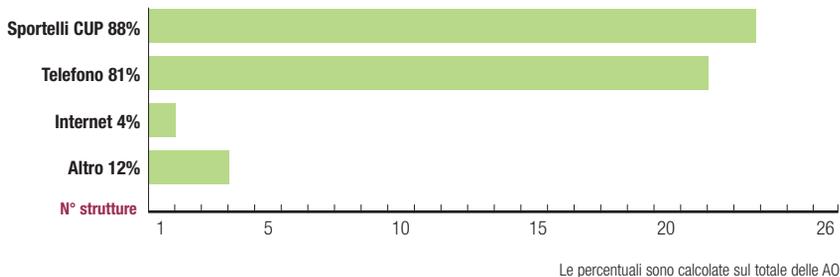
Otto Aziende su 10 mettono a disposizione degli utenti, attraverso i mezzi sopraccitati, informazioni sulla sede e sui recapiti dei servizi diagnostici, il 92% su quali sono le modalità di prenotazione della prestazione, l'81% sulla tipologia dei servizi diagnostici disponibili e il 27% sulle liste d'attesa.

#### D7) Informazioni a disposizione degli utenti



La prenotazione dell'esame di diagnosi per gli utenti non provenienti dal circuito screening avviene tramite sportello Cup in 9 AO su 10, tramite telefono in 8 AO su 10 e via sito internet nel 4% dei casi esaminati.

#### D8) Modalità di prenotazione diagnosi

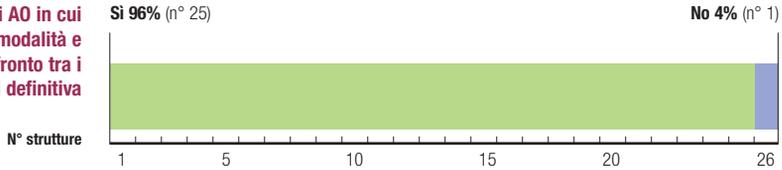


## INTEGRAZIONE NEI SERVIZI DI DIAGNOSI

Attività di coordinamento di strutture, attrezzature, personale, modelli gestionali e altro, preposte all'attività diagnostica e all'integrazione di questa con la successiva fase terapeutica (continuità assistenziale).

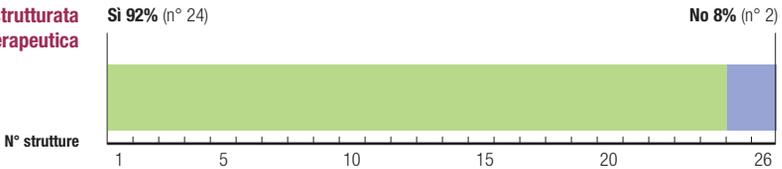
Per la formulazione della diagnosi definitiva, nella quasi totalità (96%) delle AO esaminate sono attive modalità di confronto tra i clinici quali team multidisciplinari e strumenti di lavoro "a distanza" quali reti intranet, reti di tele-diagnosi, modalità di collegamento come il tele consulto, ecc...

**D9) Percentuale di AO in cui sono attive(i) modalità e strumenti di confronto tra i clinici per diagnosi definitiva**



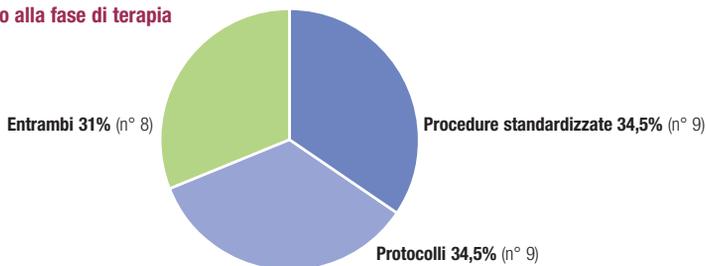
Anche il passaggio alla successiva fase terapeutica avviene in modalità strutturata – cioè nell'ambito della stessa Azienda di cura e con gli stessi medici di riferimento, in modo da 'guidare' il passaggio e l'accesso integrato del paziente alla fase terapeutica, in quasi tutte le AO del campione (92%).

**D10) Integrazione strutturata con fase terapeutica**

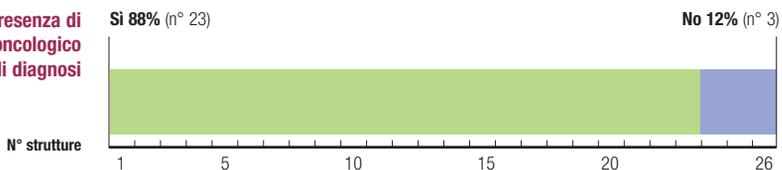


L'accesso alla fase terapeutica avviene più frequentemente solo con procedure standardizzate o solo con protocolli (quasi nel 35% delle AO, rispettivamente), ma anche mediante entrambi gli strumenti in 3 AO su 10.

**D11) Accesso alla fase di terapia**



**D12) Presenza di Dipartimento oncologico attivo per fase di diagnosi**



In quasi 9 Aziende su 10 di quelle esaminate (88%) è attivo un Dipartimento Oncologico, modello organizzativo e gestionale in grado di promuovere e agevolare l'integrazione tra la diagnosi e l'inizio tempestivo delle più opportune terapie. Nella tabella che segue la presenza dei Dipartimenti oncologici, Azienda per Azienda.

Città	Azienda, Istituto	Dip. oncologico attivo
Ancona	Azienda Ospedaliera Ospedale Umberto I	si
Avellino	Azienda Ospedaliera Moscati	si
Bari	Azienda Ospedaliera Consorziata Policlinico di Bari	no
Bari	IIRCCS Oncologico di Bari	si
Bergamo	Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti	si
Brescia	Azienda Ospedaliera Spedali Civili	si
Firenze	Azienda Ospedaliera Careggi	si
Foggia	Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo (FG)	si
Frosinone	Polo Ospedaliero di Anagni (FR)	no
Genova	Istituto Scientifico Studio Cura Tumori	si
Mantova	Azienda Ospedaliera Osp. Carlo Poma	si
Milano	Istituto Nazionale Cura Tumori	si
Modena	Azienda Ospedaliera di Modena	si
Napoli	Azienda Policlinico	si
Padova (Cittadella)	Ospedale Camposampiero, ULSS 15 Veneto	no
Palermo	ARNAS Palermo	si
Perugia	Azienda Ospedaliera di Perugia	si
Potenza	Azienda Ospedaliera S. Carlo	si
Ragusa	Azienda Ospedaliera Civile M. P. Arezzo	si
Reggio Emilia	Arcispedale Santa Maria Nuova	si
Roma	Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini	si
Roma	Istituto Regina Elena	si
Roma	Ospedale Fatebenefratelli	si
Torino	ASO S. Giovanni Battista – Centro Onco-Ematologico Subalpino (COES)	si
Trento	Ospedale S. Chiara	si
Verona	Ospedale Sacro Cuore di Negrar (VR)	si

## Diagnosi Conclusioni

ATTIVITÀ ANALIZZATE	EVIDENZE EMERSE	BEST PRACTICES	OPPORTUNITÀ DI MIGLIORAMENTO
<p><b>1. PIANIFICAZIONE, MONITORAGGIO E CONTROLLO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 strutture su 10 non monitorano le liste d'attesa</li> <li>• 7 strutture su 10 detengono informazioni sull'offerta complessiva di prestazioni diagnostiche nel territorio di competenza e in quelli limitrofi anche relativamente agli altri centri, anche privati convenzionati, che erogano tali servizi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilità di dati per gli operatori dell'Azienda sull'offerta di servizi diagnostici di tutto il territorio, incluse altre strutture anche private e anche di territori limitrofi, ed integrazione di questi dati con il monitoraggio delle liste d'attesa: una integrazione che consente di pianificare il servizio con la massima efficacia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentare la disponibilità di dati su altre strutture</li> <li>• Aumentare il monitoraggio delle liste d'attesa</li> <li>• Sviluppare un'analisi strutturata delle informazioni già disponibili con riferimento a domanda, offerta e liste d'attesa per le prestazioni diagnostiche</li> </ul>

ATTIVITÀ ANALIZZATE	EVIDENZE EMERSE	BEST PRACTICES	OPPORTUNITÀ DI MIGLIORAMENTO
<p><b>2. GESTIONE E CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 strutture su 10 sono in grado di far fronte con le proprie disponibilità alla domanda di servizi diagnostici che proviene dal territorio di competenza</li> <li>• Completa o quasi completa copertura del territorio per le principali strumentazioni diagnostiche con l'unica eccezione della Pet</li> <li>• Tutte le strutture hanno implementato la carta dei servizi per informare i cittadini dei propri servizi diagnostici e ben l'85% dà tale informazione attraverso il sito internet (della struttura o dell'Azienda)</li> <li>• I sistemi e le modalità di prenotazione sono omogenei e relativi alla presenza di CUP (quasi) tutti telefonici</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Messa a disposizione dei cittadini dell'informazione sulle liste d'attesa</li> <li>• Prenotazione dell'esame via internet (1 su 26 AO, 4%)</li> <li>• Call center attivo per informazioni su diagnosi (38% delle AO)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potenziare la strumentazione disponibile ed allargarla omogeneamente a tutto il territorio, con particolare riguardo alla Pet</li> <li>• Mettere a disposizione dei cittadini informazioni sulle liste d'attesa (rese note da 3 strutture su 10)</li> <li>• Integrare informazioni disponibili e servizi di prenotazione presso le diverse strutture del territorio</li> <li>• Strutturazione di sistemi in grado di individuare ed indirizzare in tempi rapidi i pazienti con sospetta patologia oncologica</li> </ul>

ATTIVITÀ ANALIZZATE	EVIDENZE EMERSE	BEST PRACTICES	OPPORTUNITÀ DI MIGLIORAMENTO
<p><b>3. INTEGRAZIONE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'integrazione tra specialisti nella fase di formulazione della diagnosi definitiva è pratica quasi generalizzata</li> <li>• A guidare il paziente verso la terapia sono, nell'ambito della struttura, gli stessi medici di riferimento per la diagnosi</li> <li>• L'accesso alla terapia avviene o mediante protocolli e/o per mezzo di procedure standardizzate (nel 31% dei casi utilizzando entrambe le modalità)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizzo di tecnologie a supporto del confronto tra specialisti (telediagnosi)</li> <li>• Presenza del Dipartimento Oncologico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adozione sia di protocolli che di procedure standardizzate per regolare l'accesso alla successiva fase terapeutica</li> </ul>

## 2. Terapia e riabilitazione

Per quanto attiene alla fasi di terapia e della riabilitazione (fase che in questo testo e nel questionario d'analisi è inclusa nel presente capitolo), il Piano sanitario nazionale 2006-2008 (cap. 5.2) sottolinea come occorra "sia promuovere la qualificazione dei servizi e delle unità operative presenti sul territorio, migliorandone la qualità e l'accessibilità, valorizzando l'utilizzo di linee guida nazionali ed internazionali e di protocolli condivisi, sia concentrare l'offerta ospedaliera di alta specialità in strutture di altissima specializzazione, dislocate strategicamente sul territorio, dotate delle più moderne tecnologie (ad es. in tema di diagnostica per immagini e di radioterapia), che siano parte di una rete integrata con ospedali di livello locale e strutture territoriali per la presa in carico del paziente, la realizzazione di percorsi sanitari appropriati in un contesto di continuità delle cure. L'offerta dei servizi per la terapia delle patologie neoplastiche ed in particolare della radioterapia deve essere distribuita omogeneamente sul territorio e devono essere attivati sistemi di valutazione della qualità e degli esiti". Della distribuzione dei servizi di terapia sul territorio, richiamata dall'attuale Piano sanitario nazionale – più o meno omogenea, più o meno ampia ed allargata ai farmaci di nuova generazione e alla riabilitazione – si occupa la presente analisi di cui nella seguente sezione vengono sintetizzati i risultati.

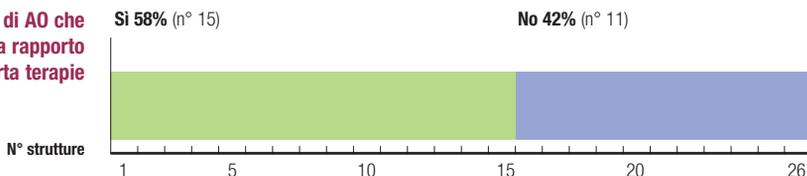
### PIANIFICAZIONE, MONITORAGGIO E CONTROLLO

Vengono qui indagate quelle attività svolte dalle Aziende con l'obiettivo di valutare e assicurare la coerenza tra l'offerta di prestazioni terapeutiche e i bisogni della popolazione, nonché la qualità di tale offerta.

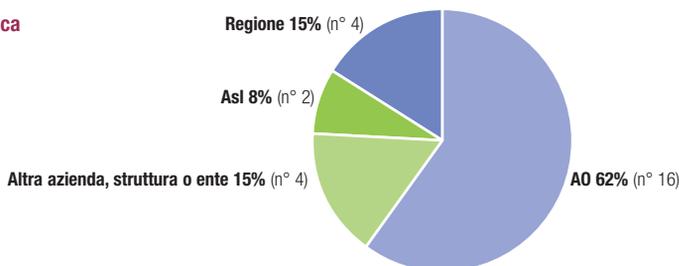
Il 58% delle AO utilizza strumenti ed indicatori per analizzare e valutare la domanda e l'offerta delle prestazioni terapeutiche.

Nel 62% dei casi è l'AO stessa che pianifica la fase terapeutica, seguono la Regione e altre Istituzioni sanitarie (15% rispettivamente) e l'Asl (8% dei casi).

**T1) Percentuale di AO che analizza rapporto domanda/offerta terapie**

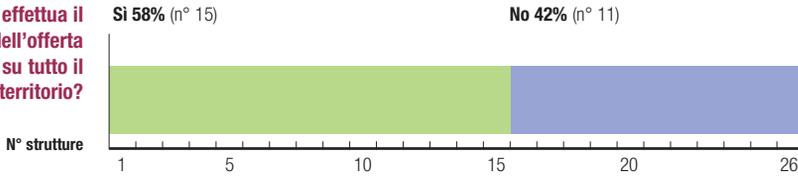


**T2) Istituzione che pianifica la fase terapeutica**



Sei AO su 10 (il 58%) effettuano il monitoraggio dell'offerta di terapie su tutto il proprio territorio di appartenenza.

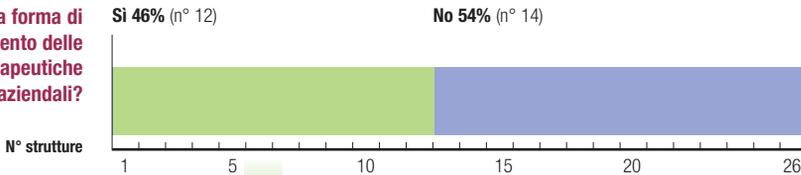
**T3) Si effettua il monitoraggio dell'offerta di terapie su tutto il territorio?**



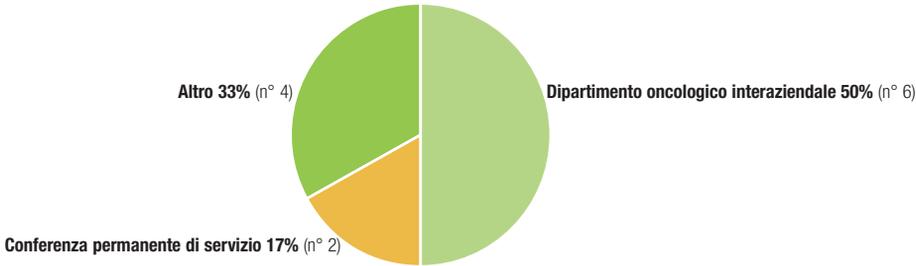
Nella maggioranza dei casi (54%) manca una forma di coordinamento delle prestazioni terapeutiche.

Dove è invece attiva, la forma di coordinamento dei servizi di terapia è nella metà dei casi il Dipartimento oncologico interaziendale, nel 17% delle AO la Conferenza permanente di servizio.

**T4) C'è una forma di coordinamento delle prestazioni terapeutiche interaziendali?**



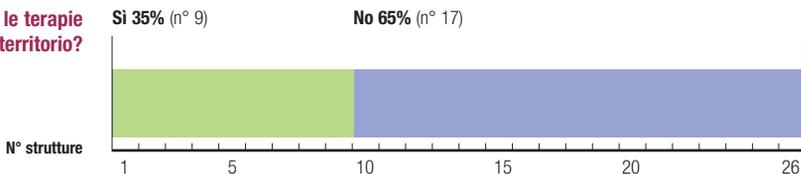
**T4.1) Se sì: forma di coordinamento interaziendale delle terapie**



## GESTIONE E CARATTERISTICHE DEI SERVIZI DI TERAPIA E RIABILITAZIONE

Nella maggioranza dei casi (65% delle AO) l'Azienda non gestisce direttamente l'offerta complessiva di terapie oncologiche sul proprio territorio d'appartenenza.

**T5) È l'Azienda a gestire le terapie oncologiche sul territorio?**



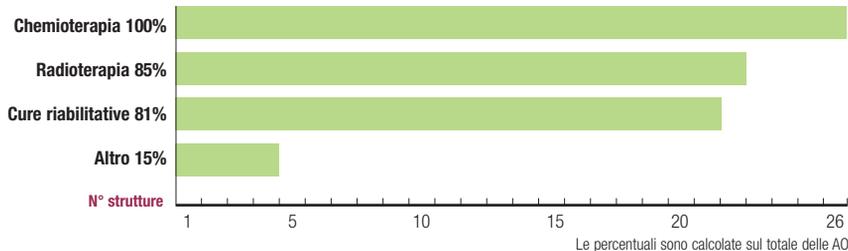
**T5.1) Se no: altre istituzioni sanitarie che offrono prestazioni terapeutiche**

Asl	8	47%
Altra AO	5	29%
Case di cura private accreditate	4	24%
Ambulatori privati accreditati	–	–
Altro	–	–
<b>Totale</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>

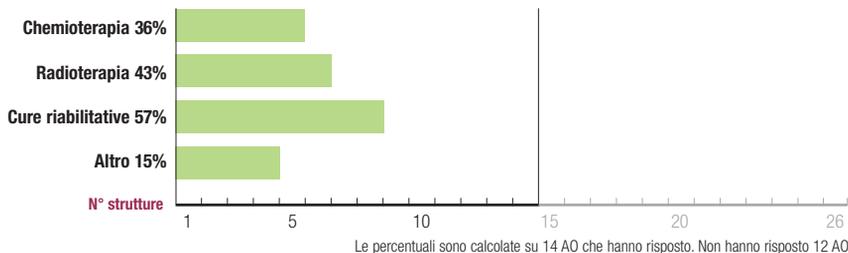
Le altre Istituzioni indipendenti dall’Azienda che offrono terapie oncologiche sono indicate nella tabella qui sopra, in base alla rilevanza quantitativa (in %) di tale offerta.

Il 100% delle AO gestisce ed eroga direttamente la chemioterapia, l’85% la radioterapia, l’81% le Cure riabilitative. La chemioterapia è comunque effettuata e gestita in convenzione con altre strutture nel 36% delle AO, la radioterapia nel 43% delle AO, le Cure riabilitative nel 57% delle AO.

**T6) Gestione e offerta diretta (a cura dell’AO) dei principali Servizi terapeutici**



**T7) Gestione e offerta convenzionata dei principali Servizi terapeutici**

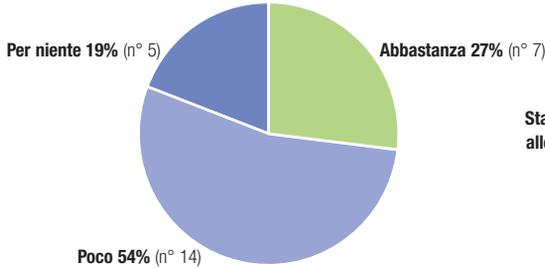


NB: in rapporto al precedente grafico, evidentemente (ma la spiegazione va accertata in successiva analisi), in 5 AO la chemioterapia è offerta sia direttamente dall’AO che, quando serve, in convenzione con altre strutture; almeno in 2 casi ciò accade anche per la radioterapia e in un caso per la riabilitazione.

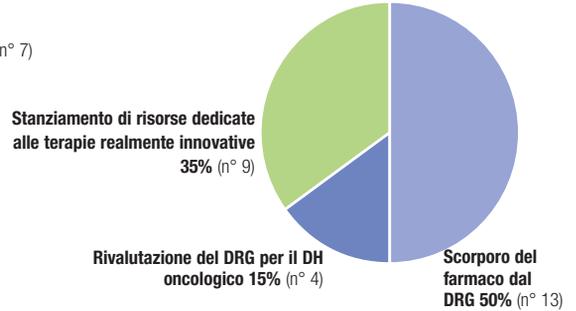
Da quasi il 30% delle Aziende e/o Strutture esaminate giunge segnalazione che le migliori terapie sono abbastanza condizionate da restrizioni economiche e, anche se in misura minore, il 50% delle Aziende segnala ancora oggi un condizionamento in questo senso.

Dalle risposte del questionario emerge che nella metà delle Aziende e/o strutture esaminate lo scorporo del farmaco dal DRG (Diseases Related Group) è considerato il tipo di provvedimento più adeguato per migliorare l'accesso alle migliori cure e alle terapie innovative, ma in più di un terzo delle Aziende (35%) si ritiene più adeguato stanziare risorse dedicate all'oncologia.

**T8) La scelta delle migliori terapie è influenzata da restrizioni economiche?**

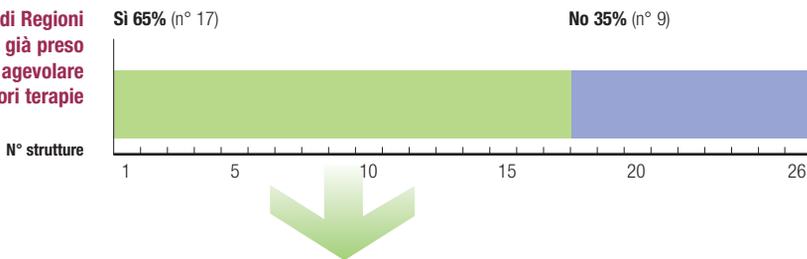


**T9) Provvedimenti più adeguati per agevolare l'accesso alle migliori terapie (% scelta dalle AO)**

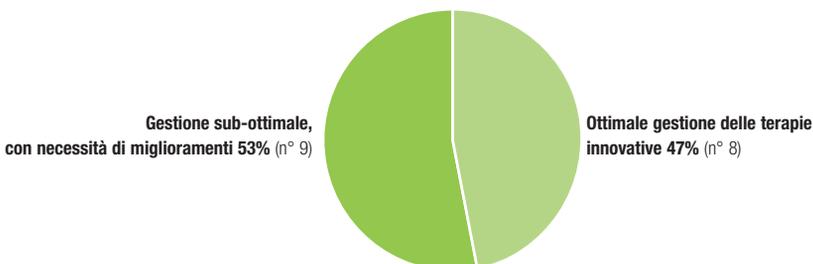


Circa il 30% delle Aziende e/o Strutture del campione segnala che le Regioni non hanno ancora preso provvedimenti relativi agli atti descritti nel grafico T9 e cioè scorporo del farmaco dal DRG, rivalutazione del DRG per il DH oncologico, stanziamento di risorse dedicate alle terapie realmente innovative. Nei casi dove invece tali provvedimenti sono stati recepiti, l'effetto sulla gestione delle terapie innovative ha avuto esito alterno: il risultato è stato nel 53% dei casi una gestione sub-ottimale, con necessità di miglioramenti, nei casi rimanenti la gestione di tali trattamenti è invece divenuta ottimale in seguito all'adozione dei provvedimenti regionali.

**T10) Percentuale di Regioni che hanno già preso provvedimenti per agevolare l'accesso alle migliori terapie**

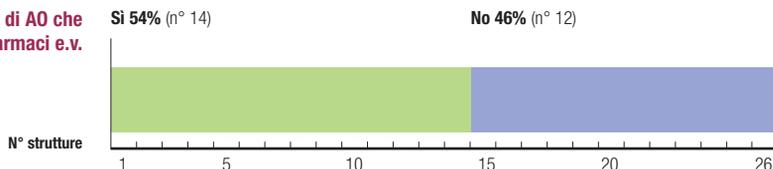


**T10.1) Se si: effetti dei provvedimenti per agevolare l'accesso alle migliori terapie**

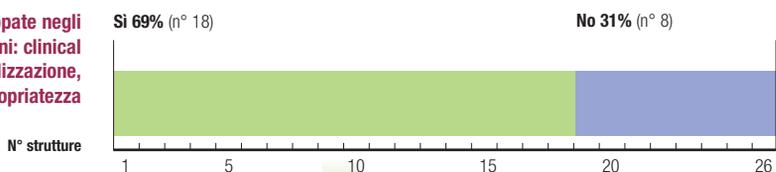


Nel 54% delle AO vengono registrati in file F anche farmaci che solitamente sono somministrati per via endovenosa (e.v.) in regime di day hospital. Al fine di recuperare risorse all'interno delle unità operative, negli ultimi due anni in 7 AO su 10 sono state sviluppate iniziative negli ambiti della *clinical governance*, della *razionalizzazione delle risorse* e dell'*appropriatezza organizzativa*.

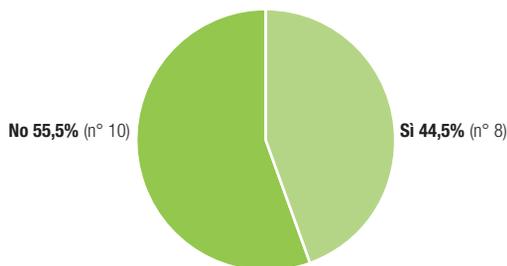
**T11) Percentuale di AO che registrano in file F farmaci e.v.**



**T12) Iniziative sviluppate negli ultimi 2 anni: clinical governance, razionalizzazione, appropriatezza**



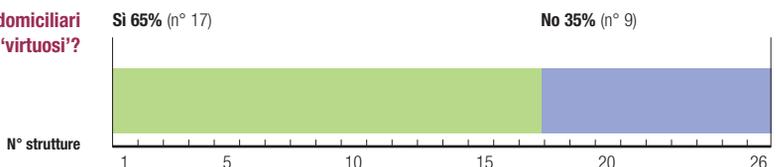
**T12.1) Se si: è stato possibile destinare risorse alle terapie innovative?**



Nella maggioranza delle Aziende e/o Strutture esaminate (quasi il 56%), nonostante le iniziative sopra descritte non sono state destinate risorse alle terapie innovative.

Il 65% dei clinici delle AO 'percepisce' le terapie orali/domiciliari, da gestire in ambulatorio, quali strumenti virtuosi per ottenere un effettivo risparmio di costi all'interno del sistema sanitario.

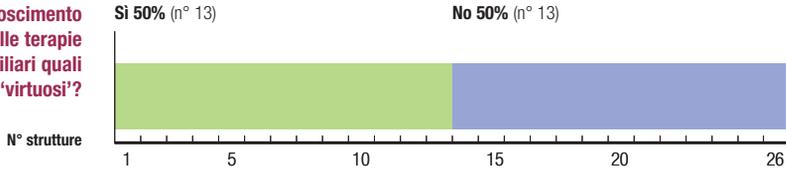
**T13) Le terapie orali/domiciliari sono strumenti 'virtuosi'?**



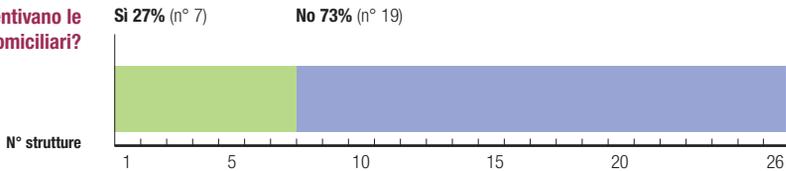
Il parere su tale percezione è invece equamente diverso quando tale percezione è 'imputata' alle strutture gestionali delle Aziende.

Inoltre, la stragrande maggioranza (73%) delle Aziende non incentiva le terapie orali/domiciliari, da gestire in ambulatorio, quali possibili strumenti virtuosi per ottenere un effettivo risparmio di costi all'interno del sistema sanitario.

**T14) Esiste un riconoscimento da parte delle AO delle terapie orali/domiciliari quali strumenti 'virtuosi'?**



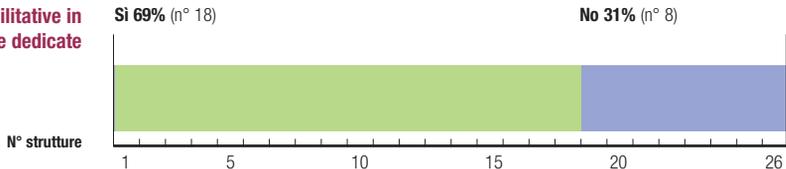
**T15) Le AO incentivano le terapie orali/domiciliari?**



In 7 casi su 10 le cure riabilitative sono diffuse ed erogate in strutture dedicate al trattamento del paziente oncologico.

In 4 AO su 10 l'accesso del paziente alle cure riabilitative avviene mediante la presa in carico del paziente da parte di un team multidisciplinare (che risponde alle esigenze specifiche di ogni singolo caso) o per iniziativa dello specialista curante.

**T16) Cure riabilitative in strutture dedicate**

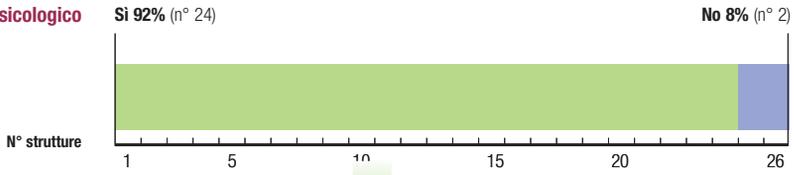


**T17) Se si: modalità di accesso del paziente alle cure riabilitative**

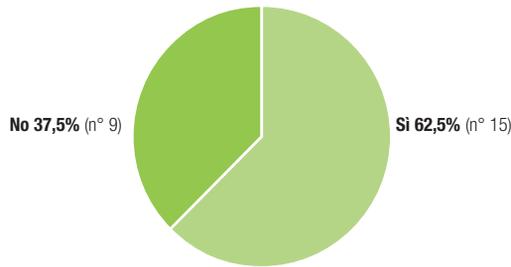
Nell'ambito del percorso terapeutico	4	22%
In altro ambito o percorso	-	-
Per iniziativa dello specialista curante	7	39%
Per iniziativa del medico di medicina generale grazie all'esistenza di specifiche procedure	-	-
Per procedure sistematiche che avviano alla riabilitazione alcune tipologie di pazienti al termine del percorso terapeutico	-	-
Con presa in carico del paziente da parte di un team multidisciplinare che risponde alle esigenze specifiche di ogni singolo caso	7	39%
<b>Totale</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>

Il supporto psicologico per i pazienti è disponibile in 9 AO su 10.  
 Nelle AO dov'è presente, lo psicologo è 'in forza' cioè strutturato all'Azienda quasi nel 63% dei casi.

**T18) Supporto psicologico**



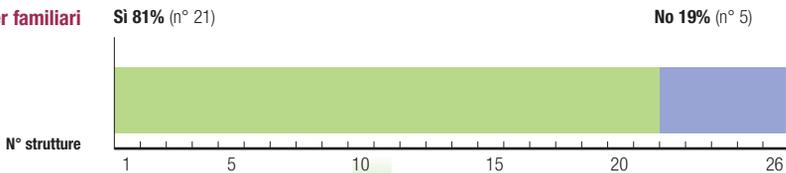
**T18.1) Se si: psicologo 'strutturato'**



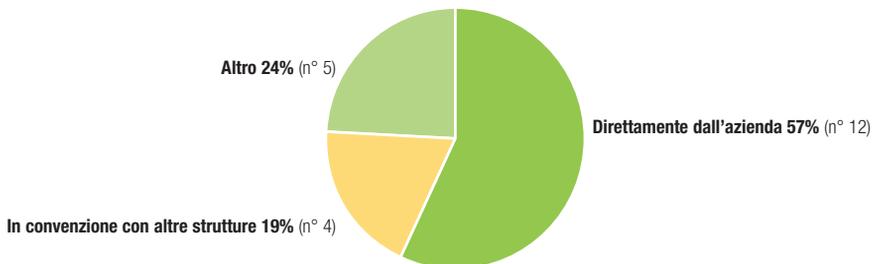
Nell'81% delle AO del campione sono disponibili servizi di supporto (psicologico, strutture ricettive, ecc...) anche per i familiari dei pazienti.

Nei casi in cui è disponibile il supporto anche per i familiari dei pazienti, tali tipologie di servizi sono gestite direttamente dalle AO nel 57% del campione e in convenzione con altre strutture nel 19% dei casi.

**T19) Supporto per familiari**



**T19.1) Se si: gestione dei servizi di supporto per familiari**



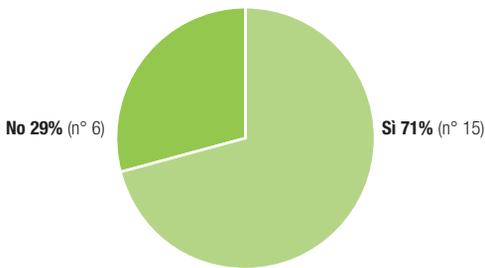
I servizi di supporto per i familiari nel 62% dei casi consistono in supporto psicologico e nel 19% in strutture ricettive o nella formazione di gruppi di sostegno o aiuto.

Le Associazioni di volontariato erogano i servizi di supporto per i familiari nel 71% dei casi.

**T19.2) Se si: tipo di supporto per i familiari**

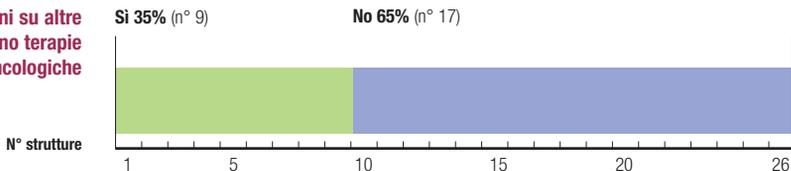
Supporto psicologico	13	62%
Strutture ricettive	4	19%
Gruppi di sostegno/aiuto per pazienti/familiari	4	19%
Incontri per le principali patologie oncologiche	-	-
Centri di ascolto a distanza	-	-
Altro	-	-
<b>Totale</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>

**T19.3) Se si: Associazioni di volontariato e servizi di supporto per familiari**



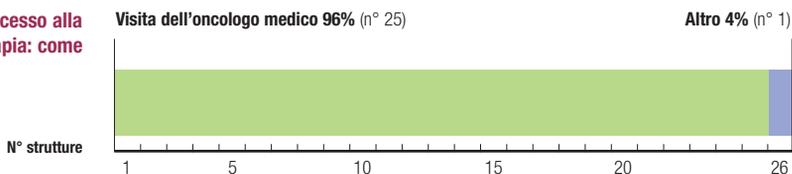
Nel 35% dei casi l'Azienda mette a disposizione degli utenti informazioni su eventuali altre Istituzioni sanitarie presenti sul medesimo territorio di competenza che erogano terapie e sui relativi tempi di attesa per l'accesso, integrando così la propria offerta.

**T20) Informazioni su altre Strutture che erogano terapie oncologiche**

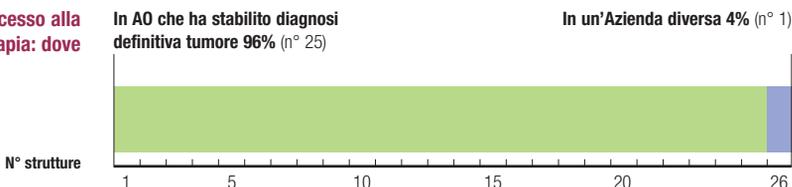


L'accesso del paziente alla terapia avviene quasi esclusivamente tramite visita dell'oncologo medico e nella stessa Azienda che ha effettuato la diagnosi definitiva di tumore.

**T21) Accesso alla terapia: come**



**T22) Accesso alla terapia: dove**



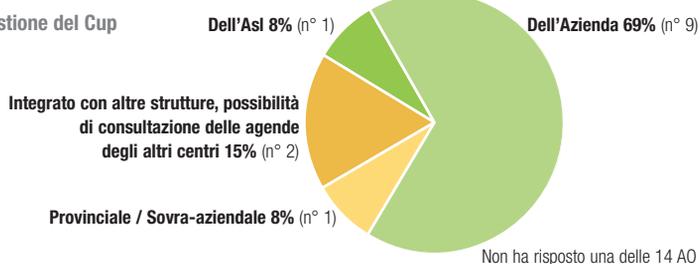
La prenotazione del ciclo terapeutico avviene nella maggioranza dei casi (54%) tramite Centro Unico di Prenotazione (Cup), ancora in nessun caso via internet.

Lo sportello di prenotazione Cup è generalmente gestito dall'Azienda.

**T23) Prenotazione del ciclo terapeutico**

Tramite sportelli Cup	14	54%
Via telefono	3	11%
Via internet	–	–
In altro modo	9	35%
<b>Totale</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>

**T23.1) Gestione del Cup**



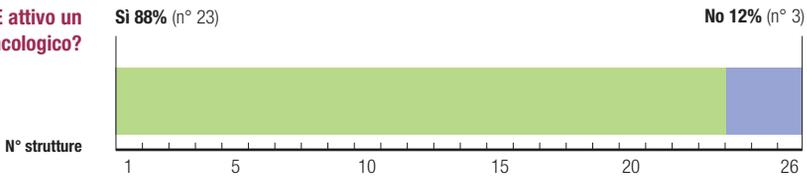
**INTEGRAZIONE NEI SERVIZI DI TERAPIA**

Vengono qui analizzate le attività di coordinamento di strutture, personale, modelli gestionali e altro, preposte all'attività terapeutica e all'integrazione di questa con la riabilitazione e la fase successiva di cure palliative, onde assicurare la 'continuità assistenziale'.

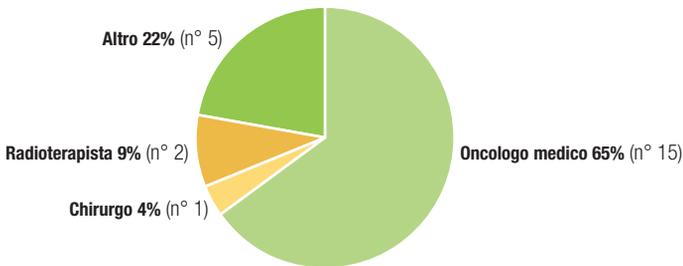
Il Dipartimento Oncologico – struttura organizzativa deputata a principale gestore della problematica del paziente oncologico in tutte le fasi di attività della struttura sanitaria – è attivo in quasi 9 su 10 (88%) delle AO esaminate. Il Dipartimento è generalmente (65%) diretto da un oncologo medico.

NB: il dato differisce da quello della risposta D12 (v. anche questionario in appendice): la spiegazione (da approfondire in succ. analisi) è che non sia attivo un dipartimento oncologico ma l'attività oncologica venga svolta tramite un dipartimento medico o similare pertanto le risposte possono apparire contraddittorie ma rispondono ad una funzionalità oncologica.

**T24) È attivo un Dipartimento Oncologico?**

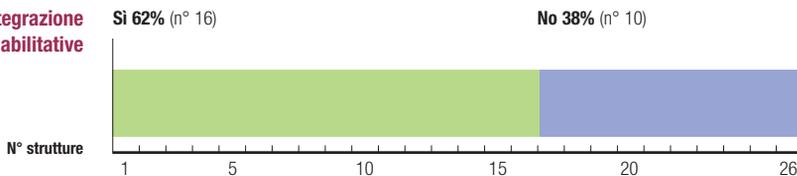


**T25) Direttore del Dipartimento Oncologico**

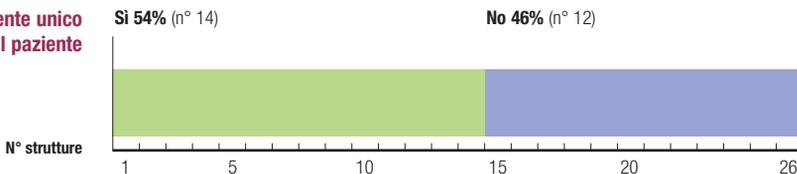


Un'integrazione strutturata – cioè nell'ambito della stessa azienda di cura e con gli stessi medici di riferimento – tra la fase terapeutica e le cure riabilitative è attiva nel 62% delle AO. In più di metà (54%) delle AO esaminate è disponibile un referente unico, cioè uno specialista dell'Azienda cui il paziente oncologico fa riferimento lungo l'intero iter della fase terapeutica.

**T26) Integrazione terapia-cure riabilitative**



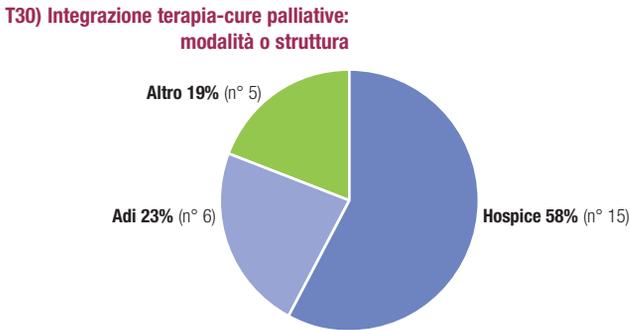
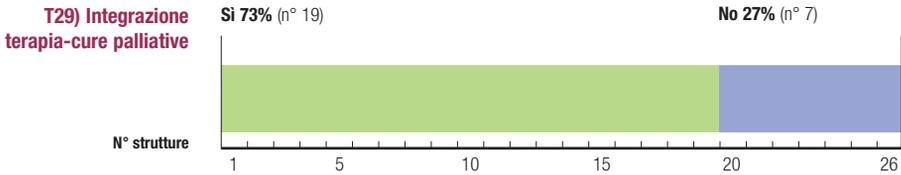
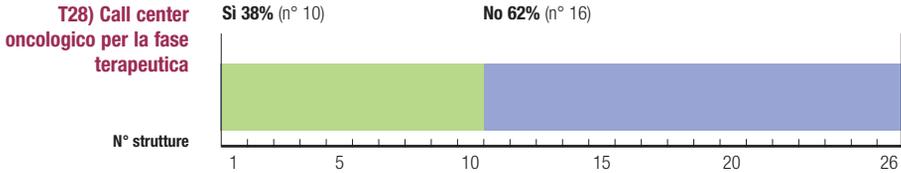
**T27) Referente unico per il paziente**



Quasi in 4 AO su 10 (38%) tra quelle analizzate è disponibile un call center oncologico con risposta immediata per pazienti/familiari, in terapia.

Un'integrazione strutturata – cioè nell'ambito della stessa azienda di cura e con gli stessi riferimenti – tra la fase terapeutica e le cure palliative è attiva nella stragrande maggioranza, 73%, delle AO.

Nella maggioranza dei casi (58%) tale integrazione è assicurata in regime di Hospice.



# Terapia e riabilitazione Conclusioni

ATTIVITÀ ANALIZZATE	EVIDENZE EMERSE
<b>1. PIANIFICAZIONE, MONITORAGGIO E CONTROLLO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• L'attività di pianificazione è guidata principalmente dalle stesse AO</li><li>• La maggioranza delle AO dispone di modalità strutturate (strumenti e indicatori) per la valutazione della domanda e per il monitoraggio dell'offerta complessiva del proprio territorio</li><li>• Si registra però la carenza di forme di coordinamento delle prestazioni terapeutiche: laddove queste sono attive, sono in maggioranza favorite (gestite) dalla presenza del dipartimento oncologico. Ancora pochi (17%) i casi di una conferenza permanente di servizio dedicata a questo compito</li></ul>

ATTIVITÀ ANALIZZATE	EVIDENZE EMERSE
<b>2. GESTIONE E CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• In quasi 7 casi su 10 (65%) l'offerta terapeutica complessiva del territorio non è gestita direttamente dalle AO: in quasi 5 casi su 10 (47%) è anche l'Asl a gestire e fornire tali servizi</li><li>• Tutte le AO sono in grado di assicurare servizi di chemioterapia, l'85% la radioterapia, 8 su 10 le cure riabilitative</li><li>• 4 AO operano sia direttamente che in convenzione per la chemioterapia, 2 per la radioterapia e una per le cure riabilitative</li><li>• Per un responsabile di AO e/o Unità di oncologia medica su 2, è lo scorporo del farmaco dai DRG lo strumento virtuoso per migliorare l'accesso alle terapie più innovative; per più di un terzo (35%) è più adeguato stanziare risorse per l'oncologia</li><li>• 3 AO su 10 segnalano che le Regioni non hanno adottato provvedimenti per agevolare l'accesso alle migliori terapie. Dove invece ciò si è realizzato, gli esiti sono alterni, ma comunque buoni: hanno infatti sortito effetti di gestione sub-ottimali o ottimali.</li><li>• In 7 AO su 10 sono state sviluppate nel corso degli ultimi 2 anni iniziative relative a <i>clinical governance, razionalizzazione delle risorse e appropriatezza organizzativa</i>. Mentre i clinici percepiscono le terapie orali/domiciliari, da gestire in ambulatorio, quali strumenti virtuosi per ottenere un effettivo risparmio di costi all'interno del sistema sanitario, ciò non avviene da parte della struttura manageriale e organizzativa dell'Azienda</li><li>• La riabilitazione è in 7 AO su 10 condotta in strutture dedicate al paziente oncologico, ma solo in 4 AO su 10 la presa in carico della riabilitazione avviene mediante coinvolgimento di un team multidisciplinare</li><li>• Solo il 35% delle AO offre corretto supporto informativo relativo ai servizi di terapia (e alle liste d'attesa) sul territorio al di là della propria struttura</li><li>• L'accesso alle terapie (anche di tipo riabilitativo) è guidato quasi esclusivamente dal clinico oncologo medico e all'interno della medesima struttura che ha effettuato la diagnosi definitiva</li></ul>

## BEST PRACTICES

- Articolazione aziendale in un centro di riferimento dipartimentale per l'oncologia che ha il compito di fornire l'assistenza terapeutica (e diagnostica) ospedaliera attraverso il coordinamento delle strutture del territorio

## OPPORTUNITÀ DI MIGLIORAMENTO

- Stabilire relazioni strutturate con i centri del territorio (anche limitrofo) che erogano terapie per completare l'offerta ed ottimizzare la capacità delle AO di pianificare al meglio l'offerta di prestazioni terapeutiche a seconda dei bisogni dei malati

## BEST PRACTICES

- Servizi di supporto non solo per i malati (uno psicologo in 9 AO su 10) ma anche per i familiari consistente anche in assistenza logistica (alloggio)
- Unità dedicate alle riabilitazione oncologica volte a integrare le prestazioni riabilitative con un supporto psicologico specifico per il malato oncologico e un team multidisciplinare dedicato
- Informazioni anche su altre strutture e su relative liste d'attesa

## OPPORTUNITÀ DI MIGLIORAMENTO

- Garantire al cittadino un quadro completo sulla disponibilità dell'offerta all'interno del territorio con informazioni su liste d'attesa
- Strutturare un'efficace presa in carico del paziente nella riabilitazione mediante team multidisciplinari 'ad hoc'
- Agevolare l'adozione di provvedimenti atti a facilitare la gestione delle terapie innovative, più efficaci e a domicilio (orali)
- Aumentare la disponibilità di alloggi per i familiari di pazienti in terapia che provengono da fuori sede

ATTIVITÀ ANALIZZATE	EVIDENZE EMERSE	BEST PRACTICES	OPPORTUNITÀ DI MIGLIORAMENTO
<p><b>3. INTEGRAZIONE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'integrazione all'interno delle attività di terapia si manifesta esclusivamente nei casi di presenza di un Dipartimento Oncologico che integri tutti gli erogatori presenti sul territorio.</li> <li>• La carenza di un referente unitario (nella metà delle AO esaminate, mentre nelle Asl non ce n'era nemmeno uno!) riduce l'efficacia dell'integrazione e del Dipartimento, ove è attivo</li> <li>• L'integrazione tra fase di terapia e cure palliative, dichiarata attiva da 7 AO su 10, (quella con le cure riabilitative è attiva in 6 casi su 10) è però strettamente legata alla disponibilità di strutture dedicate alla fase terminale (v. prossimo cap.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Call center dedicati a pazienti (o loro familiari) in terapia</li> <li>• Referente unico per tutto l'iter terapeutico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incrementare l'integrazione tra ospedale e territorio</li> <li>• Completamento del processo di dipartimentalizzazione in atto ed estensione a tutte le Unità di oncologia medica</li> <li>• Aumentare la presenza di call center per pazienti (e loro familiari) in terapia</li> <li>• Maggiore integrazione tra fasi terapeutica, cure riabilitative, cure palliative</li> </ul>

### 3. Cure palliative

#### PROVVEDIMENTI E PROGRAMMI PER LA LOTTA AL DOLORE IN ITALIA

La palliazione (o fase delle cure palliative), la lotta al dolore e alla sofferenza nei percorsi di cura sono tra i principali obiettivi di salute richiamati in entrambi gli ultimi due Piani Sanitari Nazionali, 2003-2005 e 2006-2008.

Il primo provvedimento legislativo 'ad hoc' per l'assistenza ai malati terminali, non solo a quelli di tumore, risale però al 1999 con il 'Programma Nazionale per la realizzazione di strutture residenziali per le cure palliative'. Il Programma prevede che in ciascuna Regione vengano realizzate una o più strutture dedicate a cure palliative, assistenza e supporto (Hospice e/o centri residenziali), con priorità rivolta ai pazienti neoplastici.

A fronte delle 201 strutture approvate per il completamento del Programma nazionale, attualmente in Italia sono attive solo 61 strutture dedicate all'assistenza dei malati terminali (Hospice e/o centri residenziali) tra pubbliche e private accreditate, 31 delle quali realizzate con fondi dello Stato (da Psn 2006-2008, p. 42).

Il Piano oncologico nazionale 2001 definisce gli hospice *“strutture dedicate alle cure palliative, per potenziare gli interventi di terapia palliativa ed antalgica, anche inseriti in un contesto ospedaliero, quali strutture per post acuti, per quei pazienti che, seppur non più curabili, necessitano, per brevi periodi, del supporto di una struttura ospedaliera in grado di erogare assistenza complessa, non realizzabile al domicilio del paziente o nelle strutture residenziali appositamente istituite”*.

Per agevolare prescrizione e utilizzo dei farmaci analgesici oppiacei, anche nell'assistenza domiciliare, sempre nel 2001 sono stati emanati alcuni provvedimenti normativi.

Nonostante ciò, l'Italia rimane tra gli ultimi Paesi europei per quanto riguarda il consumo di farmaci analgesici oppiacei.

#### LA RETE DEGLI HOSPICE E L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

Sempre il Piano oncologico nazionale 2001 ha previsto l'attuazione di programmi di Assistenza domiciliare integrata (Adi) per i malati terminali. Oltre che per questi, l'Adi è promossa anche e soprattutto per l'insufficienza respiratoria.

La realizzazione dell'Assistenza domiciliare integrata e dell'ospedalizzazione domiciliare va intesa *“per quei pazienti che, secondo adeguati criteri clinico-biologici, presentano una mediana di sopravvivenza attesa di novanta giorni e necessitano al domicilio, con livelli diversi di complessità, di terapia del dolore o di controllo di altri sintomi”*.

E secondo quanto riporta il Psn 2006-2008, *“I programmi regionali, ... integrano lo sviluppo dei centri residenziali di cure palliative-hospice .. e promuovo-*

no in particolare l'intervento assistenziale al domicilio del paziente, al fine di consentire la continuità assistenziale". A tal fine sembra essenziale lo sviluppo di accordi di programma tra Asl e Comuni.

Purtroppo però il livello dell'offerta dell'assistenza territoriale domiciliare, residenziale e semiresidenziale in alcune aree del territorio nazionale risulta ancora insufficiente rispetto alle necessità della popolazione, una situazione esemplificata nei numeri della seguente tabella.

### Assistenza domiciliare integrata per anziani – 2000

Regione	Casi trattati	Ore di assistenza erogata per caso trattato			Tot.
		Terapisti della riabilitazione	Infermieri professionali	Altri operatori	
Piemonte	8.038	3	18	6	27
Val d'Aosta	9.797	0	3	0	3
Lombardia	28.375	6	23	3	32
Prov. Autonoma Bolzano	83				
Prov. Autonoma Trento	7.289				
Veneto	18.544	1	17	2	20
Friuli V.G.	20.709	1	6	0	7
Liguria	8.588	7	17	0	24
Emilia Romagna	6.581	9	15	2	26
Toscana	12.130	2	13	6	21
Umbria	14.056	0	8	2	10
Marche	12.672	4	17	3	24
Lazio	17.681	6	16	4	26
Abruzzo	1.666				
Molise	2.526	8	5	0	13
Campania	5.839	10	31	10	51
Puglia	7.338	22	31	5	58
Basilicata	2.305	26	31	2	59
Calabria	2.484	6	17	1	24
Sicilia	4.263	9	16	1	26
Sardegna	527	50	40	0	90
Italia	191.489	5	16	3	24

Fonte: Ministero della Salute

### L'aiuto dei volontari

Inoltre il Psn 2006-2008 sottoscrive un impegno: “. Dovrà essere stimolata e favorita l'integrazione nella rete (di cure palliative) delle numerose Organizzazioni Non Profit, in particolare di volontariato, attive da anni nel settore delle cure palliative, dell'assistenza domiciliare e negli hospice, ..”.

## Cosa sono le cure palliative

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce cure palliative *l'insieme di interventi terapeutici ed assistenziali finalizzati alla cura attiva, totale, di malati la cui patologia di base non risponde più a trattamenti specifici*. Secondo le stime dell'Organizzazione, la prevalenza del dolore da cancro in fase avanzata sarebbe nell'ordine del 70%. Fondamentale in questi casi risulta il controllo del dolore e degli altri sintomi e in generale dei problemi psichici, sociali e spirituali che costituiscono il dolore da cancro definito anche 'totale'. L'obiettivo delle cure palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per i malati e le loro famiglie.

## Le cure palliative oncologiche in Italia

In Italia circa 160.000 persone ogni anno soffrono per dolore da cancro avanzato ("fase terminale") e almeno 50.000 per dolori della stessa malattia in fase non avanzata. Queste fasi di vita di un malato di tumore richiedono un piano personalizzato di cura ed assistenza in grado di garantire la migliore qualità di vita residua possibile durante gli ultimi mesi di vita.

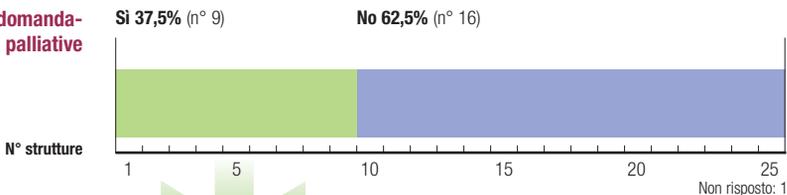
## PIANIFICAZIONE, MONITORAGGIO E CONTROLLO

Si analizzano qui le attività svolte dalle Aziende con l'obiettivo di valutare e assicurare la coerenza tra l'offerta di cure palliative e i bisogni della popolazione, nonché la qualità di tale offerta.

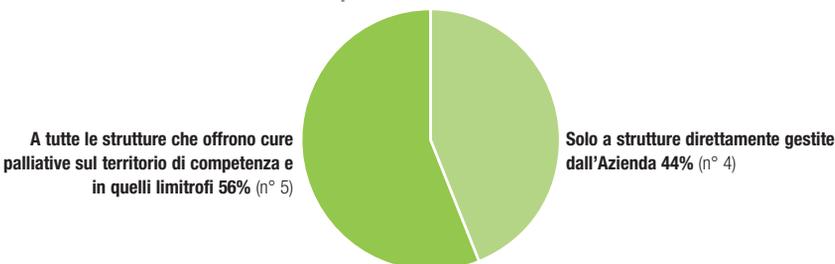
Quasi 4 AO su 10 esaminate (il 37,5%) effettuano valutazioni della domanda e dell'offerta delle prestazioni di cure palliative, utilizzando strumenti ed indicatori specifici.

La valutazione della domanda e dell'offerta di cure palliative a cura dell'Azienda è estesa generalmente (56% delle AO) a tutte le strutture che offrono cure palliative sul territorio di competenza e in quelli limitrofi.

### P1) Valutazione domanda-offerta cure palliative

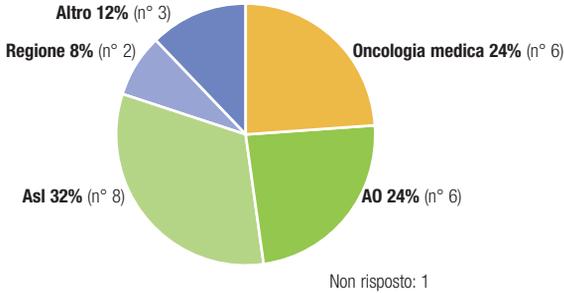


### P1.1) Se sì: estensione monitoraggio domanda-offerta cure palliative



L'Istituzione o struttura responsabile più attiva nella pianificazione della fase di cure palliative è generalmente l'Asl (32% dei casi), seguita da AO e Unità di oncologia medica (24% rispettivamente).

**P2) Struttura che effettua la pianificazione cure palliative**

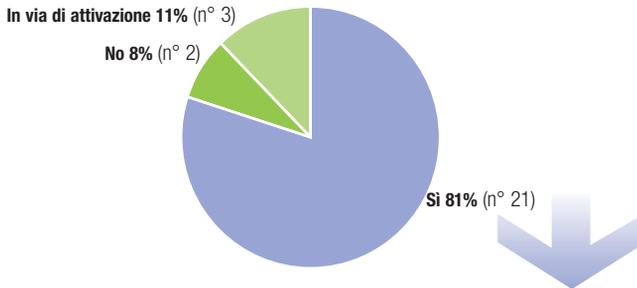


**GESTIONE E CARATTERISTICHE DEI SERVIZI DI CURE PALLIATIVE**

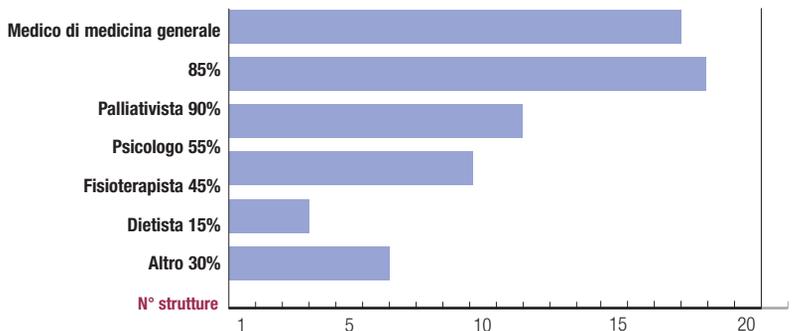
Vengono qui analizzate le caratteristiche dei principali servizi (Adi, Hospice, ecc...) dedicati a garantire la continuità assistenziale del malato terminale.

I servizi di Assistenza domiciliare integrata (Adi) sono attivi nell'81% dei territori di competenza (bacini d'utenza) delle AO esaminate.

**P3) Assistenza domiciliare integrata (Adi)**

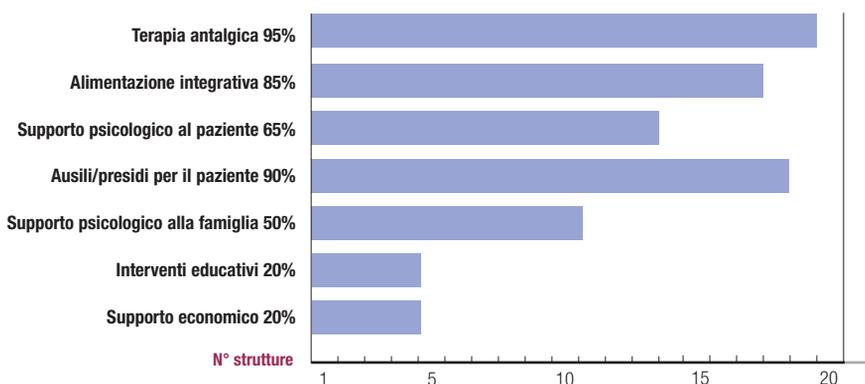


**P4) Se si: professionalità sanitarie coinvolte nell'Assistenza domiciliare integrata**



Non risposto: 1. Le percentuali sono calcolate su 20 AO che hanno risposto

**P5) Se si: servizi nell'Adi**



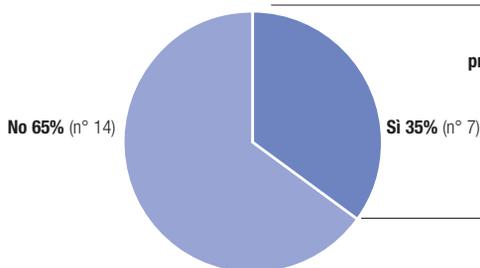
Non risposto: 1. Le percentuali sono calcolate su 20 AO che hanno risposto

Nell'Assistenza domiciliare integrata sono coinvolti nel 90% dei casi il palliativista, nell'85% dei casi i medici di medicina generale e nel 55% dei casi c'è anche l'assistenza dello psicologo.

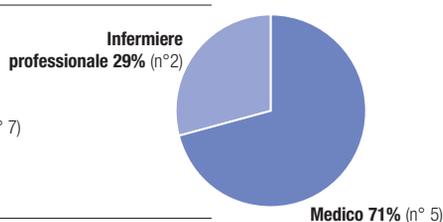
Il 95% delle AO assicura nell'ambito dell'Adi i servizi di supporto relativi alla terapia anti-dolore. Anche in questo caso il dettaglio dei vari servizi è rappresentato dallo schema.

Un referente unico del servizio di Assistenza domiciliare integrata – in carico (strutturato) all'Azienda – sia per il paziente che per i familiari, è presente nel 35% delle AO esaminate. Nel 71% dei casi si tratta di un medico e quando non c'è, il suo ruolo è assunto nel 57% delle AO esaminate da medici di medicina generale.

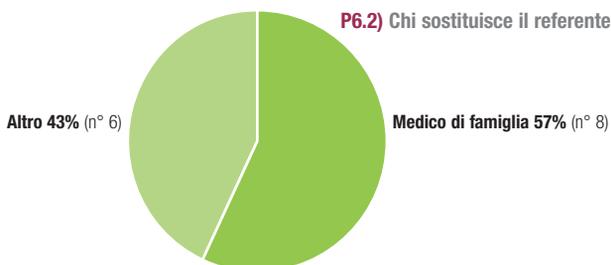
**P6) Se si: referente unico Adi**



**P6.1) Chi è il referente unico dell'Adi?**

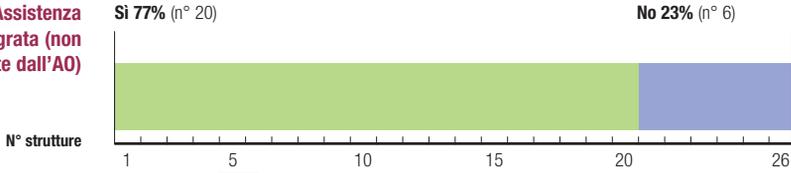


**P6.2) Chi sostituisce il referente unico Adi (se mancante)**

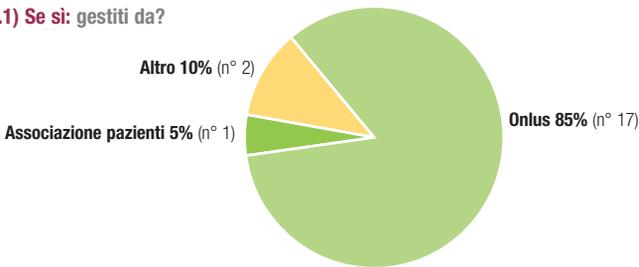


Oltre a quelli garantiti, gestiti e curati direttamente dalle Aziende stesse, sul territorio e per il bacino d'utenza coperto, sono attivi altri servizi di Assistenza domiciliare integrata nel 77% del campione di AO analizzate. In questi casi nell'85% delle AO sono gestiti da Onlus.

**P7) Altri servizi di Assistenza domiciliare integrata (non gestiti direttamente dall'AO)**

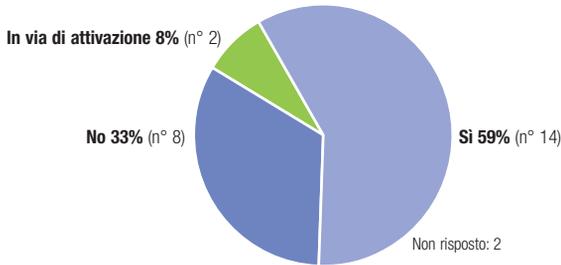


**P7.1) Se si: gestiti da?**

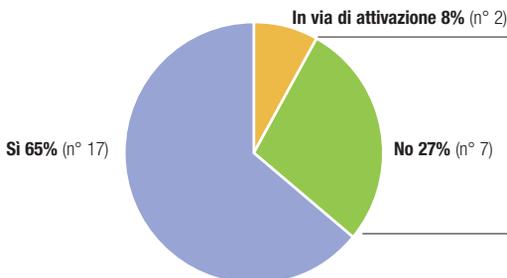


Cure palliative a domicilio vengono effettuate, grazie alla presenza di un palliativista dedicato specificamente alle terapie domiciliari, nel 59% delle AO analizzate.

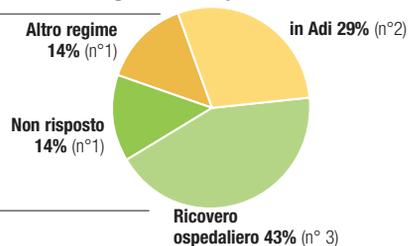
**P8) Cure palliative a domicilio**



**P9) Hospice**



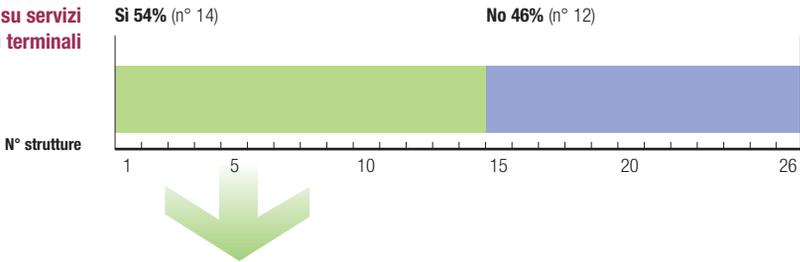
**P9.1) Hospice non attivo: come vengono curati i pazienti terminali?**



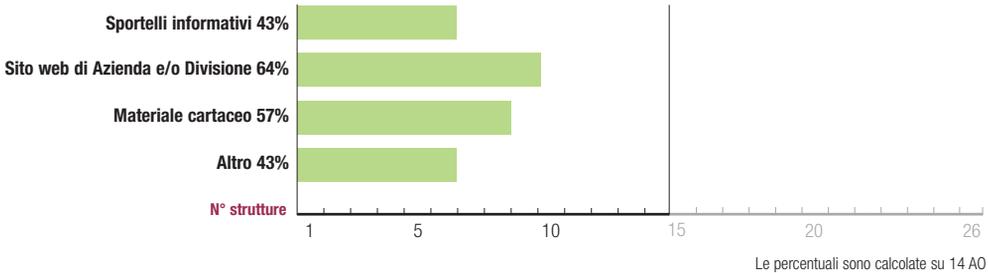
L'Hospice per i pazienti terminali – cioè una struttura dedicata specificamente al trattamento dei malati nell'ultima fase della patologia – è attivo nel 65% delle AO del campione. Nei casi in cui l'Hospice non sia attivo, i pazienti 'terminali' vengono attualmente trattati nel 43% dei casi con il ricovero ospedaliero e nel 29% dei casi in Adi.

Il 54% delle Aziende garantisce l'informazione ai cittadini sui servizi per malati terminali offerti sul proprio territorio, fornendo indicazioni su tipologia e modalità di accesso. Tali informazioni sono diffuse alla popolazione soprattutto tramite il sito web dell'Azienda o dell'Unità di oncologia medica, tramite materiale cartaceo o sportello (64%, 57% e 43% dei casi, rispettivamente).

**P10) Informazioni su servizi per malati terminali**



**P10.1) Se si: canali diffusione informazioni su servizi per malati terminali**

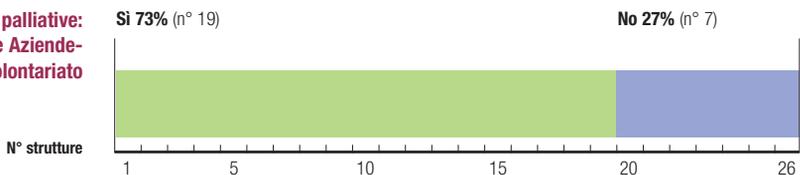


**INTEGRAZIONE NEI SERVIZI DI CURE PALLIATIVE**

Si analizzano le attività di coordinamento di Aziende, strutture, personale, modelli gestionali e Associazioni di volontariato preposte e/o utilizzati per le attività di cure palliative.

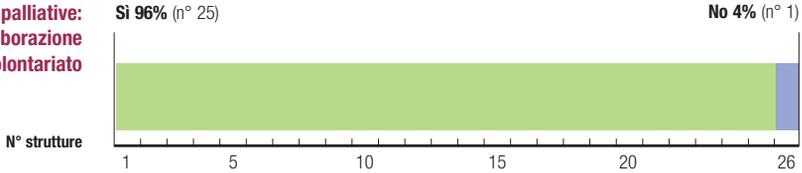
Il 73% delle Aziende collabora con le Associazioni di volontariato nell'organizzazione e/o gestione della fase di palliazione.

**P11) Cure palliative: collaborazione Aziende-Volontariato**

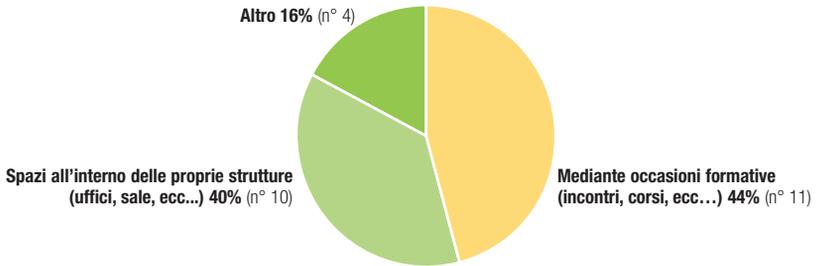


Nel 96% del campione di Aziende analizzato, la presenza di volontari e Associazioni sul proprio territorio e un'integrazione con le attività del terzo settore sono incoraggiate, favorite e incentivate. Tale incentivazione si realizza soprattutto (44% dei casi) mediante occasioni formative o realizzando spazi per le Associazioni all'interno dell'Azienda stessa (40% dei casi).

**P12) Cure palliative: incentivazione collaborazione Aziende-Volontariato**

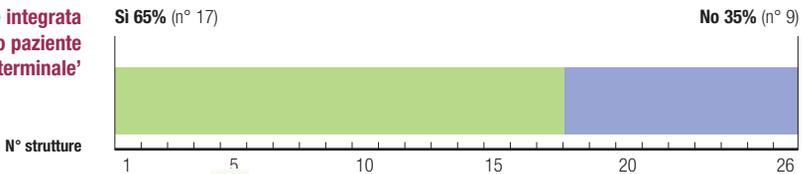


**P12.1) Se si: come l'Azienda incentiva il Volontariato**

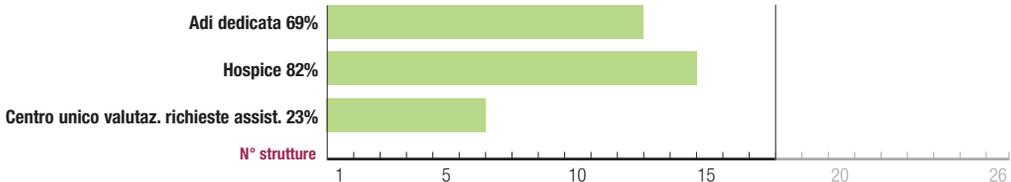


Il 65% delle Aziende fa parte integrante di una rete di strutture per la presa in carico del paziente in fase terminale. Nell'82% dei casi tale rete include un Hospice e nel 69% un'Adi dedicata.

**P13) Presenza rete integrata per presa in carico paziente 'terminale'**



**P13.1) Se si: la rete integrata include:**



Le percentuali sono calcolate su 17 AO

# Cure palliative Conclusioni

ATTIVITÀ ANALIZZATE	EVIDENZE EMERSE	BEST PRACTICES	OPPORTUNITÀ DI MIGLIORAMENTO
<b>1. PIANIFICAZIONE, MONITORAGGIO E CONTROLLO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La pianificazione in base a domanda/offerta è ancora carente, è effettuata solo in 4 AO su 10</li> <li>• L'istituzione più attiva nella pianificazione è l'Asl</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controllo di domanda/offerta esteso a tutto il territorio e a quelli limitrofi per individuare strutture come Hospice dove è possibile ricoverare il paziente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potenziare ed estendere il monitoraggio e il controllo del rapporto domanda/offerta a tutte le strutture del territorio e in quelli limitrofi</li> </ul>

ATTIVITÀ ANALIZZATE	EVIDENZE EMERSE	BEST PRACTICES	OPPORTUNITÀ DI MIGLIORAMENTO
<b>2. GESTIONE E CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'Adi è attiva in 8 AO su 10. Nell'85% dei casi interviene il medico di famiglia, nel 55% dei casi lo psicologo</li> <li>• È carente un referente unico dell'Adi in carico all'AO (solo 35% dei casi), sostituito in prevalenza dal mmg</li> <li>• In regime di Adi quasi sempre (95% dei casi) si gestiscono anche le cure anti-dolore, ma il palliativista dedicato a tale compito è presente in 6 AO su 10</li> <li>• Altri servizi di Adi curati dalle Onlus, a potenziamento di quanto offerto dalle AO, sono attivi in quasi 8 AO su 10</li> <li>• L'Hospice è attivo nel 65% dei casi; dove non c'è, la scelta più frequente è il ricovero ospedaliero (43% dei casi), solo in 3 casi su 10 l'Adi</li> <li>• Informazioni sulle cure palliative sono fornite dalla metà delle AO esaminate, per lo più tramite sito web (64% dei casi)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adi con referente unico dell'AO, palliativista, psicologo e medico di medicina generale laddove non è disponibile l'hospice</li> <li>• Integrazione e potenziamento dell'Adi 'aziendale' con servizi gestiti da Onlus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potenziare l'offerta di servizi a domicilio dedicati ai pazienti oncologici terminali con particolare riferimento alla presenza di figure professionali quali palliativista, psicologo e referente unico dell'AO</li> <li>• Completare l'estensione degli Hospice per evitare il ricorso al ricovero in corsia (anche non dedicato)</li> </ul>

ATTIVITÀ ANALIZZATE	EVIDENZE EMERSE	BEST PRACTICES	OPPORTUNITÀ DI MIGLIORAMENTO
<p><b>3. INTEGRAZIONE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nel 65% delle AO analizzate si rileva la presenza di una rete completa ed integrata di strutture per la presa in carico del paziente in fase terminale</li> <li>• Nell'82% dei casi tale rete include un Hospice, nel 69% dei casi è disponibile un'Adi dedicata</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rete integrata per l'assistenza al malato terminale che include, in relazione alle esigenze assistenziali del paziente, servizi ad intensità crescente (Volontariato, Adi, Hospice)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creare modalità strutturate di interazione tra il MMG e le AO al fine di coordinare l'erogazione dei diversi servizi e supportare il paziente nel passaggio tra le diverse strutture e modalità assistenziali con particolare riferimento all'Adi</li> <li>• Creare maggiori iniziative a sostegno dell'aiuto del volontariato (incontri formativi e con la popolazione, spazi all'interno delle AO, ecc...)</li> <li>• Ricercare maggiore collaborazione tra Asl e Aziende Ospedaliere per assicurare la continuità e l'integrazione con la precedente fase terapeutica e con quella riabilitativa</li> </ul>

# Appendice



## **I risultati principali del primo step della II fase: prevenzione primaria, secondaria e diagnosi precoce**

Campione di 20 aziende ospedaliere

### **PREVENZIONE PRIMARIA**

*Il 42% delle AO partecipa alle campagne*

Le campagne sono promosse:

- nel 30% dei casi dalle AO
- nel 40% dei casi dalle ASL
- nel 25% dei casi da Ministero, Regione, Provincia

*In cosa consistono le campagne*

- sensibilizzazione (opuscoli, media) 36%
- eventi 'ad hoc' (giornate prevenzione) 32%
- iniziative formative ed educazionali (scuole, lavoro) 32%

*Best practice*

- nel 90% dei casi monitoraggio rischi ambientali specifici
- partecipazione di alcune AO a vasti studi internazionali (Epic, Eurochip, Eurocare, ...)
- delega a centri di prevenzione
- sinergia con reti oncologiche territoriali

*Miglioramenti*

- Integrare registro tumori e osservatorio
- Coinvolgimento di diversi attori (+ AO), per non delegare a Regioni e Asl
- Coinvolgimento di attori non sanitari

### **PREVENZIONE SECONDARIA**

*Monitoraggio copertura della popolazione*

Lo effettua:

- il 39% delle AO
- il 26% dei dipartimenti oncologia
- il 13% delle Asl

*Gli esami monitorati*

1° livello: 15%

2° livello: 10%

entrambi: 75%

*Gli screening attivati al 2006*

seno: nell'80% delle AO

cervice: nel 70% AO

coloretto: nel 75% AO

*Comunicazione screening*

33% materiale informativo (opuscoli)

25% eventi 'ad hoc' (giornate)

23% media

19% internet

*Promozione e reclutamento*

83% dei casi contatto diretto AO-cittadino

17% dei casi coinvolto il MMG

*Comunicazione esiti positivi*

35% colloquio presso AO

26% lettera a domicilio

35% contatto telefonico

4% Mmg

*Coinvolgimento Mmg*

Nel 75% dei casi

*Indicazioni al paziente sulle strutture di diagnosi*

Nell'80% dei casi

*Chi gestisce l'accesso alla diagnosi*

- il paziente nel 21% dei casi
- il personale addetto allo screening nel 79% dei casi

*Best practice*

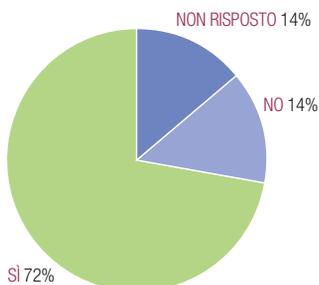
- Linee guida e sinergie con Gruppi di studio (Gisma, Gisci, Giscor)
- Sinergia con centri di riferimento pubblici di coordinamento
- Mmg che firmano convocazione per coloretto
- Raccolta dati, calcolo indicatori, report standard

*Miglioramenti*

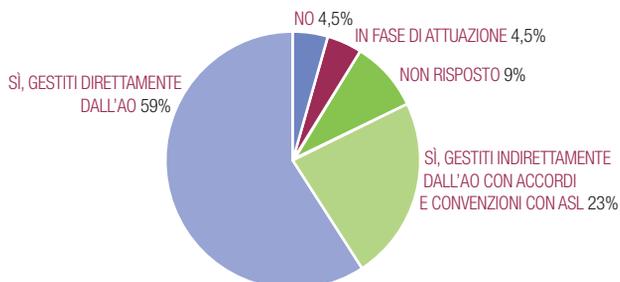
- Individuare unità di monitoraggio oltre che di gestione
- Maggiore integrazione tra strutture di prevenzione
- Maggiore coinvolgimento MMG
- Sistemi informatici per gestione liste attese

## DIAGNOSI PRECOCE (DAL CIRCUITO DELLO SCREENING)

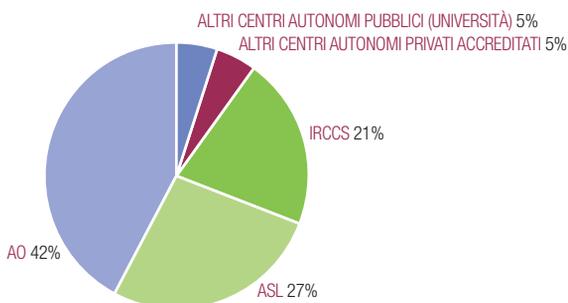
Monitoraggio "ad hoc" liste d'attesa



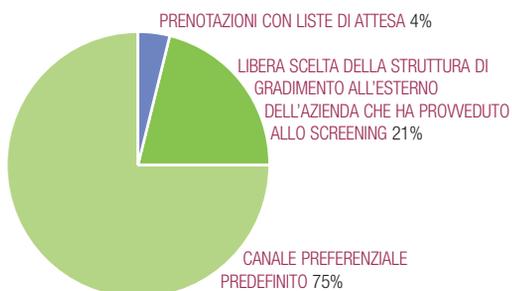
Canali preferenziali



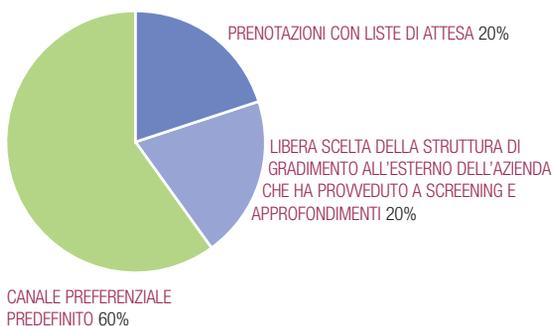
Chi effettua la diagnosi definitiva/stadiazione



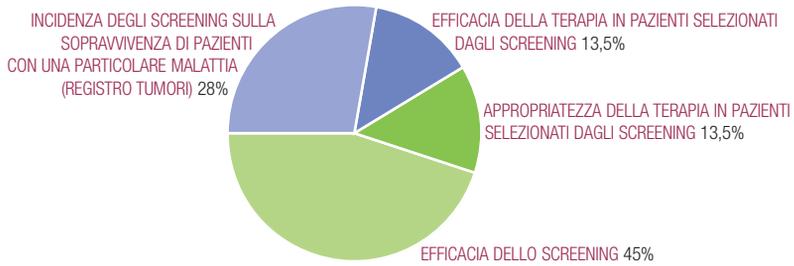
Come avviene l'accertamento post screening



Come avviene l'accesso alla terapia dopo screening positivo



### Come vengono valutati i pazienti già in terapia



### Best practice

- Monitoraggio liste d'attesa nel 70% AO
- Team multidisciplinari nel 90% delle AO
- Corsie preferenziali nel 75% delle AO per circuito screening
- Valutazione rapporto tra screening e: efficacia/appropriatezza terapie/sopravvivenza

### Miglioramenti

- Analisi offerta diagnostica
- Potenziare integrazione servizi di prenotazione esami
- Maggiore info e strumenti ai cittadini per liste d'attesa più brevi
- Incrementare la pratica di report di valutazione efficacia/appropriatezza, terapie/sopravvivenza
- Maggiore attivazione registri tumori

## Il terzo questionario

### MODELLI GESTIONALI IN ONCOLOGIA-AIOM

#### SECONDA FASE, SECONDO STEP: DIAGNOSI, TERAPIA E PALLIAZIONE NELLE AZIENDE SANITARIE ITALIANE

AZIENDA OSPEDALIERA: \_\_\_\_\_

#### DIAGNOSI

**D1)** Gli operatori dell'Azienda hanno a disposizione informazioni puntuali e strutturate sull'offerta complessiva di prestazioni diagnostiche oncologiche nel proprio territorio, oltre quelle relative alla propria struttura?

Sì  No

**D2)** Le liste di attesa per le diagnosi vengono monitorate?

Sì  No

**D3)** L'azienda ha a disposizione dati sull'offerta diagnostica nel proprio territorio e in quelli limitrofi, sia di strutture pubbliche che private?

Sì  No

**D4)** L'Azienda è in grado di far fronte con i propri servizi diagnostici alle necessità del proprio bacino d'utenza?

Sì

No, l'azienda copre la domanda con accordi e convenzioni con altre strutture

**D5)** Quale strumentazione diagnostica è disponibile nell'Azienda?  
Ecografo

- TAC
- Radiologia
- Risonanza magnetica
- Mammografia
- Endoscopia
- Scintigrafia
- PET
- Videodermatoscopio

**D6)** Quali strumenti l'Azienda utilizza per informare i cittadini dei servizi diagnostici?

- Carta dei servizi
- Sito internet
- Call center
- Mass media
- Altro

**D7)** Quali delle seguenti tipologie d'informazioni sono a disposizione degli utenti?

- Localizzazione e recapiti centri di diagnosi
- Modalità di prenotazione della prestazione
- Servizi diagnostici erogati
- Liste d'attesa

**D8)** Come avviene la prenotazione dell'esame di diagnosi per gli utenti non provenienti dal circuito screening?

- sportelli Cup
- telefono
- Internet
- altro

**D9)** Nell'attività di formulazione della diagnosi definitiva, sono attive modalità di confronto tra i clinici (team multidisciplinari, strumenti di lavoro "a distanza", ecc...)?

Sì  No

**D10)** Esistono modalità strutturate – cioè nell'ambito della stessa Azienda di cura e con gli stessi medici di riferimento - che 'guidano' il passaggio e l'accesso integrato del paziente alla fase terapeutica?

Sì  No

**D11)** Come avviene l'accesso alla fase di terapia:

- tramite protocolli
- tramite procedure standardizzate

**D12)** nell'Azienda è attivo un Dipartimento Oncologico che promuove e agevola l'integrazione tra diagnosi e inizio tempestivo delle più opportune terapie?

Sì  No

#### TERAPIA

**T1)** Vengono utilizzati strumenti ed indicatori per analisi e valutazione della domanda e dell'offerta delle prestazioni terapeutiche?

Sì  No

**T2)** Quale Istituzione è responsabile dell'attività di pianificazione della fase terapeutica?

- AO
- Regione
- Asl
- Altra Azienda, struttura o Ente

**T3)** Viene effettuato il monitoraggio dell'offerta di terapie di tutte o delle maggiori Aziende o strutture che erogano prestazioni terapeutiche sul territorio:

Sì  No

**T4)** Esiste una forma di coordinamento delle prestazioni terapeutiche interaziendali?

Sì  No

**T4.1)** Se sì, quale forma di coordinamento?

- Dipartimento oncologico interaziendale
- Conferenza permanente di servizio
- Altro

**T5)** L'offerta terapeutica complessiva del territorio d'appartenenza è direttamente gestita dall'Azienda?

Sì  No

**T5.1)** Quali altre Istituzioni sanitarie, non gestite direttamente dall'Azienda oggetto dell'indagine, offrono prestazioni terapeutiche nel medesimo territorio:

- Asl
- Altra AO
- Case di cura private accreditate
- Ambulatori privati accreditati
- Altro

**T6)** Quali dei seguenti servizi terapeutici sono direttamente gestiti e offerti dall'Azienda?

- Chemioterapia
- Radioterapia
- Cure riabilitative
- Altro

**T7)** Quali dei seguenti servizi terapeutici sono offerti in convenzione con altre Aziende o strutture?

- Chemioterapia
- Radioterapia
- Cure riabilitative
- Altro

**T8)** Le migliori cure e l'accesso alle terapie innovative sono limitate o condizionate da restrizioni economiche imposte dall'Azienda / struttura?

- molto
- abbastanza
- poco
- per niente

**T9)** Quali dei seguenti atti vengono ritenuti più adeguati per migliorare l'accesso alle migliori cure e alle terapie innovative?

- Scorporo del farmaco dal DRG
- Rivalutazione del DRG per il DH oncologico
- Stanziamento di risorse dedicate alle terapie realmente innovative

**T10)** La Vostra Regione ha preso provvedimenti relativi ad alcuni degli atti sopradescritti?

Sì  No

**T10.1)** Qual è lo stato dell'arte relativo all'accesso alle terapie innovative a seguito di tali provvedimenti ?

- ottimale gestione delle terapie innovative
- gestione sub-ottimale, con necessità di miglioramenti
- non so

**T11)** Nella Vostra Azienda vengono registrati in file F anche farmaci che solitamente sono somministrati e.v. in regime di day hospital ?

Sì  No

**T12)** Negli ultimi due anni si è molto parlato di *clinical governance*, di *razionalizzazione delle risorse* e di *appropriatezza organizzativa*, al fine di recuperare risorse all'interno delle unità operative. Sono state sviluppate iniziative in questo senso?

Sì  No

**T12.1)** È stato possibile destinare tali risorse alle terapie innovative?

Sì  No

**T13)** Le terapie orali/domiciliari, da gestire in ambulatorio, sono *percepite dal clinico* come strumenti virtuosi per ottenere un effettivo risparmio di costi all'interno del sistema sanitario?

Sì  No

**T14)** Le terapie orali/domiciliari, da gestire in ambulatorio, sono *riconosciute dall'A.O.* come strumenti virtuosi per ottenere un effettivo risparmio di costi all'interno del sistema sanitario?

Sì  No

**T15)** Le terapie orali/domiciliari, da gestire in ambulatorio, sono *incentivate dalle Istituzioni sanitarie* in quanto strumenti ritenuti virtuosi per ottenere un effettivo risparmio di costi all'interno del sistema sanitario?

Sì  No

**T16)** Le cure riabilitative sono diffuse ed erogate in strutture dedicate al trattamento del paziente oncologico?

Sì  No

**T17)** L'accesso del paziente alle cure riabilitative avviene:

- nell'ambito del percorso terapeutico
- in altro ambito o percorso
- per iniziativa dello specialista curante
- per iniziativa del medico di medicina generale
- grazie all'esistenza di specifiche procedure
- mediante procedure sistematiche che avviano alla riabilitazione alcune tipologie di pazienti al termine del percorso terapeutico
- mediante la presa in carico del paziente da parte di un team

multi-disciplinare che, grazie alle competenze di numerose professionalità, risponde alle esigenze specifiche di ogni singolo caso

**T18)** È disponibile il supporto psicologico per pazienti in fase terapeutica?

Sì  No

**T18.1)** Lo psicologo è 'in forza' (strutturato) all'Azienda?

Sì  No

**T19)** Sono disponibili servizi di supporto per i familiari di pazienti in fase terapeutica (supporto psicologico, strutture ricettive, ecc...)?

Sì  No

**T19.1)** Da chi sono gestiti i servizi di supporto per i familiari di pazienti in fase terapeutica?

- Direttamente dall'azienda
- In convenzione con altre strutture
- Altro

**T19.2)** In cosa consistono i servizi di supporto per i familiari di pazienti in fase terapeutica?

- supporto psicologico
- strutture ricettive
- gruppi di sostegno/auto-aiuto per gruppi pazienti/familiari
- incontri nell'ambito delle principali patologie oncologiche
- centri di ascolto a distanza (numeri verdi, forum on line, ecc...)
- altro

**T19.3)** I servizi di supporto per i familiari di pazienti in fase terapeutica vengono erogati in collaborazione con le Associazioni di volontariato?

Sì  No

**T20)** L'azienda mette a disposizione informazioni agli utenti su eventuali altre Istituzioni sanitarie presenti sul medesimo territorio di competenza che erogano terapie e sui relativi tempi di attesa per l'accesso, integrando così la propria offerta?

Sì  No

**T21)** L'accesso del paziente alla terapia medica avviene tramite:

- Visita dell'oncologo medico
- Altro

**T22)** L'accesso del paziente alla terapia medica avviene:

- nella stessa Azienda che ha effettuato la diagnosi definitiva di tumore
- in un'Azienda diversa

**T23)** Come avviene la prenotazione del ciclo terapeutico medico?

- Tramite sportelli Cup
- Via telefono

- Via Internet
- In altro modo

**T23.1)** Lo sportello Cup è:

- Dell'Azienda
- Dell'Asl
- Integrato con altre strutture, con possibilità di consultazione delle agende delle altre strutture
- Provinciale / Sovra-aziendale

**T24)** È attivo un Dipartimento Oncologico?

Sì  No

**T25)** Il Dipartimento Oncologico è diretto da:

- Oncologo medico
- Chirurgo
- Radioterapista
- altro

**T26)** È attiva l'integrazione strutturata – cioè nell'ambito della stessa azienda di cura e con gli stessi medici di riferimento - con le cure riabilitative?

Sì  No

**T27)** È disponibile un referente unitario, cioè uno specialista dell'Azienda cui il paziente oncologico fa riferimento lungo l'intero iter della fase terapeutica?

Sì  No

**T28)** È disponibile un call center oncologico con risposta immediata per pazienti/familiari, in terapia?

Sì  No

**T29)** È attiva l'integrazione strutturata – cioè nell'ambito della stessa Azienda di cura e con gli stessi riferimenti – con le cure palliative?

Sì  No

**T30)** L'integrazione con le cure palliative è assicurata in regime di:

- Hospice
- Adi
- Altro

## CURE PALLIATIVE

**P1)** L'Azienda effettua valutazioni della domanda e dell'offerta delle prestazioni di cure palliative, utilizzando strumenti ed indicatori specifici?

Sì  No

**P1.1)** La valutazione della domanda e dell'offerta di cure palliative a cura dell'Azienda è estesa:

- solo a strutture direttamente gestite dall'Azienda

a tutte le strutture che offrono cure palliative sul territorio di competenza e in quelli limitrofi

**P2)** Quale Istituzione o struttura è responsabile dell'attività di pianificazione della fase di cure palliative?

- L'A.O.
- L'oncologia medica
- L'Asl
- La Regione
- Altro

**P3)** Sono attivi sul territorio e per il bacino d'utenza dell'Azienda, servizi di Assistenza domiciliare integrata (Adi)?

- Sì  No
- Sono in via di attivazione

**P4)** Professionalità sanitarie coinvolte nell'assistenza domiciliare: medico di medicina generale

- palliativista
- psicologo
- fisioterapista
- dietista
- altro

**P5)** Quali servizi di supporto vengono offerti nell'ambito dell'Adi?

- Terapia antalgica
- Alimentazione integrativa
- Supporto psicologico al paziente
- Ausili/presidi per il paziente
- Supporto psicologico alla famiglia
- Interventi educativi
- Supporto economico

**P6)** Esiste un referente unico del servizio di Adi – in carico (strutturato) all'AO – sia per il paziente che per i familiari?

- Sì  No

**P6.1)** Il referente unico dell'Adi è:

- Medico
- Infermiere professionale
- Altra figura professionale

**P6.2)** In mancanza del referente unico dell'Adi, paziente e familiari sono seguiti da:

- Medico di famiglia
- Altro

**P7)** Sono attivi sul territorio e per il bacino d'utenza dell'Azienda altri servizi di Assistenza domiciliare integrata?

- Sì  No

**P7.1)** Da chi sono curati?

- ONLUS
- Associazione pazienti
- Altro

**P8)** Vengono effettuate cure palliative a domicilio, grazie alla presenza di un palliativista dedicato specificamente alle cure domiciliari?

- Sì  No
- Servizio in via di attivazione

**P9)** È attiva una struttura di Hospice per i pazienti terminali?

- Sì  No
- Struttura in via di realizzazione/attivazione

**P9.1)** I pazienti terminali vengono attualmente trattati:

- In Adi
- Ricovero ospedaliero
- Altro regime

**P10)** L'Azienda garantisce l'informazione ai cittadini sui servizi per malati terminali offerti sul proprio territorio, fornendo indicazioni su tipologia e modalità di accesso?

- Sì  No

**P10.1)** Attraverso quali strumenti vengono diffuse le informazioni sulle cure palliative?

- sportelli informativi
- materiale cartaceo
- sito dell'Azienda / Divisione
- altro

**P11)** Le Aziende collaborano nella fase di palliazione con le Associazioni di volontariato?

- Sì  No

**P12)** L'Azienda favorisce e incentiva la presenza di volontari e Associazioni sul proprio territorio e un'integrazione con le attività del terzo settore?

- Sì  No

**P12.1)** L'attività di volontari e terzo settore è incentivata grazie a:

- occasioni formative (incontri, corsi, ecc...)
- spazi all'interno delle proprie strutture (uffici, sale, ecc...)
- altro

**P13)** L'Azienda fa parte integrante di una rete di strutture per la presa in carico del paziente in fase terminale?

- Sì  No

**P13.1)** Tale rete include:

- un'Adi dedicata
- un Hospice
- un centro di valutazione unico per l'accoglienza delle richieste di assistenza valido per tutto il territorio e in grado di indirizzare il paziente alle soluzioni assistenziali più appropriate
- un'altra Istituzione o tipologia di servizio

## Le sfide: invecchiamento, cronicizzazione e budget

### L'INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE

La popolazione mondiale sta invecchiando con un ritmo costante: le proiezioni al 2030 parlano di un 40% circa della popolazione in età superiore a 65 anni. Se nel 1930 la proporzione era di 1 a 15, nel 1990 era di 1 a 8 e ci si aspetta che nel 2030 sia di 1 a 5.

In particolare la popolazione italiana sta invecchiando ad una velocità che non ha eguali nel resto del mondo a causa del perdurante coesistere di due fattori congiunti: elevata longevità e bassa fecondità. Il tasso di crescita naturale italiano è negativo da molti anni: per il 2003 corrisponde ad un valore di -0.7 per mille abitanti, uno dei più bassi al mondo, pur con delle differenze tra Nord e Centro (dove comunque il tasso è ancora negativo) e Mezzogiorno caratterizzato invece dal segno positivo. Secondo le stime Istat il nostro Paese ha la più alta incidenza al mondo di popolazione oltre i 65 anni di età, il 19% nel 2003, con una previsione del 20% nel 2010. Nel 2020 gli anziani rappresenteranno il 27,2 % della popolazione totale con netta prevalenza degli ultraottantenni. Le stime dell'ONU sono ancora più pessimistiche con una previsione di ultrasessantacinquenni che già nel 2005 doveva superare il 25% (25,2). Gli italiani con più di 65 anni nel 2003 erano quasi 11 milioni (10.901.149 – il 19%) e tale cifra è in continuo e progressivo aumento.

Da qui al 2010 l'incremento di ultrasessantacinquenni nella popolazione generale italiana è stimato a più del 4%, da 11 milioni e mezzo del 2006 a più di 12 milioni nel 2010. Nel 2050 gli over-65 saranno il 33,6% della popolazione contro il 19,5% del 2005 (fonte Istat, rapporto 2005) cioè un cittadino su 3 avrà più di 65 anni.

#### Indicatori strutturali della popolazione, % 65+ al 1.1.2003 - Istat

Italia	19,0
Nord	20,2
Centro	20,7
Mezzogiorno	16,6

#### Previsioni di crescita della popolazione con più di 65 anni residente in Italia all'1.1.2005 - Istat

2005	2006	2007	2008	2009	2010
11.335.217	11.553.613	11.698.256	11.829.097	11.955.579	12.065.421 (21%)

## **ALTRI DATI DEMOGRAFICI**

La natalità in Italia è attorno al 9 per mille abitanti con una tendenza alla crescita negli anni più recenti, da 9,1 nel 1999 a 9,4 nel 2002 e nel 2003, per l'apporto delle popolazioni immigrate. Il numero di figli per donna (Total Fertility Rate, TFR), pur restando tra i più bassi d'Europa e del mondo, è andato crescendo negli ultimi anni, passando da 1,22 nel 1999 a 1,30 nel 2003.

## **I RICOVERI**

Secondo quanto riportato nel rapporto “Stato di salute e prestazioni sanitarie nella popolazione anziana” (Ministero della Salute, 2000) la popolazione anziana oggi in Italia determina:

- il 37% dei ricoveri ospedalieri ordinari;
- il 49% delle giornate di degenza e dei relativi costi stimati.

Inoltre il ricovero degli anziani è mediamente più complesso della popolazione generale di circa il 20%. Notevolmente variabile è l'offerta di strutture residenziali e semiresidenziali nelle diverse Regioni come pure l'assistenza domiciliare, il cui valore complessivo è molto verosimilmente ancora al di sotto dei bisogni. In linea con quanto previsto dalle recenti normative e dagli accordi Stato-Regioni, è prevedibile anche per questo gruppo di popolazione un ricorso più appropriato al ricovero ospedaliero ed un contestuale sviluppo di modalità assistenziali alternative.

## **I TUMORI**

La forte correlazione e la congiuntura tra età della popolazione e incidenza delle patologie croniche determinano un costante e progressivo incremento quantitativo ma anche qualitativo della domanda di servizi sanitari. Le dinamiche demografiche citate in precedenza aggravano sensibilmente gli scenari futuri.

In tale contesto l'oncologia emerge come una delle aree su cui i governi centrali e periferici stanno concentrando un crescente livello di attenzione: oltre a rappresentare la seconda causa di morte, le patologie neoplastiche sono caratterizzate da quadri clinici complessi che per essere adeguatamente fronteggiati richiedono notevoli sforzi – il più possibile congiunti – da parte della comunità medico-scientifica e delle Istituzioni sanitarie.

AREA	UOMINI			DONNE		
	Casi	Tasso grezzo	Tasso std	Casi	Tasso grezzo	Tasso std
Piemonte	12.101	602	364	9.996	480	284
Valle d'Aosta	331	572	378	277	475	302
Lombardia	23.588	544	389	21.803	486	305
Trentino Alto Adige	2.201	480	375	1.922	411	278
Veneto	10.697	494	367	9.904	445	281
Friuli Venezia Giulia	3.210	587	380	3.226	564	324
Liguria	4.744	652	374	3.992	511	271
Emilia Romagna	10.595	574	352	9.859	515	294
Toscana	9.647	591	361	8.037	469	272
Umbria	2.297	592	361	1.925	476	275
Marche	3.881	566	355	3.017	425	261
Lazio	12.671	506	366	11.351	428	285
Abruzzo	2.549	421	284	2.152	342	207
Molise	687	442	305	492	307	196
Campania	11.928	417	389	9.392	316	254
Puglia	7.511	376	308	6.266	302	220
Basilicata	1.271	431	318	979	326	225
Calabria	3.471	346	275	2.867	279	202
Sicilia	8.752	354	287	6.890	267	191
Sardegna	3.338	418	333	2.846	348	241
<b>ITALIA</b>	<b>135.469</b>	<b>492</b>	<b>356</b>	<b>117.193</b>	<b>409</b>	<b>266</b>

Tutti i tumori (ICD-9 140-208 escl. 173): Numero di nuovi casi, tasso grezzo di incidenza per 100.000, tasso standardizzato (standard europeo) per 100.000. Età: 0-84. Anno 2005.

I dati qui riportati sono stimati dal Reparto Epidemiologia dei Tumori del Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità.

## INVECCHIAMENTO E NEOPLASIE

Cronicità delle malattie e anzianità della popolazione sono sfere assimilabili, accomunate da una progressiva crescita e che richiedono una forte integrazione dei servizi sanitari e di quelli sociali. In particolare necessitano di servizi residenziali e territoriali finora non sufficientemente disegnati e sviluppati nel nostro Paese, oltre che di fondi ancora insufficienti. Alcuni dati chiariscono quanto in particolare tumori e anzianità siano fenomeni collegati.

### I tumori negli anziani

Il rischio relativo o percentuale di ammalarsi di cancro cresce con l'età: ecco di quanto secondo i valori espressi dall'American Cancer Society:

Età	Rischio % maschi	Rischio % femmine
0-39	1.6	1.9
40-59	8.2	9.2
60-79	33.7	22.2

AREA	UOMINI			DONNE		
	Casi	Tasso grezzo	Tasso std	Casi	Tasso grezzo	Tasso std
Piemonte	6.567	326	188	1.321	207	106
Valle d'Aosta	181	312	198	116	199	110
Lombardia	13.167	304	210	9.477	211	116
Trentino Alto Adige	1.201	262	196	821	176	104
Veneto	5.930	274	194	4.239	190	106
Friuli Venezia Giulia	1.820	333	204	1.419	248	122
Liguria	2.635	362	191	1.780	228	102
Emilia Romagna	5.861	317	181	4.132	216	106
Toscana	5.291	324	185	3.478	203	101
Umbria	1.227	316	179	826	204	100
Marche	2.075	302	177	1.283	180	94
Lazio	6.708	268	185	4.737	179	105
Abruzzo	1.630	269	173	1.028	163	89
Molise	430	277	180	235	147	83
Campania	7.372	258	236	4.290	144	108
Puglia	4.758	238	188	2.927	141	95
Basilicata	787	267	188	450	150	94
Calabria	2.154	215	164	1.324	129	86
Sicilia	5.850	237	185	3.891	151	99
Sardegna	2.105	264	205	1.309	160	103
<b>ITALIA</b>	<b>77.747</b>	<b>282</b>	<b>195</b>	<b>52.086</b>	<b>182</b>	<b>105</b>

Tutti i tumori (ICD-9 140-208 escl. 173): Numero di decessi, tasso grezzo di mortalità per 100.000, tasso standardizzato (standard europeo) per 100.000. Età: 0-84. Anno 2005.

I dati qui riportati sono stimati dal Reparto Epidemiologia dei Tumori del Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità.

Con l'invecchiamento della popolazione è pertanto inevitabile un sostanziale aumento dei casi di tumore.

#### Altri dati

L'età media di diagnosi di cancro è 68 anni

Si stima che tra il 30 e il 50% delle persone con età superiore ai 65 anni sia affetta da una neoplasia silente o manifesta

Il 61% (165.000 casi all'anno) di tutte le neoplasie (260-270.000/anno) colpisce dopo i 65 anni

Per gli ultrasessantacinquenni il rischio di sviluppare un cancro è 11 volte maggiore rispetto a chi è più giovane

Nel 33% dei casi (90.000 all'anno) colpisce tra 65 e 74 anni

Nel 28% dei casi (75.000 all'anno) colpisce dopo i 75 anni

Il 65% di tutte le morti per cancro avviene in ultrasessantacinquenni

Dal confronto Istat con le malattie cardiovascolari, l'altro big killer, emerge che l'età più critica per i tumori è proprio la fascia che va da 65 e 74:

#### Cause di morte in Italia

Età	Tutte le cause	Patologie cardiovasc.	Tumori
65-74	110.000	40.000	50.000
75+	320.000	170.000	60.000
Tutte	550.000	240.000	150.000

(Fonte: Istat)

Negli ultimi 50 anni si è avuto un incremento dell'incidenza e mortalità per tumore negli anziani, superiore a quanto registrato nei giovani, tra i quali si è invece verificata una diminuzione della mortalità.

Mentre l'incidenza dei tumori nella popolazione italiana anziana è ancora in aumento, i tassi di incidenza generali, aggiustati per età, sono stimati stabili.

Va sottolineato che grazie alle nuove cure, recentemente in Europa è stata osservata una diminuzione della mortalità per tumore negli anziani (-5% nella fascia d'età 65-84 anni) di entrambi i sessi.

Ogni anno poco meno di mezzo milione di anziani vengono ricoverati in oncologia (si veda la tabella alla pagina successiva).

#### IL CAMBIAMENTO D'APPROCCIO ALLA PATOLOGIA TUMORALE

A questo quadro che vede il forte intreccio tra vecchiaia e cancro si aggiunge l'elemento terapie innovative: tra le nuove possibili strategie terapeutiche in oncologia vi è infatti l'impiego di chemioterapici e nuove molecole come le *targheted therapies* per tempi prolungati con l'obiettivo di "cronicizzare" la malattia neoplastica attraverso una protratta inibizione della crescita tumorale senza pretendere la completa regressione della malattia. I nuovi farmaci antitumorali, associati ai tradizionali chemioterapici, potrebbero produrre un ulteriore allungamento della sopravvivenza del malato oncologico. La crescita del numero delle persone con patologia oncologica richiede la capacità di erogare risposte qualitativamente elevate oltre che integrate e coordinate. I diversi livelli di complessità necessitano di continuità d'intervento e di cura, oltre che di supporti psico-sociali che assicurino una migliore qualità di vita dei pazienti.

Il Piano oncologico nazionale, oggi in fase di revisione (lo stato dell'arte al 2004 è nella tabella a pagina 73), ha come obiettivo la realizzazione di un concreto coordinamento degli interventi dal lato professionale, istituzionale e gestionale nei diversi settori impegnati nell'erogazione di servizi per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie oncologiche.

**Ricoveri ordinari di anziani  
con causa di dimissione  
principale oncologica (2000)**

Aggregati clinici di diagnosi	65-74 anni			> 74 anni			
	DIMESSI	% DIMESSI SU TOT. DEI DIMESSI PER TUMORE	DEGENZA MEDIA	DIMESSI	% DIMESSI SU TOT. DEI DIMESSI PER TUMORE	DEGENZA MEDIA	TOT. DIMESSI ANZIANI
Chemioterapia e radioterapia	38.553	14,9	4,9	13.790	6,7	5,9	52.343
Tumori maligni della vescica	23.420	9,0	7,7	23.577	11,4	8,5	46.997
Tumori maligni dei bronchi e dei polmoni	23.455	9,1	12,7	16.248	7,9	13,0	39.703
Tumori maligni secondari	17.996	6,9	12,0	13.636	6,6	12,8	31.632
Altri e non specificati tumori benigni	19.352	7,5	7,1	12.235	5,9	8,1	31.587
Tumori maligni del colon	11.640	4,5	15,7	12.950	6,3	17,9	24.590
Tumori maligni della mammella	14.016	5,4	8,1	10.531	5,1	9,4	24.547
Tumori maligni della prostata	10.571	4,1	9,9	8.552	4,1	9,6	19.123
Tumori di natura non specificata o comportamento incerto	8.995	3,5	8,5	9.096	4,4	9,9	18.091
Altri tumori maligni non epiteliali della cute	6.590	2,5	4,7	10.706	5,2	5,0	17.296
Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici	9.716	3,7	10,0	6.819	3,3	10,8	16.535
Tumori maligni dello stomaco	7.271	2,8	17,4	9.225	4,5	17,9	16.496
Tumori maligni del retto e dell'ano	7.660	3,0	16,6	8.033	3,9	17,6	15.693
Tumori maligni di testa e collo	7.575	2,9	12,8	4.746	2,3	11,7	12.321
Linfoma non Hodgkin	5.485	2,1	12,8	4.510	2,2	13,6	9.995
Tumori maligni del pancreas	4.398	1,7	17,0	4.901	2,4	16,3	9.299
Tumori maligni di altri organi gastrointestinali e del peritoneo	4.244	1,6	14,6	4.420	2,1	15,6	8.664
Leucemie	3.696	1,4	15,3	4.271	2,1	12,3	7.967
Tumori maligni rene e pelvi renale	3.937	1,5	12,9	3.074	1,5	14,0	7.011
Tumori maligni senza indicaz.	2.735	1,1	13,0	3.373	1,6	12,0	6.108
Tumori maligni utero	3.198	1,2	10,3	2.418	1,2	10,9	5.616
Mieloma multiplo	2.838	1,1	12,8	2.664	1,3	13,1	5.502
Tumori maligni encefalo e sist. nervoso	3.081	1,2	14,7	1.978	1,0	15,0	5.059
Tumori maligni ovaio	2.869	1,1	11,5	2.007	1,0	13,9	4.876
Tumori maligni primitivi altre sedi	2.599	1,0	9,2	2.120	1,0	10,3	4.719
Tumori maligni altri organi urinari	2.067	0,8	6,8	1.753	0,8	8,5	3.820
Tumori maligni esofago	1.628	0,6	16,3	1.376	0,7	14,1	3.004
Melanoma maligno cute	1.452	0,6	6,8	1.177	0,6	7,3	2.629
Tumori maligni altri organi genitali femminili	1.099	0,4	11,4	1.490	0,7	11,9	2.589
Altri tumori maligni apparato respiratorio e organi intratoracici	1.327	0,5	12,1	1.080	0,5	13,3	2.407
Tumori maligni ossa e tessuto connettivo	1.245	0,5	14,3	1.111	0,5	12,7	2.357
Tumori maligni tiroide	1.331	0,5	8,5	720	0,3	11,3	2.051
Tumori maligni cervice uterina	1.204	0,5	9,6	783	0,4	10,0	1.987
Tumori benigni utero	1.187	0,5	7,6	439	0,2	8,8	1.626
Malattia di Hodgkin	395	0,2	11,4	294	0,1	13,9	689
Tumori maligni altri organi genitali maschili	241	0,1	9,3	246	0,1	9,6	487
Tumori maligni testicolo	102	0,0	6,0	89	0,0	8,3	191
<b>Totale</b>	<b>259.169</b>	<b>100,0</b>	<b>10,2</b>	<b>206.438</b>	<b>100,0</b>	<b>11,4</b>	<b>465.607</b>

(Fonte: Ministero della Salute - Stato di salute e prestazioni sanitarie nella popolazione anziana nell'anno 2000)

## Stato dell'arte 2004 della programmazione locale del Piano oncologico nazionale

	Esiste la Commissione Oncologica Regionale?	Si è riunita nel 2004?	Esiste un Punto Oncologico Regionale?	Esistono Onc. Osp. certificate o accreditate?
Abruzzo	Sì	No	Sì	Pescara (Iso 9001)
Alto Adige	No	–	No, solo linee generali nel Psr	No
Val d'Aosta	No	–	No, solo linee generali nel Psr	Iter in corso
Basilicata	Sì	No	Nel Psr	No
Calabria	Sì, ma non si è mai riunita	–	Sì, nel Psr	No
Campania	Sì	Sì	Sì	No
E. Romagna	Sì	Sì	Sì	Bologna S. Orsola
Friuli V.G.	No	–	Sì	No
Lazio	Sì	No	Sì	No
Liguria	Sì	No	Sì, nel Psr non aggiornato	In programma
Lombardia	Sì	Sì	Sì, nell'ambito del Psr	Alzano Lombardo
Marche	Sì, ma non si è riunita dal 96	–	No, c'è una LR del 1996	No
Molise	No	–	No	No
Piemonte	Sì, si riunisce regolarmente	–	No, esiste la rete onc. piem.	Pinerolo, Cuneo
Puglia	No	–	Nel piano sanitario	No
Sardegna	Sì	No	Sì, approvazione imminente	No
Sicilia	Sì	No	Sì, nel Psr	No
Toscana	Sì, attraverso costituzione Istituto Toscano Tumori	–	Sì, dal 1999	No
Trentino	No	–	No	No
Umbria	No	–	Sì	No
Veneto	Sì	Sì	Sì	In corso a Rovigo e Castelfranco

(Fonte: Collegio italiano dei primari oncologi medici ospedalieri, 2004)

I miglioramenti terapeutici ed assistenziali a vantaggio della qualità di vita dei pazienti sono pertanto strettamente connessi alla definizione di specifici percorsi che le strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali devono adottare per garantire la continuità dell'assistenza durante le diverse fasi della malattia.

Il livello generale di performance del sistema sanitario italiano, inteso come capacità di trasformare la spesa sanitaria totale in specifici obiettivi, è tra i più elevati del mondo. Purtroppo però la quota di spesa pubblica sul totale della spesa sanitaria è tra le più basse fra i Paesi industrializzati. Perciò il cittadino italiano deve sempre più spesso ricorrere al mercato per soddisfare le proprie esigenze di salute.

### **ESIGENZE DI BUDGET E QUALITÀ DELL'ASSISTENZA**

La ricerca di un equilibrio tra la necessità di controllare la spesa e il bisogno di garantire un livello crescente di assistenza in campo oncologico sta avendo un impatto enorme sul piano politico e sociale. Il problema dell'assistenza alle persone colpite da neoplasia è rappresentato non solo dalla carenza di ospedalizzazione e assistenza a domicilio ma anche da una ancor cronica scarsità di adeguate strutture ospedaliere specializzate nel trattamento del cancro. Il Piano oncologico rileva due nodi 'gordiani':

**1.** la gran variabilità della casistica clinica non consente ai tecnici di focalizzare il loro interesse professionale su diagnosi e terapia di queste patologie;

**2.** la necessità di fronteggiare tutte le patologie neoplastiche e la limitatezza dei fondi disponibili non consentono di acquisire le apparecchiature necessarie per erogare prestazioni adeguate (basti pensare alla carenza di Unità di radioterapia).

È chiaro che, in presenza di budget limitati e di contrazione delle risorse, la sfida si gioca soprattutto nell'ottimizzazione dell'esistente attraverso il miglioramento dei processi clinici, organizzativi e gestionali che consente un utilizzo più razionale ed efficiente delle risorse oggi (e domani) a disposizione.

È questo l'obiettivo fondamentale del progetto Modelli gestionali in oncologia.

## Il Consiglio Direttivo Nazionale AIOM

Mandato 2005-2007

Rinnovato il 21 ottobre 2005

Dati aggiornati al 10 luglio 2006

### PRESIDENTE

#### **Prof. Emilio Bajetta**

Istituto Nazionale Tumori  
U.O. Oncologia Medica B  
Via G. Venezian, 1  
20133 Milano  
Tel.: 02/23902500 – Fax: 02/23902149  
emilio.bajetta@istitutotumori.mi.it

### PRESIDENTE ELETTO

#### **Prof. Francesco Boccardo**

Istituto Nazionale Ricerca Cancro  
U.O. Univ. Oncologia Medica  
L.go Rosanna Benzi, 10  
16132 Genova  
Tel.: 010/5600503 – Fax: 010/352753  
f.boccardo@unige.it  
francesco.boccardo@istg.it

### SEGRETARIO

#### **Prof. Stefano Cascinu**

Università - Az. Osp. Univ.  
Umberto I° - Salesi - Lancisi  
Clinica di Oncologia Medica  
60020 Ancona  
Tel.: 071/5964170 – Fax: 071/5964192  
cascinu@yahoo.com

### TESORIERE

#### **Dr. Marco Venturini**

Ospedale Sacro Cuore – Don Calabria  
Div. Oncologia Medica  
Via Sempreboni, 5  
37024 Negrar (VR)  
Tel.: 045/6013411  
Tel. segreteria e fax: 045/6013472  
marco.venturini@sacrocuore.it

### CONSIGLIERI

#### **Dr. Enrico Aitini**

Azienda Ospedaliera C. Poma  
Oncologia Medica ed Ematologia  
V.le Albertoni, 1  
46100 Mantova  
Tel. 0376/201655-52 – Fax  
0376/201653  
henryaito@hotmail.com  
enrico.aitini@ospedalimantova.it

#### **Dr. Oscar Bertetto**

Azienda Sanitaria Ospedale Molinette  
Oncologia Medica  
C.so Bramante, 88  
10134 Torino  
Tel.: 011/6335580 – Fax: 011/ 6335189  
obertetto@molinette.piemonte.it

#### **Dr. Filippo De Marinis**

Azienda Ospedaliera S. Camillo-Forlanini  
V UOC Pneum. Oncologica  
Via Portuense, 332  
00149 Roma  
Tel.: 06/55552565 – Fax: 06/55552565  
demarinis.filippo@virgilio.it  
filippo\_demarinis@yahoo.it

#### **Dr. Cesare Gridelli**

Azienda Osped. S. Giuseppe Moscati  
U.O. Oncologia-Ematologia  
Via Circumvallazione, 68  
83100 Avellino  
Tel.: 0825/203574 – Fax: 0825/203556  
cgridelli@libero.it

#### **Dr. Carmelo Iacono**

A.O. di Ragusa  
Ospedale Maria Paternò Arezzo  
Dipartimento Oncologia  
P.zza Ospedale Civile, 1  
97100 Ragusa  
Tel.: 0932/600200 – Fax: 0932/228749  
E-mail: ciacono@ospedaleragusa.it

#### **Dr. Evaristo Maiello**

Osp. Casa Sollievo Sofferenza IRCCS  
Oncologia  
Via Cappuccini  
71013 S. Giovanni Rotondo (Fg)  
Tel.: 0882/410640 – Fax: 0882/412792  
e.maiello@libero.it  
e.maiello@operapadrepio.it

#### **Dr. Fausto Roila**

Divisione Oncologia Medica  
Az Osp. Silvestrini  
Via Brunamonti  
06156 S. Andrea Delle Fratte (Pg)  
Tel.: 075/5784187 – Fax: 075/5784113  
roila.fausto@libero.it

#### **Dr.ssa Vittorina Zagonel**

Osp. Fatebenefratelli – Isola Tiberina  
U.O. Oncologia  
P.zza Fatebenefratelli, 2  
00186 Roma  
Tel.: 06/6837700-697 – Fax: 06/6837680  
vzagonel@tin.it

### REVISORI

#### **Dr. Giorgio Cavalca**

Via Vittor Pisani, 14  
20124 Milano  
Tel.: 02/6705453-6705366  
Fax: 02/6698563  
studiocavalca@giadica.it

#### **Dr. Alberto Basso**

Via XXIII Marzo, 9  
20077 Melegnano (MI)  
Tel.: 02/98231607-9834015  
Fax: 02/98233373  
studio@bassoalberto.191.it

## Past President AIOM

	<b>Mandato</b>
GIANNI BONADONNA	1974-1977
MARIO FIORENTINO	1978-1979
GINO LUPORINI	1980-1985
SILVIO MONFARDINI	1985-1987
GIORGIO COCCONI	1987-1991
MARIO DE LENA	1991-1993
A. RAFFAELE BIANCO	1993-1995
MAURIZIO TONATO	1995-1997
DINO AMADORI	1997-1999
RICCARDO ROSSO	1999-2001
FRANCESCO COGNETTI	2001-2003
ROBERTO LABIANCA	2003-2005

### Ufficio Stampa e comunicazione

#### Intermedia

Healthcare Communication Network

Via Malta, 12/b  
tel. 030/226105  
fax 030/2420472  
25124 Brescia  
imediabs@tin.it

via Costantino Morin, 44  
00195 Roma  
tel. e fax 06/3723187

intermedia@intermedianews.it  
www.intermedianews.it  
www.medinews.it

# Indice

- 3 Note dei curatori
- 5 L'AIOM completa il progetto di "censimento e conoscenza"  
EMILIO BAJETTA
- 9 Obiettivo su terapia, riabilitazione e palliazione  
CARMELO IACONO
- 11 Modelli gestionali e ricerca clinica indipendente negli obiettivi della  
Fondazione AIOM  
ROBERTO LABIANCA
- 13 Roche: l'impegno per una salute sostenibile  
MAURIZIO DE CICCO

## I RISULTATI

- 27 **1. Diagnosi**
- 33 **2. Terapia e riabilitazione**
- 47 **3. Cure palliative**

## APPENDICE

- 59 I risultati principali del primo step della fase II: prevenzione primaria,  
secondaria e diagnosi precoce
- 63 Il terzo questionario
- 67 Le sfide: invecchiamento, cronicizzazione e budget
- 75 Il Consiglio Direttivo Nazionale AIOM
- 76 Past President AIOM







*A cura di:*

Mauro Boldrini  
Sabrina Smerrieri  
Sergio Ceccone

*Consulenza scientifica*

Emilio Bajetta  
Carmelo Iacono  
Roberto Labianca

*Editore:*

Intermedia

Via Malta 12B

25124 Brescia

Tel. 030.226105

Fax 030.2420472

imediabs@tin.it

Via C. Morin, 44

00195 Roma

Tel. 06.3723187

intermedia@intermedianews.it

www.medinews.it



**Associazione  
Italiana di  
Oncologia Medica**

via Nöe, 23 - 20133 Milano  
tel. 02/70630279, fax 02/2360018  
email: [aiom.mi@tiscalinet.it](mailto:aiom.mi@tiscalinet.it)  
[www.aiom.it](http://www.aiom.it) / [www.oncologiaonline.org](http://www.oncologiaonline.org)



**Intermedia editore**