

AREA TERRITORIALE FORLIVENSE

Contributo alla valorizzazione e alla riorganizzazione della Rete Oncologica e AUSL della Romagna

Le sfide della medicina moderna

Negli ultimi 15 anni la medicina ha conosciuto un progresso tanto tumultuoso che si ritiene che oggi le conoscenze medico-scientifiche si rinnovino quasi totalmente ogni 5-6 anni; il cambiamento in atto comporta inevitabilmente la necessità di integrazione fra discipline prettamente mediche ed aree disciplinari di estrazione diversa che hanno comunque a che fare con problematiche riguardanti la salute umana. Questo trend è testimoniato ed avvalorato dalle più importanti istituzioni internazionali di assistenza e ricerca, dove si realizza una concentrazione di “professionisti” clinici e della ricerca nella piena consapevolezza che l'assistenza raggiunge livelli di qualità elevati quando è supportata da un continuo interscambio con gli ambiti della ricerca biomolecolare, traslazionale e clinica.

Le sfide della medicina moderna attengono a:

- invecchiamento della popolazione
- medicina della complessità
- sfida delle patologie cronico-degenerative

Invecchiamento della popolazione: la maggiore durata della vita e la parallela diminuzione del numero dei figli hanno portato a un progressivo invecchiamento della popolazione che riguarda tutte le aree geografiche e tutte le nazioni, pur con tempi diversificati. Una longevità sempre in aumento è uno dei grandi successi dell'umanità. Le conseguenze sociali ed economiche di questo fenomeno sono profonde, ma vanno pensati nuovi approcci nell'organizzazione delle società, del mondo del lavoro e dei rapporti sociali e intergenerazionali.

Medicina della complessità: non è facile cogliere tutta la complessità della medicina moderna - nonché dei suoi obiettivi e delle sue pratiche, del personale che la esercita e delle sue istituzioni – in particolare quando il termine di riferimento è la scena internazionale (rappresentata in scala anche nei nostri territori a causa dei flussi migratori tutt'ora in corso), in cui la stessa percezione di malattia risulta significativamente determinata dalla specificità culturale che a sua volta influenza la messa in atto di comportamenti di salute, la relazione clinica, fino agli *outcome*.

Sfida delle patologie croniche: il numero di persone con patologie croniche sta aumentando drammaticamente. In parte ciò va attribuito al rischio derivante da una globalizzazione di stili di vita non salutari, ai fattori ambientali, a una rapida urbanizzazione non pianificata, ma principalmente all'aumento dell'aspettativa di vita, con conseguente invecchiamento della popolazione.

Le persone con patologie croniche vivono più a lungo grazie all'efficacia delle nuove terapie. Le patologie croniche costituiscono la principale causa di disabilità e di utilizzo dei servizi. L'evidenza attuale dimostra però in modo inequivocabile che tali malattie sono in gran parte prevenibili, possono essere efficacemente trattate e controllate.

Di fronte a queste sfide che già oggi minano la tenuta del nostro sistema sanitario, la salvaguardia dei principi di universalità, solidarietà ed equità su cui esso si fonda e il diritto stesso alla salute sancito dalla Costituzione, è d'obbligo chiedersi cosa siamo disposti a fare. E la risposta che ci sapremo dare, a partire dai livelli territoriali, regionale e locale, sarà determinante per stabilire quale strada intraprendere tra quelle che ci si parano davanti. Nel territorio romagnolo in cui, con la L.R. N° 22/2013, ha avuto inizio una prima grande azione di riorganizzazione della rete ospedaliera, siamo chiamati a decidere se fare dell'Azienda di Romagna un laboratorio di sperimentazione gestionale e tecnologica oppure no.

La riorganizzazione deve essere l'occasione per ridisegnare oggi gli scenari futuri della sanità pubblica del territorio, in un'ottica non competitiva ma di valorizzazione delle vocazioni esistenti e di risposta ai nuovi bisogni. L'operazione che non può essere un mero esercizio di stile, deve portare alla riorganizzazione della geografia dei servizi all'interno dell'area romagnola esplicitandone in modo chiaro le finalità.

In questo progetto non possono mancare la riorganizzazione dell'assistenza primaria da un lato e quella ospedaliera dall'altro.

Assistenza primaria: integrazione territorio-ospedale

E' chiaro, per quanto anticipato in premessa, che il futuro della sanità pubblica passa anche dalla capacità che avremo di valorizzare l'assistenza primaria e di perseguire la continuità assistenziale e una rete a forte integrazione socio-sanitaria. Rafforzare il sistema di continuità di cure significa garantire, accanto al tradizionale concetto di cura, quello della presa in carico del paziente ai diversi livelli della rete assistenziale tra territorio e ospedale, diminuendo i ricoveri inutili ed inappropriati. Partendo quindi da un'analisi puntuale dei bisogni e della loro gestione, occorre promuovere la creazione di una rete funzionale di strutture come ad esempio i nuclei di cure primarie, le case della salute, di servizi di continuità assistenziale con il coinvolgimento del personale: operatori ospedalieri, medici di medicina generale e pediatri, operatori dei servizi territoriali e specialisti.

Riordino della rete ospedaliera: le reti cliniche e i volumi di attività

A partire dal DM 70 del 5 giugno 2015 "Riordino della rete ospedaliera" che fissa il tema delle reti cliniche e della riorganizzazione della rete ospedaliera, occorre fissare i principi guida per il riordino dell' AUSL di Romagna in cui si inserisce l'IRCCS oncologico a partecipazione e maggioranza pubblica (Regione e AUSL stessa). Tale riorganizzazione deve risultare necessariamente ed inevitabilmente correlata ai volumi di attività specialistica erogata nei singoli territori, in base alla storia e alle competenze maturate. La necessità di organizzare i servizi della rete ospedaliera territoriale parte dalla considerazione che essi si suddividono in:

- Servizi di pertinenza regionale a rilevanza sovra territoriale
- Servizi di pertinenza territoriale, soggetti a indirizzo ed approvazione da parte delle Conferenze Territoriali Socio Sanitarie (CTSS)

La stessa Regione Emilia-Romagna nelle "Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete ospedaliera" del dicembre 2015 integra gli obiettivi correlati all'applicazione del DM 70/2015 con il rafforzamento della presa in carico territoriale delle patologie croniche e la continuità della presa in carico assistenziale sanitaria e socio-sanitaria, affermando inoltre che "l'attenzione allo sviluppo di modelli consolidati territoriali in modo sincrono ed armonico rispetto alla riorganizzazione ospedaliera va evidentemente mantenuta".

Quali devono essere i principi ispiratori dell' attività di riordino?

1. mantenere risposte di cura in prossimità dei cittadini per le attività di base;
2. concentrare ciò che è possibile per ambiti dove storicamente insistono grandi competenze, per aree in cui sono stati fatti investimenti tecnologici ed iniziative importanti, e che ragionevolmente non possono essere smembrati e disseminati (es. Laboratorio Centro Servizi di Pievesestina, Centrale Operativa 118 Romagna, Trauma Center);
3. concentrare ciò che si deve per alta complessità e bassa diffusione epidemiologica al fine di garantire *clinical competence*;
4. sviluppare le vocazioni distintive dei Presidi Ospedalieri.

A titolo esclusivamente esemplificativo, volendo riassumere il tema delle vocazioni territoriali, peraltro già più volte affermate:

- l'Ospedale di Cesena si caratterizza per l'area di Emergenza - Urgenza *Trauma Center* e l'area delle Neuroscienze;
- l'area territoriale forlivese è caratterizzata dall'*expertise* della gestione della patologia oncologica sia in ambito clinico che chirurgico, in stretta sinergia con le conoscenze e l'innovazione resi disponibili dall'IRST IRCCS per l'assistenza e la cura dei pazienti nel territorio, come documentato dalla storica presenza solo in questa area territoriale delle UUOO di Chirurgia Toracica, di Terapia Chirurgica Oncologica Avanzata e di Chirurgia Senologica; si potrà inoltre caratterizzare completando le conoscenze relative alla chirurgia robotizzata, già da tempo pratica utilizzata presso questa sede;
- l'Ospedale di Rimini si caratterizza in particolare per le patologie pediatriche, anche di natura oncologica;
- l'Ospedale di Ravenna, già sede della Centrale Operativa 118 Romagna, tenuto conto della presenza della Casa di Cura Villa Maria Cecilia, potrebbe indirizzarsi verso l'ambito cardiovascolare.

Gestione della patologia oncologica: il percorso del paziente e la rete oncologica

Non è più tempo di decisioni dei singoli specialisti: il chirurgo oncologo, come l'oncologo medico e il radioterapista oncologo devono avere la stessa dignità nell'ambito del processo decisionale per garantire i migliori risultati del trattamento multidisciplinare.

Il percorso del paziente oncologico deve prevedere una stretta interconnessione e collaborazione tra IRST IRCCS, che si occupa della terapia clinica e radiante dei tumori, e AUSL per quanto riguarda la prevenzione, la chirurgia e le cure palliative. Tale collaborazione consente di sviluppare gli standard dei trattamenti chirurgici attesi per le patologie di particolare rilevanza (indicazioni, tecnica chirurgica, tempi di intervento, *follow up*) e coordinamento nelle varie fasi di diagnosi e trattamento.

Quale modello per la rete oncologica?

Il modello di rete a cui tendere deve dare completezza e omogeneità al percorso del paziente oncologico all'interno dell'ambito romagnolo. A questo scopo risulta idoneo il modello di rete denominato *Comprehensive Cancer Care Network* (CCCN), proposto dalle Direzioni dell'AUSL e dell'IRST e valutato dalla CTSS con esito positivo, che risulta composto da discipline mediche non invasive (oncologia, radioterapia, medicina nucleare, ematologia, diagnosi precoce, medicina palliativa) e altre discipline (medicina primaria, chirurgia, anatomia patologica, radiologia) per cui è necessario definire le modalità di integrazione.

In sostanza il modello individua una "Casa Comune denominata AUSL-IRST IRCCS" all'interno della quale sia affidata all'IRST progressivamente la gestione diretta di alcuni servizi (oncologia, ematologia, radioterapia, medicina nucleare, laboratorio di farmacia oncologica) e l'indirizzo, condiviso in fase di programmazione e committenza con l'AUSL, sulla gestione di altri che devono intervenire nel percorso del paziente oncologico (medicina primaria, chirurgia, anatomia patologica, radiologia) ma che non esauriscono completamente le loro attività in questo campo di azione.

Questa soluzione consente di superare il concetto di "monade competitiva" tipica degli IRCCS, riunificando le funzioni di indirizzo, monitoraggio e valutazione dell'assistenza con quelle di ricerca e formazione e mantenendo la responsabilità complessiva dell'assistenza in capo all'Azienda della Romagna, indirizzata dalla Regione Emilia-Romagna e dalla CTSS. In tal modo verrebbe assicurata l'omogeneità dell'assistenza oncologica ad ogni cittadino della Romagna, responsabilizzando sulla sostenibilità economica non basata sulla possibile selezione di prestazioni più o meno remunerative, ma sull'ottimizzazione del risultato.

Gli organi di governo dovrebbero essere conseguenti con un unico Board strategico/professionale unico all'interno della rete.

Secondo il modello esemplificato di CCCN, la rete oncologica entra necessariamente in connessione con l'attività chirurgica, ed interpreta le "Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete ospedaliera" deliberate nel dicembre 2015 dalla Regione Emilia Romagna, in cui si definisce che "L'ambito (*oncologia*) non si limita alla sola oncologia ma al complessivo sistema di cura oncoematologico, compresi gli aspetti diagnostici specifici e quelli terapeutici, anche chirurgici. Va sottolineato che, nelle more della definizione della rete oncologica e dei centri per il trattamento della casistica chirurgica oncologica, ogni centro che tratti casistica chirurgica oncologica è vincolato a garantire che l'indicazione chirurgica venga posta a seguito di una valutazione multidisciplinare, sul modello del *breast multidisciplinary team*. Un ulteriore elemento di prioritaria valutazione dovrà essere rappresentato dalle anatomie patologiche, per gli aspetti relativi all'assetto di rete e a quello delle competenze, avendo cura di valorizzare le sinergie tra fasi comuni del processo di produzione, in un'ottica di concentrazione delle sedi, delle tecnologie e delle funzioni avanzate, nonché delle competenze ad elevata specificità. Sarà necessario assicurare altresì la disponibilità di professionisti presso gli stabilimenti ospedalieri dove si eseguano interventi che abbiano necessità di diagnostica estemporanea."

La chirurgia rappresenta il caposaldo dell'approccio multidisciplinare ai tumori solidi e, come ampiamente dimostrato dalla letteratura internazionale, è spesso determinante per il successo globale del trattamento. Durante il percorso chirurgico il malato oncologico affronta diverse fasi che sono tutte ugualmente importanti nell'ottenere buoni risultati precoci e a distanza. La gestione del malato oncologico complesso non può però prescindere da una discussione in ambito multidisciplinare e multiprofessionale: è cruciale che tutti i nuovi pazienti vengano discussi nell'ambito di un Team multidisciplinare oncologico o Gruppo interdisciplinare costituito da Chirurghi, Oncologi, Radioterapisti, Radiologi, Patologi, rappresentanti delle professioni

sanitarie che al termine della discussione possa disegnare la più valida strategia di cura e dare la corretta indicazione all'intervento chirurgico. Una buona chirurgia oncologica non può che inserirsi in un percorso diagnostico - terapeutico assistenziale che accompagni il paziente dal momento della diagnosi al *follow up*, definendo modalità, priorità e sequenze dei vari interventi terapeutici. Cardine del *planning* chirurgico è l'utilizzo di un *imaging* avanzato, cioè di tecnologie di diagnostica per immagini e molecolare capaci di descrivere al meglio le caratteristiche della neoplasia che affligge il paziente.

In considerazione all'ampia struttura dell'offerta garantita oggi sul territorio nell'ambito delle diverse UO di chirurgia già presenti, si rileva l'esigenza di programmare attività, flussi e percorsi che salvaguardino l'appropriatezza clinica e promuovano livelli di *surgical competence*, in conformità con le più aggiornate conoscenze scientifiche coerenti con scelte strategiche delle direzioni generali e il disegno di AVR.

Sono stati esaminati indicatori di *outcome* più frequenti, tra cui: - mortalità durante il ricovero (intraospedaliero); - mortalità entro 30 giorni dall'intervento; - sopravvivenza globale. L'analisi dei risultati di tutti gli studi rilevati ha mostrato una chiara e consistente correlazione tra volumi di attività e *outcome* clinici. Il raggiungimento di tali obiettivi tra l'altro consente di offrire una sostanziale omogeneità ed equità di trattamento a tutti i cittadini di Area Vasta.

Per i pazienti con patologia ortopedica oncologica si ribadiscono le indicazioni previste nell'accordo territoriale siglato nel 2010, tra le UUOO di Ortopedia delle ex quattro ASL e l'Istituto Ortopedico Rizzoli, che prevedono:

- la presa in carico di trattamenti ad alta complessità è mantenuta presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli;
- la presa in carico di trattamenti a bassa complessità è mantenuta presso le Unità di Ortopedia degli ospedali territoriali dell'AUSL;
- la presa in carico dei trattamenti a media complessità (dunque dei trattamenti di chirurgia ortopedica oncologica) è mantenuta e sviluppata presso l'UO Ortopedia dell'Ospedale Morgagni Pierantoni di Forlì, in virtù del contratto di consulenza attualmente in essere con il professionista dell'Istituto Rizzoli, all'interno delle relazioni consolidate con i professionisti multidisciplinari del Centro di Osteoncologia e Tumori Rari dell'IRST IRCCS. Tale attività potrebbe avere le connotazioni di uno sviluppo specialistico autonomo.

Certe "funzioni/unità di supporto", infine, come i servizi di Anatomia Patologica (o parallelamente le Unità di allestimento del farmaco oncologico - Laboratorio di Farmacia Oncologica), che operano nel rispetto di importanti criteri di sicurezza, tempestività di risposta, distribuzione o invio referto, che svolgono un importante ruolo nel percorso di cura, pur non essendo a contatto diretto con il cittadino, partecipano al tavolo dell'equipe dedicata (multi professionale) interfacciandosi con altre Unità Operative principalmente dedicate presa in carico del paziente, alla cura e all'assistenza.

In una dimensione come quella dell'AUSL della Romagna potrebbe essere di grande beneficio per la qualità dell'assistenza la creazione di uniche strutture dedicate e la specializzazione dei professionisti.

Centro Nazionale di ricerca sul Dolore

All'interno della rete oncologica della Romagna occorre promuovere l'ipotesi di sviluppare e collocare il progetto di realizzazione del Centro Nazionale di Ricerca sul Dolore, in collaborazione con il Ministero della Salute: esso coinvolgerebbe ambiti oncologici e palliativi, e ambiti chirurgici con l'utilizzo di stimolatori midollari. In questo modo sarebbe possibile racchiudere in una unica collocazione sia la componente chirurgica che la componente scientifica, beneficiando della prossimità e delle opportunità in termini di expertise e ricerca sul dolore oncologico già condotti all'interno di IRST, struttura accreditata ESMO quale "Centro designato per le cure integrate in oncologia e cure palliative" fin dal 2009.

Rapporto con l'Università

La Rete, con le caratteristiche sopra descritte, in coerenza con i protocolli che la RER sta definendo con le Università dell'Emilia-Romagna, potrebbe diventare la piattaforma per le attività di ricerca e di formazione in prima istanza dell'Università di Bologna, come è accaduto con la Chirurgia oncologica dell'Ospedale Pierantoni-Morgagni. In altre parole la rete può rappresentare l'infrastruttura tra Università e territorio per la formazione e la ricerca nelle discipline per cui le è stata riconosciuta la vocazione di cura e ricerca e divenire anche la sede formativa privilegiata per le Scuole di specialità collegate al network oncologico: oncologia, ematologia, radioterapia, medicina nucleare ma anche chirurgia, ginecologia, otorinolaringoiatria.