



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**L'AREA VASTA 5, IL PAZIENTE ONCOLOGICO E IL VUOTO
ASSISTENZIALE IN AMBITO TERRITORIALE:
PROGETTO PER LA REALIZZAZIONE DI UN SERVIZIO
MULTIDISCIPLINARE E INTEGRATO PER LA GESTIONE
OLISTICA DEL PAZIENTE.**

Relatore: Chiar.mo

Prof. Dott. ALESSANDRO SCALISE

Tesi di Laurea di:

IPPOLITI MARIA CHIARA

Correlatore: Chiar.ma

Dott.ssa LEONARDA ANGELA SPANO

A.A. 2019/2020

*La maggior parte delle persone non vuole veramente la libertà,
perché con la libertà si assume la responsabilità e
la maggior parte delle persone ne ha paura.*

Sigmund Freud

INTRODUZIONE	1
1-PIANO ONCOLOGICO NAZIONALE	4
1.1-IL CANCRO IN ITALIA	4
1.2-REGISTRI TUMORI NAZIONALI.....	6
1.2.1-REGISTRI TUMORI MARCHE E AREA VASTA 5.....	7
1.3-INDAGINE SUI COSTI DEL CANCRO.....	8
1.4-PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2020-2025.....	9
1.5-LA PREVENZIONE COME CARDINE NELLA LOTTA AI TUMORI.....	10
1.5.1-PREVENZIONE PRIMARIA.....	11
1.5.2-PREVENZIONE SECONDARIA.....	12
1.5.3-PREVENZIONE TERZIARIA.....	16
1.5.4-LA PREVENZIONE NEL CONTENIMENTO DEI COSTI.....	17
2-IL PERCORSO DEL MALATO ONCOLOGICO NEL SSN.....	20
3-LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE SUL TERRITORIO NAZIONALE.....	22
4-RETI ONCOLOGICHE.....	24
5-NORMATIVE DEL PIANO SANITARIO REGIONALE 2020-2022.....	27
6-ANALISI EPIDEMIOLOGICA NELLA MARCHE E IN AREA VASTA 5.....	30
6.1-IL TERRITORIO.....	30
6.2-STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE.....	31
6.3-POPOLAZIONE STRANIERA.....	32
6.4-CONTESTO SOCIO-ECONOMICO.....	32
6.5-OCCUPAZIONE, FORZA LAVORO.....	33
6.6-STILI DI VITA.....	34
6.6.1-TABAGISMO.....	34
6.6.2-ABUSO DI ALCOL.....	35
6.6.3-PESO E ALIMENTAZIONE.....	36

6.6.4-ATTIVITA' FISICA.....	37
6.6.5-MORTALITA' PER TUMORI.....	39
7-STATO DELL'ARTE.....	40
8-VALUTAZIONE DEL BISOGNO DELLA POPLAZIONE TRAMITE LA SOMMINISTRAZIONE DI UN QUESTIONARIO, ANALISI DEI DATI.....	42
9-PROGETTO PER LA COSTRUZIONE DI UNA RETE OSPEDALE- TERRITORIO.....	46
9.1-L'INFERMIERE DI FAMIGLIA.....	49
9.2-SCHEDE DEL PROGETTO.....	52
10-CONCLUSIONI.....	55
ALLEGATI: IL QUESTIONARIO ESPLORATIVO.....	
BIBLIOGRAFIA.....	
RINGRAZIAMENTI.....	

INTRODUZIONE

L'esperienza di tirocinio clinico nell'unità operativa di oncologia, insieme ad eventi personali, ha fatto sì che crescesse in me un'interesse particolare nei confronti di questa branca della medicina. Interesse che non si è fermato al mese trascorso in reparto dove ho potuto vedere sul campo com'è erogare assistenza ad un malato di cancro, la gestione della terapia, dell'accesso venoso e degli eventi avversi ma è andato oltre, fino a voler scoprire quelle che sono le difficoltà e i bisogni dei pazienti quando si trovano al proprio domicilio e cercare una soluzione per far fronte alle loro necessità. Lo scenario dell'oncologia è in rapida evoluzione: i tumori sono una malattia soprattutto a carico dell'età avanzata e il numero di nuovi casi cresce in relazione al progressivo invecchiamento della popolazione. Nel 2019 i dati riportati dal volume "i numeri del cancro"¹ relativi all'incidenza di tumori in Italia parlano di 371.000 nuovi casi diagnosticati. La mortalità per tumore relativa all'anno 2016 è stata di 179.000 decessi. Il tumore della mammella è la neoplasia più frequentemente diagnosticata nella popolazione italiana, seguito dal tumore del colon-retto, del polmone e della prostata. Il tumore del polmone rappresenta ancora la causa più frequente di morte per neoplasia in Italia, seguito dal tumore del colon-retto, della mammella, del pancreas e del fegato. I dati relativi ai trend temporali indicano che l'incidenza dei tumori è in riduzione in entrambi i generi: calano i tumori dello stomaco, del fegato, del colon-retto (grazie alle campagne di screening e prevenzione messe in atto dal SSN, che pertanto devono essere mantenute ed implementate). Purtroppo in questo periodo di pandemia sono stati bloccati i programmi di prevenzione secondaria, per cui si prevede in futuro un maggior numero di diagnosi tardive, con un conseguente peggioramento della prognosi ed un aumento delle spese per le cure. Contestualmente gli uomini mostrano un trend in diminuzione per le neoplasie del polmone e della prostata e anche nelle donne si assiste ad un calo dei tumori del colon-retto. In entrambi i generi continua il trend in crescita dei tumori del pancreas, del melanoma e dei tumori della tiroide. Nelle donne si assiste ad un aumento di incidenza del tumore della mammella, soprattutto nelle fasce d'età fuori screening e nelle aree del centro-nord per l'estensione dei programmi di screening.

¹ I numeri del cancro 2019

I trend temporali indicano che nel periodo 2003-2014 anche la mortalità continua a diminuire in maniera significativa in entrambi i sessi come risultato di più fattori, quali la prevenzione primaria ed in particolare la lotta al tabagismo, i miglioramenti diagnostici che negli ultimi anni si sono registrati, nella chirurgia (sempre più conservativa) e nella radioterapia (più precisa e meno gravata da effetti collaterali o conseguenze dannose a breve e medio termine) e soprattutto l'applicazione sempre più su larga scala di una gestione multidisciplinare dei pazienti oncologici e la diffusione degli screening su base nazionale, possiamo vedere però dagli studi effettuati dall'associazione AIOM (l'associazione italiana di Oncologia Medica)² che non raggiungiamo livelli adeguati nell'adesione agli screening: rispetto a una media europea del 60%, nel nostro Paese, solo il 55% delle donne esegue la mammografia per individuare in fase iniziale il carcinoma della mammella, la neoplasia più frequente in tutta la popolazione (53.500 nuovi casi stimati in Italia nel 2019). Soltanto il 45,7% dei cittadini (49,5% Europa) effettua il test per la ricerca del sangue occulto fecale per la diagnosi precoce del cancro del colon-retto, il secondo per incidenza (49.000 nel 2019) e solo il 41% delle donne (dato simile a quello europeo, 40,8%) si sottopone al Pap-test, indicato per scoprire in fase iniziale il tumore della cervice uterina (2.700 nel 2019). La prevenzione, risulta fondamentale per la riduzione della mortalità, e per la diagnosi precoce che, riducendo il numero di tumori diagnosticati in fase avanzata ridurrebbe anche le spese per la loro cura. E' dimostrato che gli interventi per la prevenzione e il controllo delle patologie oncologiche danno un buon ritorno economico a fronte dell'investimento fatto, permettendo a tali pazienti di guadagnare un anno di vita sana a un costo che si attesta al di sotto del prodotto interno lordo (PIL) pro capite, e sono economicamente accessibili a tutti i paesi.

Il costo totale³ dell'attuazione di una combinazione di interventi caratterizzata da un ottimo rapporto costi-benefici a livello di individui e di popolazione, in termini di spesa sanitaria corrente, ammonta al 4% per i paesi a basso reddito, al 2,5% per i paesi a medio reddito e a meno dell'1% per i paesi a reddito medio-alto e alto. Ma

² "IN ITALIA LA SOPRAVVIVENZA PIÙ ALTA D'EUROPA MA MENO RISORSE. SCREENING, AL VIA LA PIÙ GRANDE CAMPAGNA MAI REALIZZATA NEL NOSTRO PAESE" 20 maggio 2020, AIOM

³ PIANO D'AZIONE GLOBALE DELL'OMS PER LA PREVENZIONE E IL CONTROLLO DELLE MALATTIE NON TRASMISSIBILI 2013-2020-MINISTERO DELLA SALUTE

oltre ad una sensibilizzazione della popolazione in ermini di prevenzione, siamo in attesa di una completa implementazione delle Reti oncologiche Regionali. Quando parliamo di rete oncologica intendiamo il ponte per la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, un modello organizzativo, che preveda l'approccio multidisciplinare con l'integrazione delle differenti specialità in un "team tumore specifico" per la gestione clinica dei pazienti, attraverso la condivisione dei percorsi di cura, la garanzia dell'equità di accesso suddette, unitamente alla precoce presa in carico. Grazie a queste strutture è possibile garantire una reale ed effettiva collaborazione tra specialisti ospedalieri, medici territoriali e infermieri specializzati. Le reti nel nostro paese sono ancora poco sviluppate e nelle Marche è stato elaborato un piano per la rete oncologica ma non è stata mai attivata,

In questa prospettiva sarà essenziale:

- lo sviluppo di una migliore assistenza territoriale;
- La progettazione e il corretto funzionamento delle Reti Oncologiche ed Ematologiche Regionali (soprattutto dove ancora non sono presenti);
- l'ottimizzazione dei sistemi di prevenzione (Quali piani organizzativi sono presenti sulla prevenzione? Quali sono i suoi costi?).

Da qui nasce l'argomento della mia tesi che ha lo scopo di identificare, a seguito di un'analisi epidemiologica della popolazione residente nell'area vasta 5 (provincia di Ascoli Piceno), quali sono i servizi che il territorio mette a disposizione per le persone che hanno una patologia oncologica. Valutato lo stato dell'arte, tramite la somministrazione di un questionario composto da varie domande potremo capire se questi servizi sono sufficienti per la popolazione oppure se il territorio presenta delle mancanze. Andremo poi a creare un servizio basato sul bisogno e sulle richieste del cittadino, progettando una rete oncologica, che come già detto nella regione Marche ad oggi è inesistente. La rete avrà una logica di interazione ospedale-territorio per la gestione olistica del paziente. Essa sarà costituita da un team multiprofessionale, composto da medici, infermieri, psicologi, nutrizionisti, fisioterapisti, che saranno orientati nell'offrire una puntuale presa in carico del paziente oncologico.

1-PIANO ONCOLOGICO NAZIONALE

Visto che l'oncologia è considerata una delle priorità del ministero della salute considerata non solo l'incidenza (oltre 250.000 nuovi casi/anno)⁴ ma anche la prevalenza (oltre 371.000 nuovi casi di tumori maligni nel 2019) dei tumori in Italia. Appare evidente quindi la necessità di una adeguata programmazione dello sviluppo tecnologico e della allocazione delle risorse disponibili. In tal senso il ministero ha sviluppato un piano triennale oncologico; tale piano cerca di affrontare tutti i problemi connessi all'oncologia, dalla prevenzione alla cure palliative.

Gli obiettivi consistono da una parte nella possibilità di offrire standard diagnostici e terapeutici sempre più elevati a tutti i cittadini italiani, riducendo il "gap" esistente fra le diverse aree del Paese e dall'altra nel contenimento della spesa sanitaria grazie ad una sempre maggiore razionalizzazione delle risorse. Per tali motivi ampio risvolto è stato dato sia alla prevenzione (primaria, secondaria e terziaria) che alla continuità di cura in fase diagnostica e terapeutica così come all'assistenza domiciliare e alle cure palliative.

1.1-IL CANCRO IN ITALIA

Si stima che nel 2019 in Italia verranno diagnosticati circa 371.000 nuovi casi di tumore maligno di cui 196.000 negli uomini e 175.000 nelle donne. Complessivamente in Italia ogni giorno circa 1.000 persone ricevono una nuova diagnosi di tumore maligno infiltrante. Vengono riportate le stime nazionali prodotte partendo dai dati osservati nei Registri Tumori Italiani sulla base dei livelli di incidenza regionali e i trend area geografica specifici. Escludendo i tumori della cute (non melanomi), negli uomini prevale il tumore della prostata che rappresenta il 19% di tutti i tumori diagnosticati; seguono il tumore del polmone (15%), il tumore del colon-retto (14%), della vescica (12%) e dello stomaco (4%). Tra le donne il tumore della mammella rappresenta il 30% delle neoplasie femminili, seguito dai tumori del colon-retto (12%), del polmone (12%), della tiroide (5%) e del corpo dell'utero (5%). L'incidenza è influenzata, oltre che dal genere, anche dall'età: nei maschi giovani, il tumore più frequente è rappresentato dal cancro del testicolo, raro negli anziani; a seguire melanomi, tumore della tiroide, LNH, tumore del colon-retto. Nella classe 50-69 anni e negli ultrasessantenni il tumore più frequente è quello della prostata,

⁴ Ministero della salute, piano oncologico nazionale 2010-2012.

seguono polmone, colon-retto e vescica. Nella classe 50-69 al 5° posto compaiono i tumori delle vie aerodigestive superiori mentre il tumore dello stomaco è appannaggio delle persone molto anziane. Nelle femmine, invece, il cancro della mammella rappresenta la neoplasia più frequente in tutte le classi di età, sebbene con percentuali diverse (40% nelle giovani vs 22% nelle anziane). Nelle donne giovani, a seguire compaiono tumori della tiroide, melanomi, colon-retto e cervice uterina. Nella classe intermedia seguono i tumori di colon-retto, polmone e corpo dell'utero, tiroide, mentre nelle anziane seguono i tumori di colon-retto, polmone, pancreas e stomaco.

Rango	Maschi	Femmine	Popolazione
1°	Prostata(19%)	Mammella(30%)	Mammella(14%)
2°	Polmone(15%)	Colon-Retto(12%)	Colon-Retto(13%)
3°	Colon-Retto(14%)	Polmone(12%)	Polmone(11%)
4°	Vescica(12%)	Tiroide(5%)	Prostata(10%)
5°	Stomaco(4%)	Utero corpo(5%)	Vescica(8%)

I dati dell'Istituto nazionale di statistica indicano per il 2016 (ultimo anno al momento disponibile) poco più di 179.000 decessi attribuibili a tumore (maligni e benigni), tra i circa 600.000 decessi verificatisi in quell'anno. I tumori sono la seconda causa di morte (29% di tutti i decessi), dopo le malattie cardio-circolatorie (37%). Nel sesso maschile, tumori e malattie cardio-circolatorie causano approssimativamente lo stesso numero di decessi (34%) mentre nel sesso femminile il peso delle malattie cardio-circolatorie è più rilevante rispetto ai tumori (40% vs 25%). Sono riportati i numeri di decessi registrati dall'ISTAT nel 2016 in Italia. La frequenza dei decessi causati dai tumori nelle aree italiane coperte dai Registri Tumori è, in media, ogni anno, di circa 3,5 decessi ogni 1.000 uomini e di circa 2,5 decessi ogni 1.000 donne. In totale quindi, circa 3 decessi ogni 1.000 persone. Si può affermare che, mediamente, ogni giorno oltre 485 persone muoiono in Italia a causa di un tumore. I dati riguardanti le aree coperte dai Registri Tumori indicano come prima causa di morte oncologica nella popolazione il tumore del polmone (12%), la prima causa di morte fra gli uomini è il tumore del polmone (27%), mentre fra le donne è il tumore della mammella (17%), seguiti dai tumori del colon-retto (11% tra

gli uomini e 12% tra le donne) e dal tumore della prostata tra gli uomini (8%) e dal tumore del polmone tra le donne (11%). Il carcinoma del polmone risulta la prima causa di morte oncologica in tutte le fasce di età negli uomini, rappresentando il 15% dei decessi tra i giovani (0-49 anni), il 31% tra gli adulti (50-69 anni) e il 27% tra gli ultrasessantenni. Il tumore della mammella è la prima causa di morte oncologica per le donne in tutte le fasce di età rappresentando il 28% dei decessi tra le giovani (0-49 anni), il 20% tra le adulte (50-69 anni) e il 14% tra le donne in età superiore a 70 anni. Anche per la mortalità, è possibile calcolare il rischio teorico di morire a causa di un tumore nel corso della vita (dalla nascita agli 84 anni). La probabilità di morire per il complesso dei tumori è, per gli uomini, di 1 ogni 3 e per le donne 1 ogni 6. Poiché il rischio di morte è influenzato dalla prognosi del tumore, le differenze fra i sessi sono spiegabili dalle differenze nella frequenza dei tumori con prognosi differente.⁵

1.2-REGISTRI TUMORI NAZIONALI

I Registri Tumori (RT) sono strutture deputate alla raccolta e registrazione di tutti i tumori incidenti in un determinato territorio. Il ruolo primario di un Registro Tumori è quello di costituire e gestire nel tempo un archivio di tutti i nuovi casi di tumore diagnosticati ed assicurare che la registrazione dei dati avvenga in modo rigoroso e con carattere continuativo e sistematico. In Italia più di 41 milioni di cittadini, pari al 70% della popolazione vivono in aree coperte dall'attività dei Registri Tumori accreditati dall'AIRTUM.⁶ In molte aree è stata avviata un'attività di registrazione ma i Registri non sono ancora stati accreditati. In due aree non è ancora stata avviata un'attività di registrazione.

Secondo l'AIRTUM, la situazione italiana della registrazione dei tumori, mostra la seguente distribuzione nazionale:

NORD 48%

CENTRO 26%

SUD E ISOLE 16%⁷

⁵ AIRTUM Working Group. I tumori in Italia Rapporto 2019.

⁶ A.I.R.TUM. ONLUS – Associazione Italiana Registri Tumori.

⁷ Ministero della salute, piano oncologico nazionale 2010-2012 .

1.2.1 REGISTRI TUMORI NELLE MARCHE E IN AREA VASTA5

La Regione Marche ha ricevuto dall'AIRTUM (Associazione Italiana Registro Tumori) la notizia di aver accreditato il Registro Tumori Regione Marche (RTM), riconoscendolo come Registro Tumori rientrante nei parametri di qualità (di processo e di esito) necessari per ricevere l'accreditamento AIRTUM.

I dati epidemiologici: l'analisi nell'ultimo anno codificato dall'equipe del Registro Tumori Regione Marche (ANNO 2014), rileva un'incidenza di n. 9709 nuovi casi di Tumore Maligno (eccetto cute) n.5303 maschi e n.4406 femmine, un'età media di incidenza di 69,6 anni (mediana 72 anni) nel sesso maschile (prima insorgenza tumorale) e 66,83 anni (mediana 69 anni) nel sesso femminile. Complessivamente nel territorio regionale sono stati osservati 555,75 nuovi casi di tumore ogni 100.000 residenti (TSI – 100.00). Le principali Neoplasie distribuite per genere risultano essere: nel sesso maschile l'incidenza maggiore si rileva nel Tumore della Prostata n.1209 nuovi casi all'anno (un'età media di 70,51 anni e un tasso standardizzato di n.155,62 nuovi casi ogni 100.000 residenti), il Tumore del Colon Retto n.811 nuovi casi/anno (un Tasso Standardizzato di 102,61 su 100.000 residenti) e il Tumore del Polmone n.644 nuovi casi/anno (un Tasso Standardizzato di 81,51 su 100.000 residenti). Nel sesso Femminile l'incidenza maggiore si rileva nel Tumore della Mammella con n. 1321 nuovi casi/anno (un'età media di 63,43 anni e un Tasso Standardizzato di n. 144,82 ogni 100.000 residenti) e il Tumore del Colon Retto con un'incidenza di n.654 nuovi casi/anno (un Tasso Standardizzato di 64,18 su 100.000 residenti).⁸

Nella provincia di Ascoli Piceno in particolare sono stati registrati 31.381 nuovi casi di tumore maligno (eccetto cute) (17.327 maschi e 14.054 femmine).

Una età media di incidenza di 69,5 anni per gli uomini (prima insorgenza tumorale) e 67,2 anni per le donne.

Nel territorio regionale sono stati osservati 604 nuovi casi di tumore ogni 100.000 abitanti all'anno.

La mortalità ha registrato 13.309 decessi, ovvero 239 decessi ogni 100.000 abitanti all'anno con una media di 4.436 casi/anno.

⁸ Responsabile Registro Tumori Regione Marche (RTM) Dott. Marco Pompili, Accredito Registro Tumori Regione Marche (AIRTUM).

1.3-INDAGINE SUI COSTI DEL CANCRO

Secondo il rapporto, ogni anno in Italia il numero di malati oncologici cresce di oltre 90.000 persone (+3%), sia per la maggiore incidenza collegata all'invecchiamento della popolazione, ai fattori ambientali e agli stili di vita, sia per i progressi nelle terapie che migliorano la sopravvivenza e cronicizzano la malattia.

La buona notizia è che i nuovi farmaci e la possibilità di diagnosi sempre più precoci hanno reso la guarigione un traguardo sempre più raggiungibile. Secondo i dati pubblicati nel 2014 dall'Associazione Italiana Registri Tumori, circa 2,4 milioni di italiani, pari al 4,4% della popolazione, vivono con una diagnosi pregressa di tumore. Di questi, il 60% (vale a dire il 2,7% del totale della popolazione) sono lungo sopravvissuti, e cioè pazienti che hanno avuto la diagnosi da più di cinque anni. Ma il dato più rappresentativo degli effetti del progresso è che il 27% delle persone che vivono dopo una diagnosi di tumore ha raggiunto un'aspettativa di vita simile a quella di chi non ha mai convissuto con una simile patologia.

I costi, però, sono alti. Ad oggi sono disponibili 132 farmaci antitumorali e negli ultimi 15 anni ne sono stati immessi sul mercato 63. Ma solo una sostanza su 10.000 supera le prove necessarie per essere approvata, non più di 2 farmaci su 10 consentono di ammortizzare i costi di ricerca e sviluppo, e gli investimenti possono superare 1 miliardo di euro per farmaco. Anche i costi di trattamento sono aumentati: il costo giornaliero medio di un farmaco antineoplastico è aumentato da 42,20 euro nel periodo 1995-1999 a 203,47 euro nel periodo 2010-2014. Il costo medio di una terapia complessiva è passato da 3.853 euro nel 1995-1999, a 44.900 euro nel 2010-2014. La spesa per farmaci oncologici in Italia è passata da circa 1 miliardo nel 2007 a 2 miliardi e 900 milioni nel 2014.⁹

La spesa pubblica per le malattie oncologiche:

Le fonti più autorevoli riportano una spesa oncologica per cittadino residente di 114 euro lungo tutta la filiera dalla prevenzione al fine vita, il che si tradurrebbe in un'incidenza sulla spesa sanitaria complessiva tutto sommato marginale, pari al 5,8% circa. Il costo oncologico è realisticamente almeno 3 volte superiore (oltre 300 euro per cittadino/anno), e si avvia a rappresentare il 20% della spesa sanitaria complessiva. Sul fronte dei nuovi farmaci, per Favo, a fronte di una spesa per le cure

⁹ Luengo-Fernandez, R., Leal, J., Gray, A., & Sullivan, R. (2013). Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis. *The lancet oncology*, 14(12), 1165-1174.

oncologiche cresciuta in maniera esponenziale negli ultimi venti anni, la scelta delicata e spesso “tragica” della classe di rimborsabilità di un farmaco deve essere orientata da criteri nuovi. L’efficacia, infatti, non può più essere misurata soltanto in ambiente clinico, ma si dovrà valutare l’impatto complessivo sulla qualità della vita, dagli aspetti familiari, a quelli sociali e lavorativi.¹⁰

1.4-PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2020-2025

Il ministero della salute il 30/07/2020 ha rilasciato un piano nazionale della prevenzione 2020-2025 (aggiornamento del precedente “piano nazionale della prevenzione 2014-2018”). L’elemento strategico di innovazione del PNP 2020-2025 sta nella scelta di sostenere il riorientamento di tutto il sistema della prevenzione verso un “approccio” di Promozione della Salute, rendendo quindi trasversale a tutti i Macro Obiettivi lo sviluppo di strategie di empowerment e capacity building raccomandate dalla letteratura internazionale e dall’OMS, coerentemente con lo sviluppo dei principi enunciati dalla Carta di Ottawa (*«Per "promozione della salute" si intende il processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla salute e di migliorarla»*).

Il Piano si articola in sei Macro Obiettivi:

- Malattie croniche non trasmissibili
- Dipendenze e problemi correlati
- Incidenti stradali e domestici
- Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali
- Ambiente, clima e salute
- Malattie infettive prioritarie

Le malattie croniche non trasmissibili (MCNT), malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie croniche, diabete, problemi di salute mentale, disturbi muscolo scheletrici restano le principali cause di morte a livello mondiale. Consumo di tabacco, errate abitudini alimentari, insufficiente attività fisica, consumo rischioso e dannoso di alcol, insieme alle caratteristiche dell’ambiente e del contesto sociale,

¹⁰ 8° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici Roma, 12-15 maggio 2016.

economico e culturale rappresentano i principali fattori di rischio modificabili, ai quali si può ricondurre il 60% del carico di malattia, in Europa e in Italia

Per quanto riguarda la prevenzione oncologica, si prevede di proseguire nel consolidamento dei programmi organizzati di screening, in particolare per il completamento della transizione verso il modello basato sul test primario HPV-DNA per lo screening del cervicocarcinoma, nonché per lo sviluppo di percorsi organizzati per la prevenzione del tumore della mammella su base genetica (mutazioni del BRCA1 e BRCA2), per consentire la piena realizzazione di quanto previsto dai LEA. Al fine di migliorare il grado di implementazione dei programmi di screening, aumentandone i livelli di copertura e adesione e riducendo la disomogeneità territoriale, caratterizzata da un forte gradiente Nord Sud, sono inoltre necessarie modifiche che consentano di superare le criticità evidenziate in alcune Regioni essenzialmente dovute a deficit organizzativi a livello regionale (mancata effettuazione di gare regionali, mancata identificazione dei centri di riferimento, assenza di linee di indirizzo regionali). Tra le modifiche, un contributo significativo può essere fornito dalla istituzione, in ogni Regione, di un coordinamento regionale multidisciplinare, in grado di monitorare costantemente l'andamento dei programmi di screening e di intervenire positivamente per modificarne la qualità. Azioni che dovranno essere ulteriormente sviluppate sono il rafforzamento degli interventi di formazione interdisciplinare e congiunta e di aggiornamento dei diversi operatori coinvolti.¹¹

1.5-LA PREVENZIONE COME CARDINE NELLA LOTTA AI TUMORI

La prevenzione è il principale strumento che abbiamo per combattere i tumori e, in generale, le malattie croniche: a conferma di ciò, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ci dice che i casi di cancro sono prevenibili fra il 30 e il 50%¹², cioè si potrebbe arrivare a prevenirne quasi un caso su due, davvero tantissimo. Essa si divide in tre tipi differenti:

¹¹ Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025.

¹² L'importanza della prevenzione per combattere i tumori, 25 Settembre 2019, Renata Gili (a).

1.5.1-PREVENZIONE PRIMARIA

La prevenzione primaria è l'insieme delle azioni e delle attività che mirano a correggere i fattori di rischio delle malattie, per permetterci di stare bene dal punto di vista fisico, psichico e sociale ed è davvero un'arma a portata di tutti, che prevede l'assunzione di uno stile di vita corretto. Per esempio, praticare una regolare attività fisica costituisce la base della prevenzione e contribuisce alla riduzione della mortalità, permettendoci di mantenere una buona forma e anche un miglioramento della salute mentale.

Le linee guida e gli studi scientifici ci dicono, infatti, che bastano 30 minuti al giorno di attività fisica di moderata intensità per cinque giorni alla settimana. Un altro esempio eclatante è l'importanza di smettere di fumare. L'OMS ci presenta uno scenario a dir poco spaventoso sul fumo di sigaretta: in tutto il mondo, infatti, il tabacco uccide, ogni anno, sei milioni di persone, non solo di tumore, ma anche di altre malattie a esso correlabili, praticamente un'arma di distruzione di massa. Inoltre, il fumo di tabacco non è solo legato, come molti pensano, all'insorgenza del tumore al polmone: molte ricerche scientifiche, negli anni, hanno dimostrato che è pericoloso anche per numerosi altri organi, come la vescica o il rene. Ci sono molti altri fattori di rischio legati a comportamenti non salutari che possiamo cercare di correggere per prevenire i tumori: la dieta sana, ricca di frutta e verdura e povera di grassi saturi (per esempio quelli contenuti nel burro, nei salumi e in molti cibi confezionati), associata all'esercizio fisico, ci permette di mantenere un peso corporeo adeguato, evitando il sovrappeso e l'obesità un consumo moderato di alcol e di bevande zuccherate; anche alcune infezioni sono considerate un importante fattore di rischio per alcuni tipi di tumore, e fra queste particolarmente importanti sono il papilloma virus umano (HPV) e il virus dell'epatite B che per fortuna sono, grazie ai vaccini, assolutamente prevenibili¹³. Il piano nazionale della vaccinazione si pone come obiettivo in questo campo il raggiungimento, nelle ragazze e nei ragazzi nel dodicesimo anno di vita, di coperture vaccinali per ciclo completo di anti HPV \geq 95%;¹⁴

¹³ L'importanza della prevenzione per combattere i tumori, 25 Settembre 2019, Renata Gili (b).

¹⁴ Ministero della salute, Piano nazionale della vaccinazione 2017-1019.

1.5.2-PREVENZIONE SECONDARIA

La prevenzione secondaria, interviene su soggetti già ammalati, ma ponendosi l'obiettivo di diagnosticare la malattia in una fase iniziale. È il caso, questo, degli screening oncologici, ossia dei programmi di esami volti a individuare la malattia quando ancora è asintomatica. In generale, infatti, la sopravvivenza dei tumori è condizionata da due aspetti: la fase nella quale viene diagnosticata la patologia e l'efficacia delle terapie intraprese.

In Italia sono attivi veri e propri programmi di screening nazionali per le malattie oncologiche e ogni anno vengono invitati attivamente (ciò significa che si riceve una vera e propria lettera a casa che ci dà un appuntamento preciso per l'esecuzione dell'esame), milioni di pazienti. In particolare i programmi di screening attualmente attivi sono tre: per la prevenzione del tumore del seno e del collo dell'utero, nelle donne, e per la prevenzione del tumore del colon-retto nelle donne e negli uomini.¹⁵

Screening mammografico:

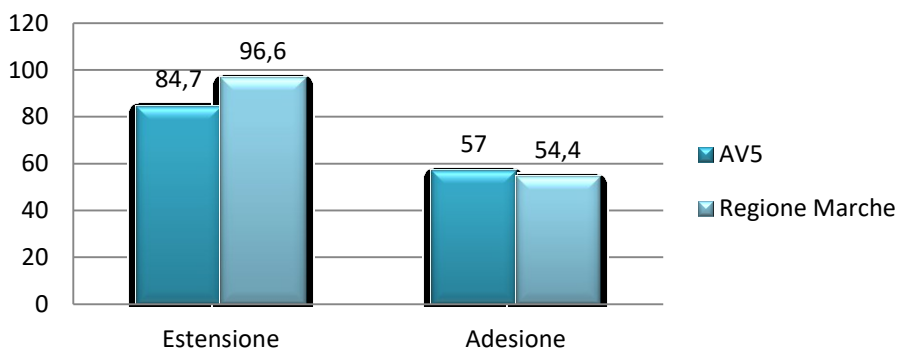
Il carcinoma della mammella è il tumore più frequente fra le donne, per incidenza e mortalità. L'obiettivo principale dei programmi di screening mammografico è ridurre la mortalità specifica per cancro della mammella nella popolazione invitata a effettuare controlli periodici. Secondo stime recenti dell'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (Iarc), partecipare allo screening organizzato su invito attivo (mammografia biennale nelle donne di 50-69 anni) riduce del 35% la probabilità di morire per cancro della mammella. È quindi necessario che i programmi di sanità pubblica assicurino almeno gli stessi livelli di qualità. Gli studi riportano anche le problematiche dello screening, che comporta un esame radiologico della mammella, la mammografia, essa rappresenta il mezzo più efficace e sicuro per la diagnosi precoce dei tumori del seno. Attraverso la mammografia, infatti, è possibile individuare lesioni di piccole dimensioni anche asintomatiche, o non percepibili al tatto. Vediamo però che la diagnosi eccessiva rappresenta il 10% o meno dei tumori al seno. I falsi positivi si verificano in circa il 10% delle donne sottoposte a

¹⁵Istituto superiore di sanità, centro nazionale delle malattie rare, pubblicato il 30-10-2014 in Prevenzione delle Malattie Rare , aggiornato al 12-01-2015.

screening, l'80% delle quali viene risolto però con imaging aggiuntivo e il 10% con biopsia mammaria. Un'importante limitazione dello screening sono i falsi negativi che rappresentano il 15% -20%, che però sono contrastati dal progresso tecnologico degli strumenti utilizzati per effettuare i controlli.

Nella Regione Marche l'estensione dello Screening Mammografico (percentuale donne invitate allo Screening rispetto alla popolazione bersaglio, donne di età tra i 50-69 anni) ha raggiunto nel 2018 il 96,6%, in flessione di 2 punti percentuali sul 2017 con 98,5% (estensione).¹⁶

Attività screening mammografico



Screening cervice uterina:

Per quanto riguarda il carcinoma il tumore è causato da un'infezione persistente da papillomavirus umano (HPV), che si trasmette per via sessuale ed è molto frequente soprattutto nelle persone giovani. La maggior parte delle infezioni regredisce spontaneamente, quando invece l'infezione persiste nel tempo si formano lesioni nel tessuto del collo dell'utero che possono evolvere in cancro. Esistono molti tipi diversi di virus HPV e il rischio di cancro dipende fortemente da alcuni tipi ben identificati: ad esempio i virus HPV 16 e HPV 18, sono considerati tra i più pericolosi. Il test impiegato finora nello screening per il cancro del collo dell'utero è il Pap-test ma recenti evidenze scientifiche hanno dimostrato che sopra i 30 anni è più efficace il test per il Papilloma virus (HPV-DNA test) effettuato ogni 5 anni. Il

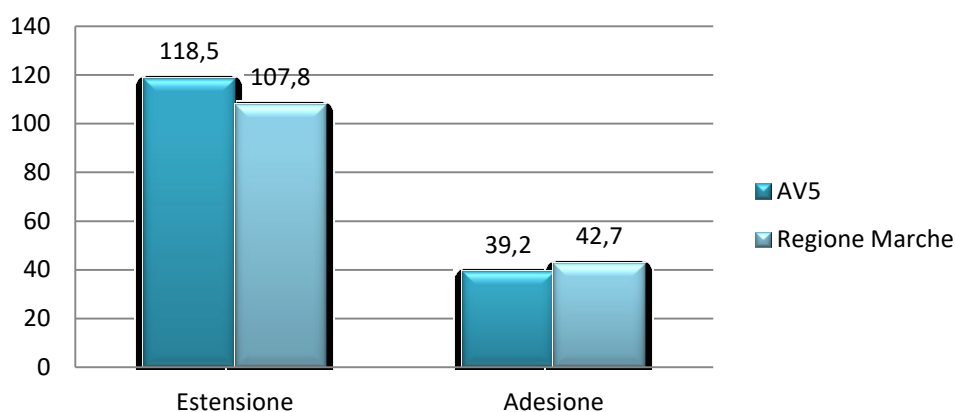
¹⁶ Profilo di Salute Regione Marche 2° Report Anno 2019.

nuovo test di screening si basa sulla ricerca dell'infezione dell'HPV ad alto rischio. Il prelievo è simile a quello del Pap-test. L'esame deve essere effettuato non prima dei 30 anni ed essere ripetuto con intervalli non inferiori ai 5 anni. Se il test HPV risulta positivo la donna dovrà sottoporsi a un Pap-test, che consiste nel prelievo di materiale presente sulla cervice uterina e nel suo canale, ovvero cellule e muco, mediante un piccolo strumento chiamato "speculum", introdotto in maniera del tutto indolore, il tutto poi viene strisciato su dei vetrini ed esaminati.

Ogni anno in Italia si registrano circa 3500 nuovi casi e 1100 decessi per carcinoma della cervice¹⁷. Lo screening dato che consente di identificare sia le lesioni tumorali molto precoci sia quelle preneoplastiche, può contribuire a ridurre non solo la mortalità per carcinoma, ma anche l'incidenza della neoplasia invasiva. Si raccomanda infatti di attivare un programma che preveda l'esecuzione di un Pap test ogni 3 anni nella donne di età compresa tra 25 e 64 anni.

Per quanto riguarda la regione Marche l'estensione dello Screening Cervice Uterina (percentuale donne invitate allo Screening rispetto alla popolazione bersaglio, donne età 25-64 anni) ha raggiunto nel 2018 il 107,8%, in flessione di circa 3 punti percentuali sul 2017 con 111,3% (estensione). L'Adesione allo Screening Cervice Uterina (percentuale donne che hanno partecipato allo Screening a seguito dell'invito) ha raggiunto nel 2018 un'adesione del 42,7%, una flessione di 2 punti percentuale sul 2017 con 44,6% (adesione).¹⁸

Attività screening cervice uterina



¹⁷ Ministero della salute, screening oncologici.

¹⁸ Profilo di Salute Regione Marche 2° Report Anno 2019.

Screening colorettales:

Il tumore del colon-retto è dovuto alla proliferazione incontrollata delle cellule della mucosa che riveste questo organo. Sono oltre 49.000 le nuove diagnosi di tumore del colon-retto attese nel 2019 (27.000 negli uomini e 22.000 nelle donne). Nel 2016 sono stati osservati quasi 20.000 decessi per carcinoma del colon-retto¹⁹, di cui il 54% negli uomini. La sopravvivenza a 5 anni in Italia è pari al 66% per il colon e al 62% per il retto, omogenea tra uomini e donne. Le Regioni meridionali presentano valori inferiori di circa il 5-8% rispetto al Centro-Nord. La sopravvivenza dopo 10 anni dalla diagnosi risulta leggermente inferiore rispetto a quella a 5 anni, con valori pari al 64% per il colon e al 58% per il retto, omogenea tra uomini e donne. Circa l'80% dei carcinomi del colon-retto insorge a partire da lesioni precancerose (adenomi con componente displastica via via crescente). Gli stili di vita e la familiarità sono da tempo chiamati in causa quali fattori di aumento del rischio di incidenza di queste lesioni. Tra i primi spiccano fattori dietetici quali il consumo di carni rosse e di insaccati, farine e zuccheri raffinati, il sovrappeso e la ridotta attività fisica, il fumo e l'eccesso di alcol²⁰. Il programma di screening del colon-retto è indirizzato a uomini e donne dai 50 ai 69 anni di età ed è costituito da un intervento di prevenzione attiva mediante il test di ricerca di sangue occulto nelle feci (e successiva colonscopia nei casi positivi) con ripetizione regolare ogni 2 anni. Lo screening può consentire il riscontro e la rimozione di precursori (adenomi) prima della trasformazione in carcinoma e la diagnosi di carcinomi in stadio iniziale, con una conseguente riduzione della mortalità sia per riduzione dell'incidenza che per il riscontro di carcinomi in stadi più iniziali, e quindi suscettibili di guarigione dopo terapia. Per quanto riguarda i programmi di screening regionali, nel 2015 erano coperti circa i 3/4 della popolazione italiana. In Italia permangono marcate differenze tra Nord e Sud/Isole.²¹

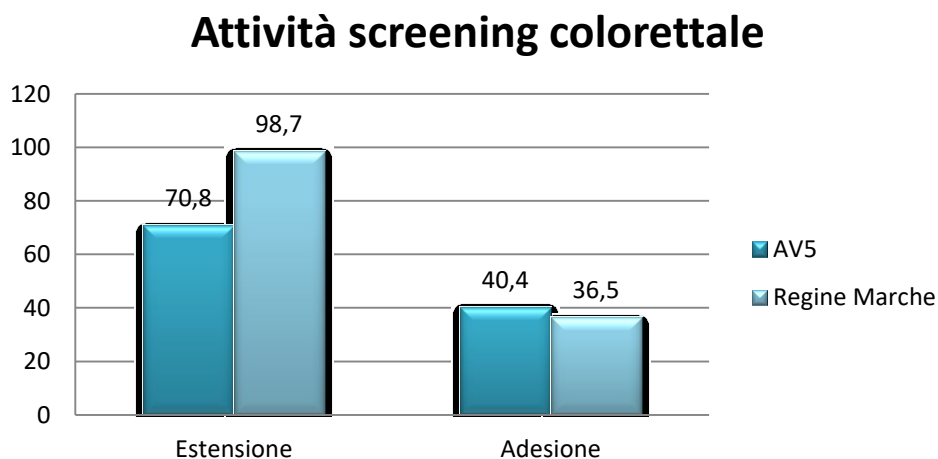
Nella Regione Marche in particolare, osserviamo che l'estensione dello Screening Colorettales (percentuale soggetti invitati di età 50-70 anni rispetto alla popolazione bersaglio di 50-70 anni) ha raggiunto nel 2018 il 97,8%, in flessione di circa 2 punti percentuali sul 2017 con 101% (estensione). L'Adesione allo Screening Colorettales (percentuale soggetti che hanno partecipato allo Screening a seguito dell'invito) ha

¹⁹ DATI ISTAT.

²⁰ Chan AT, Giovannucci EL. Primary prevention of colorectal cancer. *Gastroenterology* 2010; 138:2029-43.

²¹ Osservatorio Nazionale Screening.

raggiunto nel 2018 un'adesione del 36,5%, un incremento di circa 1 punti percentuale sul 2017 con 35,9% (adesione).²²



In conclusione a quello che l’OMS ci riferisce possiamo affermare che dobbiamo mettere da parte la paura e la pigrizia di sottoporci, da sani, agli esami diagnostici che ci vengono proposti, perché ci possono davvero aiutare a curarci con meno sforzi e maggiore efficacia. Inoltre, quando pensiamo che gli stili di vita sani non siano poi così importanti per prevenire delle brutte malattie, ricordiamoci i numeri dell’OMS: quasi la metà dei tumori può essere prevenuta e questo dipende solo da ognuno di noi.

1.5.3-PREVENZIONE TERZIARIA

Con prevenzione terziaria si intende la prevenzione delle cosiddette recidive (o ricadute) o delle eventuali metastasi dopo che la malattia è stata curata con la chirurgia, la radioterapia, la chemioterapia o tutte e tre insieme. Esse prolungano gli intervalli di tempo senza malattia e aumentano la sopravvivenza dei pazienti in molti tipi di tumore come quello dei testicoli, del seno, del colon e molti altri.²³

²² Profilo di Salute Regione Marche 2° Report Anno 2019.

²³ AIRC, cancro: la prevenzione.

1.5.4- LA PREVENZIONE NEL CONTENIMENTO DEI COSTI

Secondo l'Institute for Health Metrics and Evaluation, in Europa le malattie non trasmissibili, quali le patologie cardiovascolari, i tumori, i problemi di salute mentale, il diabete mellito, le malattie respiratorie croniche e le patologie muscolo-scheletriche, sono responsabili della stragrande maggioranza delle morti e della spesa sanitaria. Secondo le ultime stime disponibili, dei 57 milioni di morti nel 2008, 36 milioni (65%) erano dovute a malattie non trasmissibili, di cui circa la metà (17 milioni) per cause cardiovascolari e 7,6 milioni per malattie oncologiche. A causa dell'invecchiamento della popolazione, si stima che nel 2030 ci saranno ben 25 milioni di persone che moriranno per cause cardiovascolari e circa 13 milioni per tumori. Relativamente all'Europa, circa il 60% del peso imposto da queste malattie in termini di DALY (Disability Adjusted Life Years) può essere attribuito a sette principali fattori di rischio: pressione alta (12,8%), fumo (12,3%), alcool (10,1%), livelli alti di colesterolo (8,7%), sovrappeso (7,8%), ridotta assunzione di frutta e verdura (4,4%) e scarsa attività fisica (3,5%).

Nei paesi più avanzati queste patologie sono responsabili di circa il 70-80% della spesa per la salute e i pazienti affetti da tali malattie sono i principali fruitori dei servizi sanitari. I costi sanitari e i rischi di inutili ricoveri aumentano al crescere della co-morbidità. Purtroppo, la tutela della salute e la prevenzione delle patologie croniche rappresentano una quota marginale nel budget del sistema sanitario. L'OCSE stima che nei paesi membri appena il 3% del totale della spesa sanitaria è devoluto alla prevenzione e a programmi di salute pubblica (in Italia meno dell'1%), mentre gran parte dell'esborso è dedicata alla cura della malattia. I servizi sanitari sono spesso orientati a curare piuttosto che a prevenire.

Ancora, 30.000 donne muoiono ogni anno in Europa a causa del tumore alla cervice, con tassi di mortalità da due a quattro volte superiore nei Paesi dell'Europa centrale e orientale rispetto alla regione occidentale: tali decessi potrebbero in larga misura essere limitati grazie ad un'appropriata tempistica della diagnostica e un adeguato trattamento medico e farmacologico.

Appare quindi chiaro che l'adozione oggi di misure atte a incrementare gli investimenti in prevenzione dovrebbe portare domani a una riduzione del numero di persone da curare. È però necessaria una decisa inversione di tendenza, in special

modo in Italia che, con meno dell'1% della spesa complessiva, si colloca all'ultimo posto nella classifica dei Paesi OCSE per l'investimento in prevenzione.²⁴

Da questo dibattito scientifico, ma anche politico, emerso sull'economia della prevenzione e sui costi sanitari, economici e sociali legati alla mancata attuazione di misure preventive. Alcune organizzazioni internazionali (OMS, OCSE e UE) hanno sottolineato come l'investimento ben indirizzato a promuovere la salute e a prevenire le malattie sia uno degli strumenti più costo-efficaci per stimolare la crescita dei PIL e quindi influire positivamente sul progresso sociale ed economico di una nazione. Le campagne vaccinali - considerate il più efficace intervento in campo medico dopo la potabilizzazione dell'acqua - sono state recentemente studiate non solo per l'efficacia sui singoli individui ma anche per le potenzialità di interventi cost-saving e, più spesso, cost-effective.²⁵ Ad esempio è stato riportato uno studio sull'impatto clinico ed economico della vaccinazione universale di bambini e adolescenti contro l'epatite B nei primi 20 anni della sua applicazione²⁶, questo studio ha permesso di calcolare che nel ventennio trascorso sono state evitate 127.000 infezioni, 14.600 casi di epatite acuta, 4.100 casi di epatite cronica, 70 cirrosi compensate, 5 cirrosi scompensate, 64 epatocarcinomi primitivi e 17 trapianti di fegato. Va sottolineato che la storia naturale dell'epatite B comporta il fatto che l'impatto reale e più rilevante della vaccinazione si può evidenziare solo a diversi decenni di distanza, visti i tempi necessari per lo sviluppo delle cirrosi e degli epatocarcinomi. In ogni caso, nel periodo 1991-2010 la vaccinazione ha determinato già un risparmio di 81 milioni di Euro, mentre, proiettando tutti i costi e tutti i benefici tra il 1991 e il 2059 della vaccinazione delle coorti di nuovi nati e adolescenti tra il 1991 e il 2010, si ottiene un risparmio complessivo sia per il Servizio Sanitario Nazionale, sia per la società italiana variabile da 1,1 a 1,2 miliardi di Euro.

Un ultimo esempio viene riportato da uno studio condotto dal CEIS - EEHTA (Università Tor Vergata). I ricercatori hanno valutato l'impatto delle attuali politiche vaccinali anti-HPV sulla salute delle donne italiane. Il modello di simulazione ha dimostrato che, ai tassi di copertura vaccinale sperimentati dalla coorte di donne vaccinate nel 2012 in Italia, la prevenzione primaria può ridurre di circa il 44% il

²⁴ La prevenzione come elemento per la sostenibilità del SSN, V. Atella, E. Borgonovi, C. Collicelli, J. Kopinska, F. Lecci e F. Maietta Direttore Scientifico Fondazione Farmafactoring Vincenzo Atella.

²⁵ Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale PNPV 2017-2019.

²⁶ Boccalini et al, Human Vaccines 2013.

numero dei condilomi, del 40% gli eventi pre-cancerosi e di oltre il 50% il numero di casi di tumore maligno della cervice uterina e delle morti ad esso correlate. Tutto questo, a supporto di una strategia di prevenzione che si è dimostrata altamente costo-efficace nella prospettiva del SSN20.²⁷

1 euro speso per la vaccinazione può liberare fino a 24 euro reinvestibili in assistenza clinica per chi si ammala.²⁸ È stato dimostrato che per ogni euro investito in vaccini lo Stato ricava almeno 4 euro per effetto di costi evitati e vantaggi per la fiscalità.²⁹

²⁷ Favato, G., et al., *Med Care*, 2012. 50(12): p. 1076-85.; La Torre, G., et al., *Vaccine*, 2010. 28(19).

²⁸ J. Ehreth “The value of vaccination, a global perspective”, *Vaccines*.

²⁹ The Fiscal Consequences of adult immunization in the Netherlands: supporting active ageing through immunization. Saati; 2013: Global Market Access solutions.

2-IL PERCORSO DEL MALATO ONCOLOGICO NEL SSN

MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Il medico di medicina generale (MMG), o il pediatra di libera scelta rivestono un ruolo chiave in tutte le fasi della malattia tumorale, che vanno dalla prevenzione, alla diagnosi, alla condivisione dell'approccio terapeutico e al monitoraggio del paziente per la diagnosi precoce di eventuali recidive di malattia. Inoltre partecipano all'attivazione e alla effettuazione dell'ADI nei vari livelli di complessità per la continuità della cura e gestiscono le fasi finali della vita, quando le terapie finalizzate alla guarigione o al contrasto della patologia sono divenute inefficaci.

ASSISTENZA AMBULATORIALE

L'attività assistenziale in regime ambulatoriale riveste un ruolo rilevante nella prevenzione e nella gestione delle patologie neoplastiche. In ambulatorio vengono effettuati gli screening, gli accertamenti diagnostici, le procedure terapeutiche e riabilitative che non richiedono trattamento ospedaliero o domiciliare. Va posta pertanto particolare attenzione alla dotazione tecnologica e alla gestione delle liste di attesa, al fine di dare risposte appropriate anche in senso temporale, al collegamento con il MMG, alla corretta informazione del paziente.

L' OSPEDALE

Una buona organizzazione ospedaliera è essenziale per la gestione delle patologie tumorali in termini di efficacia, efficienza, appropriatezza, empowerment e gradimento dei pazienti. La riorganizzazione del livello ospedaliero con l'implementazione del livello territoriale, il ricorso routinario alla preospedalizzazione, i progressi nelle tecniche chirurgiche, anestesologiche e farmacologiche hanno permesso negli ultimi anni un maggior ricorso al ricovero diurno con riduzione dei tempi di degenza. Si è inoltre consolidato in questi anni, nella consapevolezza che le problematiche connesse alla patologia investono la persona nel suo complesso, l'approccio multiprofessionale e multidisciplinare al paziente oncologico, e conseguentemente si è promossa l'organizzazione dipartimentale, che facilita la collaborazione tra i vari professionisti, oncologi, chirurghi, radioterapisti, infermieri e altri specialisti, al fine di elaborare un piano personalizzato di intervento integrato. Le prestazioni terapeutiche integrate di

chirurgia, oncologia medica e radioterapia si avvalgono in questo modo del contributo delle altre professionalità chiamate in causa dalla singola patologia, anche attraverso la formazione di gruppi interdisciplinari. piano personalizzato di cura, che ha tra le sue finalità la forte integrazione di tutte le sue componenti.³⁰

³⁰ Ministero della Salute PIANO ONCOLOGICO NAZIONALE 2010/2012 (a).

3-LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE SUL TERRITORIO NAZIONALE



Il piano oncologico nazionale afferma anche che è necessario garantire una presa in carico globale del malato fin dall'inizio del percorso terapeutico, attraverso un approccio multidisciplinare e multidimensionale sostenuto da un'organizzazione dipartimentale, delle attività intraospedaliere, che garantisca da un lato , il miglior trattamento antitumorale (in termini di qualità, di tempi, e di coordinamento degli interventi), e dall'altro un precoce riconoscimento di eventuali altri bisogni (fisici, funzionali, psicologici, spirituali, sociali e riabilitativi) del malato. L'approccio integrato vede come obiettivo la cura del malato e non solo del tumore, e oltre a garantire il miglior trattamento antitumorale (attraverso ambulatori multidisciplinari per i vari tipi di tumori e linee guida condivise), permette un inserimento precoce delle cure palliative e la riabilitazione per la prevenzione ed il controllo dei sintomi legati alla malattia e/o alle terapie (dolore, supporto nutrizionale, supporto psicologico, spirituale e sociale, ecc.). L'umanizzazione delle cure non può prescindere da un modello di presa in carico multidisciplinare realizzato attraverso una collaborazione profonda tra operatori di diverse discipline e con la partecipazione, nelle scelte terapeutiche, del malato e dei familiari. L'organizzazione dell'attività di oncologia deve prevedere, pertanto, momenti strutturati di condivisione e di confronto che sono indispensabili per realizzare un progetto assistenziale condiviso: i dipartimenti oncologici, per esempio, potrebbero essere attivati, a tal fine, in ciascuna azienda ospedaliera. Sarebbe altresì opportuno

individuare e, laddove già presenti, valorizzare, le risorse del territorio, più facilmente e rapidamente raggiungibili

destinate a:

- informare sull'organizzazione e l'accesso ai servizi
- accogliere il bisogno espresso dall'utente ed attivare professionisti ed operatori preposti alla problematica rilevata
- consentire il monitoraggio delle criticità riscontrate dagli utenti e dagli operatori, al fine di attivare processi di miglioramento dei servizi.

In questo modo si può assicurare alla persona malata e alla sua famiglia una migliore qualità di vita durante tutte le fasi delle cure e dell'assistenza, valorizzando gli interventi domiciliari e territoriali alla pari di quelli ospedalieri. Il mantenimento della migliore qualità di vita possibile costituisce infatti una priorità sia medica sia sociale. Vanno inoltre segnalati il riconoscimento della disparità dell'offerta delle cure oncologiche nelle diverse Regioni del Paese, il problema della sostenibilità economica legata anche all'aumento di incidenza delle malattie neoplastiche, ad una minore mortalità e al conseguente aumento della prevalenza.³¹

³¹ Ministero della Salute PIANO ONCOLOGICO NAZIONALE 2010/2012 (b).

4-RETI ONCOLOGICHE

Portare sul territorio l'assistenza oncologica

Quando parliamo di continuità assistenziale, di cura e sostegno del malato sul territorio ci riferiamo alle reti oncologiche ospedale-territorio. Quando pensiamo ad una rete dobbiamo immaginarci una serie di punti collegati fra loro l'uno con l'altro, in questa logica essendo collegati essi potranno farsi da supporto coordinando tutte le azioni che intervengono nella diagnosi, cura e assistenza al malato oncologico, sia in ospedale che nel territorio, mettendo disposizione tutte le loro risorse l'utente troverà sempre quello di cui ha bisogno in modo molto più semplice e rapido. L'Oncologia si caratterizza come una disciplina che presenta particolari caratteristiche in termini assistenziali. Infatti, in buona parte, è di tipo territoriale (educazione sanitaria, prevenzione primaria, prevenzione secondaria, ospedale a domicilio, follow up), in parte è di tipo ospedaliero (diagnosi e cura primaria, adiuvante, avanzata, integrata) ed in parte contiene un'area importante di ricerca (università, IRCCS, ospedali ed anche territorio). È evidente, quindi, che la "rete" deve coordinare tutti questi ambiti. La programmazione di una rete deve tenere anche conto della sostenibilità in termini economici del progetto, stante la limitatezza di risorse disponibili. Questo nuovo modello dell'oncologia rafforza anche il concetto di multidisciplinarietà e multiprofessionalità, che contraddistingue le reti oncologiche. L'inserimento di figure professionali specificamente dedicate ad ogni stadio della malattia oncologica sono gli elementi chiave della rete, intesa anche come supporto umano ed emotivo al paziente e ai familiari. Essa è organizzata sulla base delle esigenze delle singole regioni, divisa in Dipartimenti Oncologici, organizzati territorialmente, in base a bacini di utenza mediamente di 500 mila – 1 milione di abitanti. Lo scopo generale del Dipartimento è quello di prendere in carico e indirizzare il paziente oncologico, individuando il percorso di assistenza. La struttura di accesso al Dipartimento Oncologico è preferibilmente collocata nel territorio ma è costituita da tutte le strutture (Presidi ospedalieri, Aziende Ospedaliere, Aziende Universitarie, IRCCS, Assistenza domiciliare, Hospice) dell'area geografica di pertinenza coinvolte nel processo di cura, assistenza e riabilitazione, nonché dai servizi di prevenzione primaria e secondaria e con il collegamento con i Medici di medicina generale. La Rete Oncologica Regionale (ROR) è già attiva in Toscana (Istituto Tumori Toscana - ITT), Piemonte (Rete

Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta - ROPVA) e Lombardia (Rete Oncologica Lombarda - ROL), Umbria e Veneto. Diversa è la situazione delle altre regioni italiane per alcune delle quali la delibera di costituzione della rete oncologica è presente (Marche, Abruzzo, Campania, Puglia, Calabria, Sardegna) ma ad oggi non ha ancora portato alla realizzazione del progetto ed alla definizione dei ruoli. Infatti come vedremo nel piano socio sanitario regionale che nella regione Marche non è presente o meglio non è stata attivata una rete oncologica. Essa rappresenta tutt'oggi il modello organizzativo ritenuto più efficace ed efficiente.³²

REQUISITI PER UNA RETE

Sono state stabilite le caratteristiche indispensabili perché si possa definire presente in una regione una rete oncologica. Sono:

- presenza di una autorità centrale regionale in grado di governare i collegamenti tra le diverse strutture, la pianificazione dell'uso delle risorse, la definizione e valutazione dei pazienti per le diverse patologie neoplastiche;
- diffusione nel territorio di centri di accesso alla rete oncologica;
- esistenza di un modello organizzativo che preveda l'integrazione multiprofessionale con la costituzione di gruppi tumore-specifici che adottano in modo condiviso percorsi di cura;
- coinvolgimento dei servizi territoriali per le azioni di promozione della salute/prevenzione, adesione agli screening, tempestività diagnostica, equità di accesso, integrazione dei percorsi di cura, programmazione del follow up, interventi riabilitativi e cure palliative;
- partecipazione e corresponsabilizzazione dei distretti sanitari e dei medici di medicina generale;
- progetti di comunicazione per presentare ai cittadini le opportunità fornite dalla rete e renderli in grado di decidere consapevolmente sui diversi aspetti del loro percorso di cura;
- programma di formazione e aggiornamento per tutti gli operatori della rete.

³² Strutture oncologiche e reti oncologiche regionali: libro bianco 2018.

Il Dipartimento Oncologico è dunque una struttura funzionale interaziendale che integra tutte le attività ospedaliere e territoriali che assistono il paziente oncologico. Individua e garantisce l'implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutici per ogni paziente in accordo con le linee guida regionali.³³



³³ PROGETTO DI RICERCA AUTOFINANZIATA “RETI ONCOLOGICHE E Percorsi CLINICO ASSISTENZIALI IN ONCOLOGIA” CONTRIBUTO AIOM_CIPOMO, Carmine Pinto, Presidente AIOM Maurizio Tomirotti, Presidente CIPOMO.

5-NORMATIVE DEL PIANO SANITARIO REGIONALE 2020-2022

Il nuovo Piano si connota come piano socio sanitario, che integra il sistema sanitario con il sistema sociale al fine di garantire pienamente i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza, in una logica di sviluppo di piani assistenziali individualizzati e coerenti con la domanda di salute, ribadendo la centralità dei bisogni del cittadino, con particolare attenzione ai soggetti fragili. Il Piano contiene, in continuità con la programmazione precedente, l'inquadramento della situazione regionale e la definizione delle logiche strategiche e degli indirizzi prioritari che rappresenteranno lo scenario della sanità dei prossimi anni, descrive le aree generali di intervento a cui fare riferimento per la definizione di interventi specifici, nonché fornisce un elenco di obiettivi specifici descritti in schede di intervento per una immediata attuazione. Per quanto riguarda il tema dell'oncologia e del paziente fragile, il piano propone un rinnovamento del sistema delle cure territoriali e vuole valorizzare proposte che favoriscano stili di vita salutari nel follow-up oncologico, attualmente non inclusi nei programmi di medicina, questo per migliorare la qualità di vita, la prognosi e per ridurre le recidive nei pazienti oncologici (es. carcinoma mammella e prostata). Ci si pone l'obiettivo dello sviluppo e miglioramento assistenziale dei pazienti fragili a domicilio e indirettamente ci si attende una minor ospedalizzazione e minor ricorso al Pronto Soccorso. Il piano socio sanitario afferma anche dell'importanza della collaborazione dei vari professionisti per assicurare un'assistenza territoriale adeguata. Soprattutto espone la necessità di una nuova figura già precedentemente proposta dall'OMS, cioè quella dell'infermiere di famiglia, quale consulente specialista, opportunamente formato ed in grado di agire soprattutto a livello preventivo attraverso la valutazione e la gestione integrata dei bisogni di salute di un gruppo di cittadini a lui assegnato, in stretta collaborazione con il MMG. Quindi MMG, Infermieri e altri professionisti qualificati (Assistenti Sociali, Assistenti sanitari, Psicologi, ecc.) potranno sviluppare una nuova Medicina di iniziativa avvalendosi di strumenti di informatizzazione, attualmente già avanzati nella nostra Regione ma non ancora utilizzati appieno come la telemedicina. Tra i vari obiettivi del piano c'è anche quello di migliorare gli standard di cura dei tumori. Questo attivando la rete oncologica per la Regione Marche del tipo Comprehensive Cancer Care Network (CCCN) al fine di migliorare lo standard di cura per i pazienti oncologici, con l'obiettivo di aumentare l'outcome dei pazienti (sopravvivenza) e di

ridurre la mobilità inter-regionale con la possibilità di accesso alle cure migliori da parte di tutti i pazienti indipendentemente dallo stato socio-economico o dalla residenza in zone colpite da disastri naturali (terremoto). E' inoltre prevista l'attivazione del Centro Oncologico e di Ricerca delle Marche (C.O.R.M.), che si integra efficacemente nel territorio marchigiano nel contesto della rete oncologica che consenta al paziente marchigiano di trovare risposta ai suoi bisogni di salute nella sua regione, con le seguenti finalità:

- Dare supporto allo sviluppo di tutte le istanze del servizio sanitario in ambito di prevenzione territoriale e ospedaliero;
- Promuovere e sviluppare la ricerca clinica in ambito oncologico;
- Promuovere e sviluppare la genetica oncologica per tumori ereditari che necessitano del Centro ad Alta Specializzazione di Riferimento Regionale;
- Promuovere e consolidare i percorsi di diagnosi e cura dei tumori con particolare riguardo alle neoplasie che richiedono una gestione clinica complessa e multidisciplinare;
- Promuovere “model” e “operational PDTA” .

Le azioni da avviare per raggiungere gli obiettivi sono:

- Analisi dello stato attuale delle cure per i pazienti oncologici nella Regione Marche;
- Identificazione delle strutture che devono essere migliorate e di quelle che devono essere indirizzate verso altre attività;
- Centralizzazione dei pazienti verso “high-volume hospitals” con “high-volume surgeons”, con percorsi facilitati per i pazienti provenienti da aree disagiate;
- Attivazione progressiva di strutture con complessità crescente a partire dalla diagnosi, dalla stadiazione fino alla terapia integrata multidisciplinare.

Il target (risultato atteso) da raggiungere è:

- Riduzione della mortalità a 5 anni dei pazienti oncologici;
- Riduzione del tasso annuale di mobilità interregionale;
- Aumento del numero di pazienti operati per centri di riferimento.

Gli stessi obiettivi sopra descritti vengono applicati anche per migliorare gli standard di cura per i tumori dell'apparato genitale femminile. Considerato anche che il numero di nuovi casi di tumore ovarico in Italia del 2016 è stimato essere attorno a 5200, con il 90% di diagnosi in pazienti con età superiore 40 anni e una sopravvivenza globale del 50% a cinque anni. Viene riportato inoltre che le pazienti trattate nel contesto di una rete oncologica del tipo CCCN presentano un tasso di sopravvivenza più elevato, una riduzione del rischio di morte intraospedaliera e un costo delle cure minore. Al momento attuale la Regione Marche non presenta una rete oncologica strutturata e questo può risultare una perdita economica significativa per la Regione stessa oltre che una ridotta disponibilità terapeutica per i pazienti.

Infine viene anche riconosciuto alla regione Marche l'accreditamento del registro tumori da parte dell'AIRTUM (associazione italiana registro tumori). Il Registro Tumori è uno strumento fondamentale per la valutazione epidemiologica dei bisogni sanitari della popolazione e per valutare i risultati ottenuti in ambito sanitario. Viene prodotto e pubblicato ogni anno con i nuovi dati che emergono dal referto epidemiologico.

Gli scopi principali di un Registro Tumori di Popolazione sono:

- la rilevazione, organizzazione e valutazione di informazioni su tutti i casi di neoplasia che insorgono nella popolazione residente nell'area coperta dal Registro per la misurazione dell'incidenza (nuovi casi), prevalenza (casi presenti), sopravvivenza alla patologia neoplastica;
- l'osservazione delle variazioni nel tempo di tali indicatori (andamenti temporali) e delle variazioni in aree geografiche (confronti spaziali);
- l'utilizzo dei risultati a scopo di programmazione sanitaria e di ricerca, in collaborazione con altri Registri ed Istituzioni Epidemiologiche regionali, nazionali ed internazionali.³⁴

³⁴ PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE 2020/2022.IL CITTADINO, L'INTEGRAZIONE, L'ACCESSIBILITÀ E LA SOSTENIBILITÀ.

6-ANALISI EPIDEMIOLOGICA NELLE MARCHE E IN AREA VASTA 5

Come già affermato nel capitolo introduttivo lo scopo della tesi è quello di progettare una rete oncologica ospedale-territorio che vada a coprire il territorio dell'area vasta 5. Per poter individuare la necessità di una rete oncologica ospedale-territorio e come strutturarla dobbiamo prima però analizzare le caratteristiche e le necessità della popolazione. Tramite l'analisi epidemiologica possiamo definire l'andamento delle nascite, della mortalità, il progressivo invecchiamento della popolazione, lo stile di vita che essi conducono e quali patologie croniche o acute si evidenziano maggiormente, in modo da poter definire il bisogno dei cittadini e poter dare loro delle risposte adeguate alla domanda.

6.1-IL TERRITORIO

La regione Marche è suddivisa in 5 aree vaste: l'area vasta 1 comprendente Pesaro, Urbino e Fano, l'area vasta 2 con Senigallia, Fabriano, Jesi, Ancona, l'area vasta 3 Civitanova marche, camerino e Macerata, l'area vasta 4 ricopre il territorio di Fermo ed infine l'area vasta 5 con Ascoli Piceno e San benedetto del Tronto. La Area Vasta 5 situata sud delle Marche, occupa una superficie di 2011 Kmq e comprende trentatré comuni. Da un punto di vista geografico, la provincia è caratterizzata da una fascia appenninica o occidentale (montana), una fascia preappenninica o centrale (collinare) e una fascia costiera o orientale (pianeggiante o litoranea). La morfologia descritta determina la presenza di comuni situati ad altitudini elevate e altri sul livello del mare; ciò definisce anche la morfologia territoriale preminente dei due Distretti Sanitari in cui è suddivisa l'area vasta: montano collinare quello di Ascoli, soprattutto rivierasco quello di San Benedetto del Tronto. Rispetto la densità abitativa esiste una tendenza all'aumento prevalentemente nelle zone costiere e una diminuzione dei territori dell'entroterra. Ciò sottolinea uno spostamento residenziale dall'interno alle aree di vallata e litoranea, con il conseguente progressivo abbandono di alcuni borghi montani.

6.2-STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

La popolazione residente nell'Area Vasta n. 5 al 1° gennaio 2016 è complessivamente di 210.002 abitanti: 101.574 maschi e 108.428 femmine (rapporto maschi/femmine = 0,94). I residenti stranieri sono 14.003 (10% della popolazione straniera delle Marche), di cui 5.887 maschi e 8.116 femmine (rapporto maschi/femmine = 0,72). L'incidenza della popolazione straniera sulla popolazione totale dell'Area Vasta 5 è pari al 6,7% (9,1% nelle Marche). I nati sono 1.512 ed i morti 2.524, quindi il saldo naturale (nati vivi meno i morti) è negativo: - 1.012 unità. Gli iscritti da altri comuni sono 5.140, i cancellati sono 5.277; quindi il saldo migratorio (immigrati - emigrati) è negativo: - 137 unità. Il trend della popolazione residente negli ultimi tre anni è negativo. I primi cinque paesi di provenienza degli immigrati, in ordine di frequenza, sono: l'Albania, la Romania, la Repubblica Popolare Cinese, il Marocco e la Polonia. L'età media ponderata della popolazione totale è di 45,7 anni, più bassa nei maschi (44,1 anni) rispetto alle femmine (47,1 anni). L'età media ponderata della popolazione straniera residente è di 34,8 anni. L'Area Vasta n. 5 comprende due distretti: Distretto di Ascoli Piceno e Distretto di San Benedetto del Tronto. Nel Distretto di Ascoli Piceno i residenti sono 108.000 (52.695 maschi, 55.305 femmine). L'età media ponderata è di 46 anni. Nel 2015 le nascite sono 767 rispetto a 1.321 decessi; gli immigrati sono 2.319, gli emigrati 2.671. Nel Distretto di San Benedetto del Tronto i residenti sono 102.002 (48.879 maschi, 53.123 femmine). L'età media ponderata è di 45,3 anni. Nel 2015 le nascite sono 745 rispetto a 1203 decessi; gli immigrati sono 2.821, gli emigrati 2.606. L'età media ponderata della popolazione totale è di 44,4 anni (42,8 per le femmine e 45,8 per i maschi). L'età media ponderata della popolazione straniera residente è di 32,3 anni.

Classi di età	di Ascoli Piceno	
	numero	%
≥65 anni	51575	24,62%
≥75 anni	28097	13,41%
≥85 anni	8741	4,17%

6.2-LA POPOLAZIONE STRANIERA

Attualmente l'unico fenomeno in controtendenza rispetto all'invecchiamento generale della popolazione è l'immigrazione. Infatti, la piramide delle età della popolazione straniera, residente nell'Area Vasta n. 5, mostra la forma ad "abete" per la predominanza delle classi d'età giovanili

Per quanto riguarda le zone di provenienza della popolazione straniera, si conferma la tendenza prevalente degli ultimi anni: i due terzi della popolazione straniera dell'A.V. 5 è di origine europea. Predominano le nazionalità rumena e polacca di genere femminile, soprattutto nell'ascolano, mentre, in riviera è più frequente l'origine albanese senza disparità di sesso. Segue una piccola minoranza macedone, più frequente nella ex Z.T. 13. Tra i cittadini di provenienza africana sono più numerosi i marocchini, seguiti dai senegalesi e nigeriani. La popolazione di origine asiatica è soprattutto cinese – con circa milletrecento iscritti – seguita da quella filippina e quella indiana; quest'ultima parte è quasi tutta maschile e distribuita nell'area montana. Trascurabile il numero di residenti con nazionalità americana e australe. Per quanto riguarda i numeri, gli stranieri residenti nell'AV 5 sono 14.003 di cui 8.116 femmine e 5.887 maschi. Il distretto di Ascoli Piceno conta 6.649 unità contro le 7.354 di S. Benedetto del Tronto. Rispetto l'età, in estrema sintesi: il 62% degli stranieri residenti ha un'età compresa tra 18 e 45 anni, 22% è minorenni e il restante 16% ha più di 45 anni.

6.3-CONTESTO SOCIO-ECONOMICO

Considerando i dati desumibili per il periodo 1999 – 2007, si assiste ad una crescita negli anni dei consumi finali interni per abitante. L'analisi del dato regionale conferma valori prossimi a quelli della media nazionale (20.000 €), con netta prevalenza dei consumi alimentari: circa 82%. Per quanto riguarda il reddito da lavoro dipendente (sempre a livello regionale) i valori sono inferiori alla media nazionale, con uno scostamento di -9%. Detto divario mostra un andamento decennale di lieve riduzione. Il territorio riferibile all'AV 5 si attesta all'ultimo posto come reddito pro-capite con 16.938 euro nel 2010, contro i 19.231 euro di quello

anconetano, 17.236 di quello pesarese e 17.424 euro del territorio maceratese. Per le realtà familiari le spese al dettaglio mostrano che il peso maggiore è quello riservato alle utenze, il vitto e i trasporti.

Andando ad analizzare l'assistenza sanitaria di base si evince, sempre con riferimento al contesto marchigiano, una drastica diminuzione del numero delle aziende sanitarie locali (da 13 nel 2004 si è passati a 1). Il dato però va letto alla luce della legge regionale 13/2003 con la quale è stata attuata una riforma istituzionale del Sistema sanitario marchigiano. L'Azienda Unica Regionale (ASUR) ha incorporato le 13 aziende locali, inoltre, si sono costituite due aziende ospedaliere (San Salvatore di Pesaro e l'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona). 10 Anche il numero dei distretti è diminuito: da 31 si è passati a 24 (2008). Contrariamente è aumentato il numero dei medici generici da 1.223 a 1.284 (2.008). Pertanto, il rapporto dei medici rispetto ai residenti è passato da 8,9 a 8,22 ogni 10.000 unità, quindi con diminuzione del numero di assistiti per medico generico da 1.095 a 1.061 (2008). Anche in diminuzione è la percentuale di anziani trattati in assistenza domiciliare che va dall'89,4 nel 2004 a 84,4 nel 2008.

6.4-OCCUPAZIONE, FORZA LAVORO

Rispetto al numero degli occupati nel territorio in oggetto emerge un notevole gap rispetto alla forza lavoro. I dati storici (territorio comprensivo del fermano per il 2005) mostrano, inoltre, che tale divario è progressivamente aumentato dal 2005 al 2012. Si va da circa 160.000 unità occupate su circa 170.000 potenziali lavoratori a valori inferiori alle 150.000 unità. Rispetto al genere, nel 2012 le persone che hanno un lavoro sono per il 44% donne. Il tasso di occupazione (occupati/popolazione x 100) riferito alla popolazione da 15 a 65 anni è passato dal 44,5 % nel 2010 al 40,9% nel 2012. Questo dato è in controtendenza a quanto accade nel territorio pesarese e anconetano. Analogamente il tasso di disoccupazione (percentuale forza lavoro che non riesce a trovare sbocco) si pone in aumento per il periodo considerato (dal 9,11% al 12,25%). Infine, il tasso d'inattività si mostra crescente solo nel territorio piceno. I valori vanno dal 51,09% del 2010 al 53,44% nel 2012. Si ricorda che questo indicatore non può essere confrontato direttamente con i due precedenti, in quanto, in esso, si considera solo la popolazione attiva della fascia 15-65 anni. Infatti, tale

aumento è sicuramente dovuto anche all'incremento della quota di popolazione anziana, soprattutto nell'entroterra.

6.5 STILI DI VITA

Uno stile di vita sano non corrisponde solo ad una corretta alimentazione e ad una buona attività motoria, ma è un costrutto più complesso che racchiude un buon utilizzo del nostro tempo libero, delle relazioni interpersonali positive, una maggiore consapevolezza di ciò che davvero ha un significato per noi, la capacità di gestire le emozioni e lo stress. Ulteriori componenti di uno stile di vita sano sono delle sufficienti ore di sonno e l'abilità a non lasciarsi trascinare da abitudini voluttuarie (alcohol, fumo, ecc.).

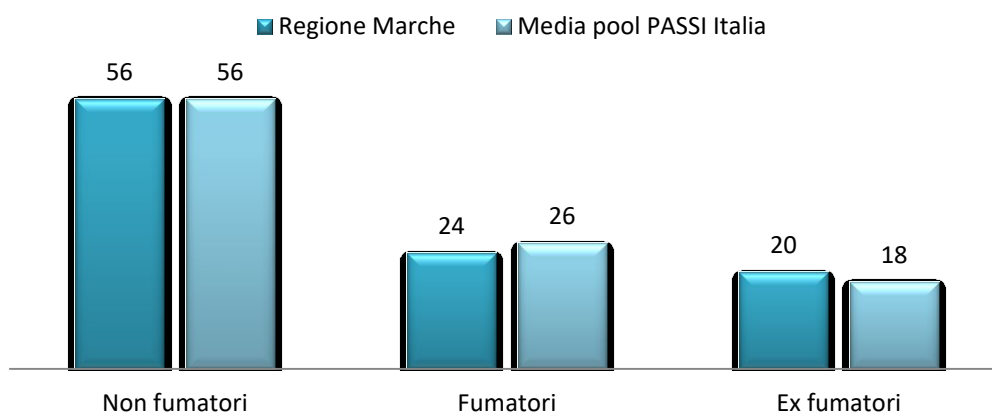
6.5.1 TABAGISMO

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative e si stima che fra i 70 e gli 85 mila decessi all'anno in Italia siano attribuibili all'abitudine al fumo con oltre un milione di anni di vita potenziale persi. Negli ultimi 40 anni la percentuale di fumatori negli uomini si è progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere in alcune Regioni valori paragonabili nei due sessi, ed è in aumento la percentuale di giovani che fumano. La regione Marche si colloca fra le regioni con prevalenza di fumo significativamente più bassa del valore medio nazionale (25% vs 27%). L'abitudine al fumo è più diffusa fra i più giovani in particolare fra i 18-34enni, e si riduce con l'età, è più frequente fra gli uomini (28%) rispetto alle donne (22%), fra le persone più svantaggiate economicamente (36%), ed è più bassa tra le persone più istruite (21% con laurea). Il numero medio di sigarette fumate in un giorno è pari a 12. Il 21% dei fumatori consuma più un pacchetto al giorno (forte fumatore). In Italia e nella regione Marche circa 90 adulti su 100 riferiscono che il divieto di fumo è sempre, o quasi sempre, rispettato nei luoghi pubblici da loro frequentati negli ultimi 30 giorni e sul luogo di lavoro.

Nella Regione Marche, l'80% delle abitazioni sono "libere da fumo" e la percentuale sale all'86% se in casa vivono bambini. Tra gli intervistati della Regione Marche che

negli ultimi 12 mesi hanno avuto un contatto con un operatore sanitario, al 35% è stato chiesto se fumano e tra i fumatori il 55% ha ricevuto il consiglio di smettere. Nella maggior parte dei casi il consiglio è stato dato a scopo preventivo (23%).

Tabagismo



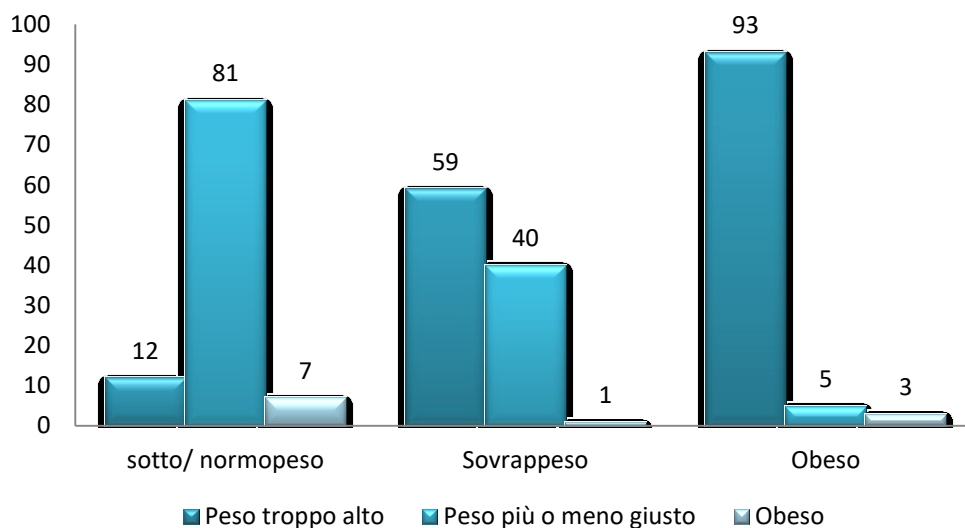
6.2.2-ABUSO DI ALCOL

Nel periodo 2011-14, la percentuale di consumatori di alcol nella regione Marche è risultata pari al 63% (55% nel pool nazionale di Asl), mentre il consumo fuori pasto era dell'8% e il consumo abituale elevato del 4% (all'incirca le stesse prevalenze del pool di Asl). Nelle Marche il 18% degli intervistati è classificabile come consumatore di alcol a maggior rischio perché consumatore fuori pasto e/o consumatore abituale elevato. Il consumo a maggior rischio è più frequente tra i giovani di età 18-34 (in modo particolare tra i 18-24enni), gli uomini e le persone con livello di istruzione medio-alto. Non risultano differenze rispetto la situazione economica. Nelle AV regionali non sono emerse differenze statisticamente significative in termini di prevalenza di persone che consumano alcol con modalità ritenute a maggior rischio (range dal 16% dell'AV4 al 20% dell'AV5).

6.2.3 PESO E ALIMENTAZIONE

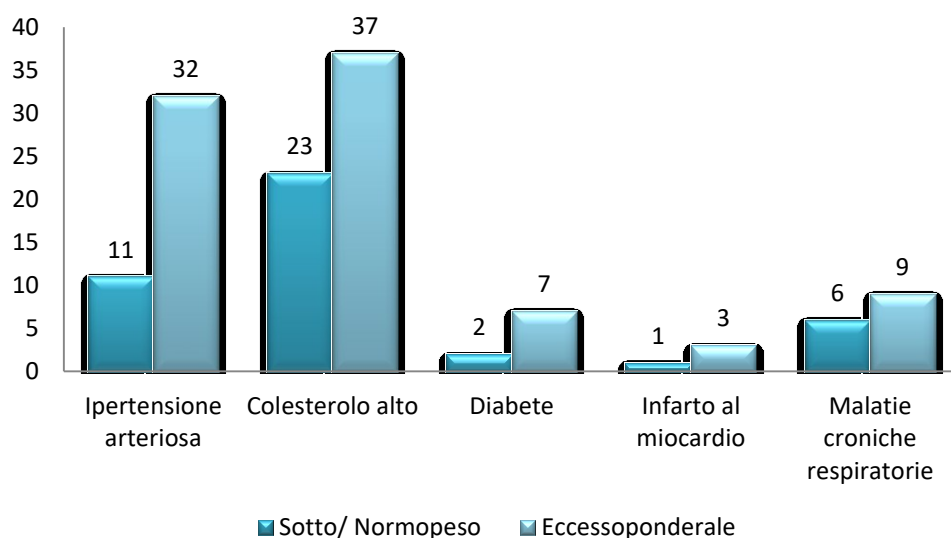
L'eccesso ponderale è uno dei principali fattori di rischio per l'insorgenza delle principali malattie croniche non trasmissibili (cardiopatie ischemiche, ictus, ipertensione, diabete mellito, alcuni tipi di tumore) e contribuisce all'aggravamento di patologie già esistenti. L'obesità rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica, anche perché la sua prevalenza è in costante aumento non solo nei Paesi occidentali ma anche in quelli a basso-medio reddito. L'eccesso ponderale rappresenta il quinto fattore di rischio per mortalità. I risultati PASSI 2012-2015 indicano che nelle Marche una quota rilevante (42%, come per l'Italia) degli adulti 18- 69 anni presenta un eccesso ponderale, in particolare il 33% è in sovrappeso (32% il valore nazionale) e il 9% è obeso (10% il valore nazionale).

La percezione che si ha del proprio peso è un fattore importante da considerare in quanto può condurre ad un cambiamento in positivo nel proprio stile di vita. Dai dati Passi 2012-2015 si osserva che nelle Marche la percezione del proprio peso è corretta negli obesi (il 93% lo considera troppo alto) e nei normopeso (l'81% lo considera più o meno giusto). Tra le persone in sovrappeso invece emerge una criticità, infatti un'elevata percentuale di queste (40%) non ritiene il proprio peso troppo alto.



L'eccesso ponderale è una condizione che aumenta con l'età, è più frequente tra gli uomini e tra le persone socialmente svantaggiate, con basso titolo di studio e difficoltà economiche. Tra le persone con il livello di istruzione più basso, il 59% è in eccesso ponderale, con una percentuale di obesi del 17%. Le persone in eccesso ponderale mostrano profili di salute più critici rispetto a quelle che non lo sono.

Infatti riferiscono con maggiore frequenza la presenza di fattori di rischio cardiovascolare (ipertensione e ipercolesterolemia) e di condizioni patologiche importanti (diabete, infarto e malattie respiratorie croniche).



Nella Regione Marche, il 57,6% della popolazione ultra 64enne riferisce almeno una patologia cronica. Il numero di patologie aumenta al crescere dell'età infatti il 63% degli anziani ultra 80enni dichiara di avere una o più patologie. Circa il 55% delle persone ha dichiarato di soffrire di ipertensione arteriosa sistolica, risulta essere uno dei principali fattori di rischio per la popolazione con oltre 65 anni.

6.2.3 ATTIVITÀ FISICA

L'attività fisica è definita come qualsiasi attività muscoloscheletrica che comporta un dispendio energetico. È quindi possibile essere fisicamente attivi grazie all'attività lavorativa, al trasporto attivo, alle attività del tempo libero.

L'inattività fisica è il quarto più importante fattore di rischio di mortalità a livello mondiale e causa il 6% di tutti i decessi. E' superato soltanto dall'ipertensione sanguigna (13%) e dal consumo di tabacco (9%) e si attesta allo stesso livello di rischio dell'iperglicemia (6%).

L'inattività fisica è la causa principale di circa:

- il 21-25% dei tumori della mammella e del colon

- il 27% dei casi di diabete
- il 30% delle malattie cardiache ischemiche.

Nel periodo 2011-14: il 31% dei marchigiani intervistati ha uno stile di vita attivo: conduce infatti un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata (33% nel pool di Asl); il 46% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato parzialmente attivo (36% nel pool di Asl); il 23% è completamente sedentario (31% nel pool di Asl). Complessivamente pertanto nel triennio 2011-2014 nelle Marche si stima che vi siano circa 238 mila adulti che non effettuano alcuna attività fisica. Nelle Marche la sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa:

- nelle donne (25% vs 21% degli uomini);
- nelle persone con basso livello d'istruzione (32%);
- in quelle con molte difficoltà economiche (28%)

Nelle Aree Vaste regionali la percentuale di persone a cui è stato consigliato di fare più attività fisica da parte del medico, varia dal 21% dell'AV5 (valore significativamente più basso, dal punto di vista statistico, di quello regionale e di quello delle altre AV), al 37% dell'AV4.³⁵

³⁵ Determina del direttore della area vasta n. 5 n. 1012/av5 del 25/07/2017.

6.2.5 MORTALITÀ PER TUMORI

La mortalità per tumore è in diminuzione in entrambi i sessi, ma l'invecchiamento della popolazione, che è associato al rischio oncologico, fa sì che le morti siano cresciute nel tempo in valore assoluto (Regione Marche 2003 un totale di 4.677 decessi per tumore, nel 2016 un totale di 4.736). I tumori sono la seconda causa di morte (il 27,27% di tutti i decessi), dopo le malattie del sistema circolatorio (37,39%). I decessi per tumore rappresentano il 27% della mortalità totale. I tumori che hanno causato nel 2016 il maggior numero di decessi risultano essere: tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni (Regione Marche anno 2016 un totale M+F di 763 decessi, il 16,1% sul totale), tumori maligni del colon, del retto e dell'ano (anno 2016 un totale M+F di 590 decessi, il 12,46% sul totale), seguiti dal tumore maligno del pancreas (363 decessi, il 7,6% sul totale), dello stomaco (345 decessi, il 7,28% sul totale) e tumori maligni del seno (333 decessi, il 7% sul totale).³⁶

Territorio Regione	2014		2015		2016	
	Numero decessi	Tasso 10000	Numero decessi	Tasso 10000	Numero decessi	Tasso 10000
Marche						
Pesaro-Urbino	1098	30,18	1138	31,4	1095	30,32
Ancona	1471	30,74	1461	30,63	1511	31,18
Macerata	986	30,66	950	29,59	963	30,13
Fermo	531	30,1	524	29,77	541	30,87
Ascoli Piceno	615	29,8	613	29,1	626	29,84

³⁶ Profilo di Salute Regione Marche anno 2019.

7-STATO DELL'ARTE IN AREA VASTA 5

Come già detto nel capitolo precedente, la rete oncologica è attiva solo in 6 regioni d'Italia. Per quanto riguarda la regione Marche è presente una delibera di istituzione (DGR 1345 DATA: 30/09/13, DGR 1219 DATA: 27/10/14)³⁷, con un'autorità centrale di collegamento, integrazione multidisciplinare, definizione dei PDTA, coinvolgimento dei servizi territoriali, partecipazione dei MMG, sistema di indicatori e audit, rete di cure palliative ma non è attiva e non sono stati definiti i punti di accesso fisici e informatici.

A sostegno dei malati oncologici l'area vasta 5 offre al momento dei contributi per il paziente e il relativo accompagnatore che prevedono il rimborso totale delle spese di viaggio dal luogo di residenza/domicilio al luogo di cura effettuato con mezzi di trasporto pubblico o autoambulanza ad esclusione dei cittadini che usufruiscono del trasporto sanitario; qualora il beneficiario utilizzi il mezzo proprio, avrà diritto al rimborso di 1/5 del costo della benzina per kilometro percorso. Il rimborso delle spese sostenute per vitto e alloggio durante il periodo di cura pari al 70% delle stesse.³⁸ Inoltre esiste un'APP gratuita, intuitiva e di facile consultazione che fornisce le informazioni relative ai tre screening, indirizzi e numeri di telefono interattivi dei servizi a cui rivolgersi per le informazioni.³⁹ E l'associazione "IOM ASCOLI PICENO ONLUS" ("già Amici dello IOM onlus") di Ascoli Piceno nata nel marzo 1996 avente lo scopo principale di svolgere assistenza domiciliare gratuita dei malati oncologici.⁴⁰ Per quanto riguarda invece l'assistenza e la gestione della malattia è riservata alle U.O. di oncologia medica di Ascoli e San Benedetto, nel regime di day Hospital per la somministrazione della chemioterapia, radioterapia, terapia infusione di supporto e terapia palliativa del dolore; invece per visite cliniche periodiche (follow-up) per pazienti già trattati con chirurgia e/o radioterapia e/o chemioterapia, valutazione clinica di pazienti con sospetto di malattia neoplastica per effettuare indagini cliniche e strumentali di approfondimento, valutazione clinica di pazienti con patologia benigna e con familiarità positiva per malattia neoplastica al fine di monitorare l'eventuale maggior rischio c'è un servizio ambulatoriale a

³⁷ Determina del direttore della area vasta n. 5 n. 1012/av5 del 25/07/2017.

³⁸ Pazienti oncologici portal asur marche (a).

³⁹ Pazienti oncologici portal asur marche (b).

⁴⁰ IOM ASCOLI PICENO ONLUS - Comune di Ascoli Piceno.

disposizione; infine l'assistenza domiciliare per consulenze a domicilio programmate e per garantire la continuità assistenziale dei pazienti.

Oltre alle unità operative dei presidi ospedalieri ci sono altri centri autorizzati ad offrire queste prestazioni; come la casa di cura villa San Giuseppe (AP), villa San Marco (AP),⁴¹ casa di cura privata Stella Maris (SBT) e la casa di cura privata Villa Anna (SBT).⁴²

⁴¹ FONDAZIONE CESARE SERONO Elenco Centri autorizzati Oncologia Ascoli Piceno.

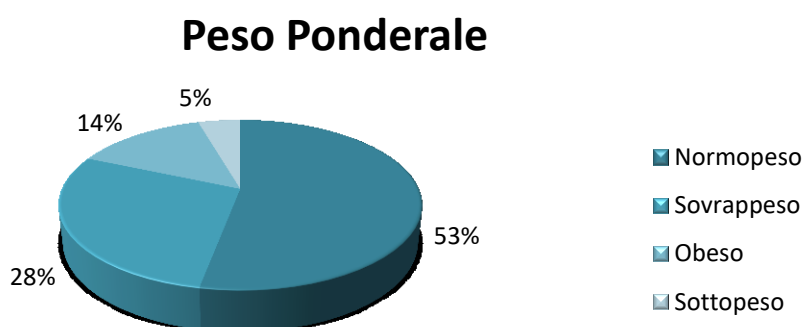
⁴² FONDAZIONE CESARE SERONO Elenco Centri autorizzati Oncologia San Benedetto del Tronto.

8-VALUTAZIONE DEL BISOGNO DELLA POPOLAZIONE TRAMITE LA SOMMINISTRAZIONE DI UN QUESTIONARIO, ANALISI DEI DATI

Nel periodo tra agosto e settembre 2020 ho condotto un'indagine conoscitiva rivolta ai pazienti oncologici presenti in Area Vasta 5, finalizzata all'evidenziazione di eventuali criticità o carenze. A Tale scopo ho strutturato un questionario composto da 42 domande, che ho somministrato a 200 pazienti presi a campione, del reparto di oncologia di San Benedetto del Tronto e di Ascoli Piceno. Il 54% del campione intervistato apparteneva al sesso femminile e il 46% al maschile. L'età media delle donne nella proporzione del 50% è di 65 anni mentre il 52% degli uomini ha più di 65 anni e il restante 47,8% ha un'età inferiore a 65 anni.

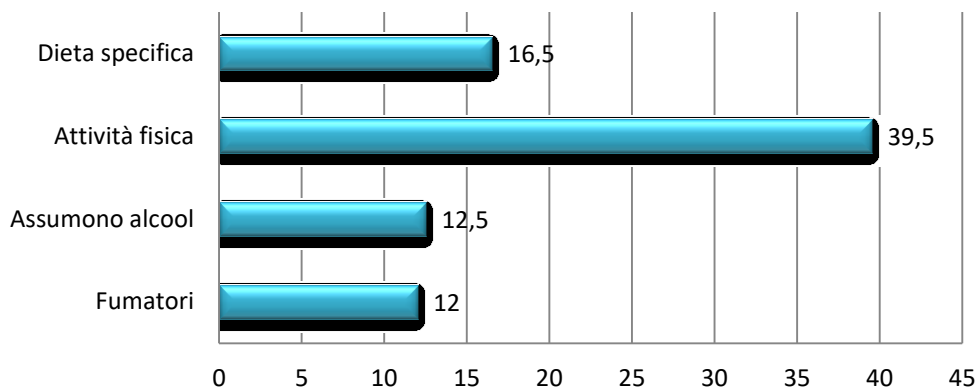
Ho preso in esame: scheda anagrafica, stile di vita, eventuali patologie croniche, stato di salute riferito alla patologia oncologica, valutazione dell'organizzazione sanitaria in tempo di pandemia, dal punto di vista dei pazienti, con sua valutazione tramite l'utilizzo di una tabella, quali sono le figure di riferimento a cui solitamente si affidano, la conoscenza del territorio dell'area vasta 5 ed eventuali carenze ed infine la necessità di un team multiprofessionale sul territorio.

Per quanto riguarda l'analisi del peso, la popolazione presa in esame risulta essere per il 53% normopeso, il 28,5% sovrappeso, il 14% obeso e il 4,5% è sottopeso.



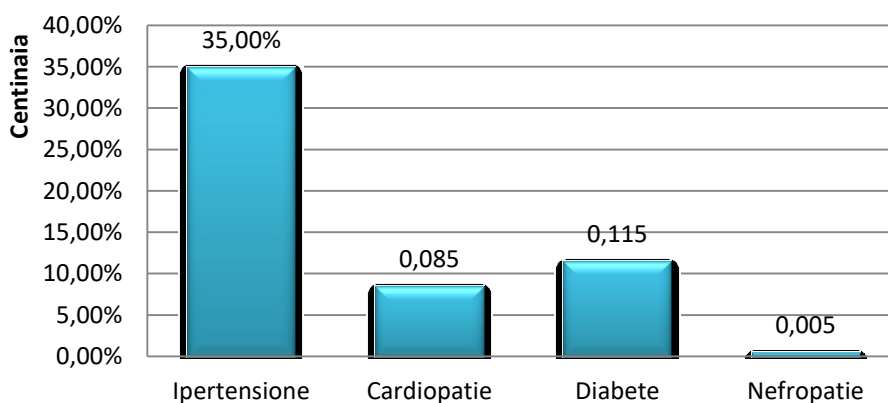
Inoltre il 12,5% del campione fuma, e assume alcool in maniera moderata, il 39,5% pratica attività fisica e solo il 16,5% segue una dieta sana ed equilibrata.

Stile di vita

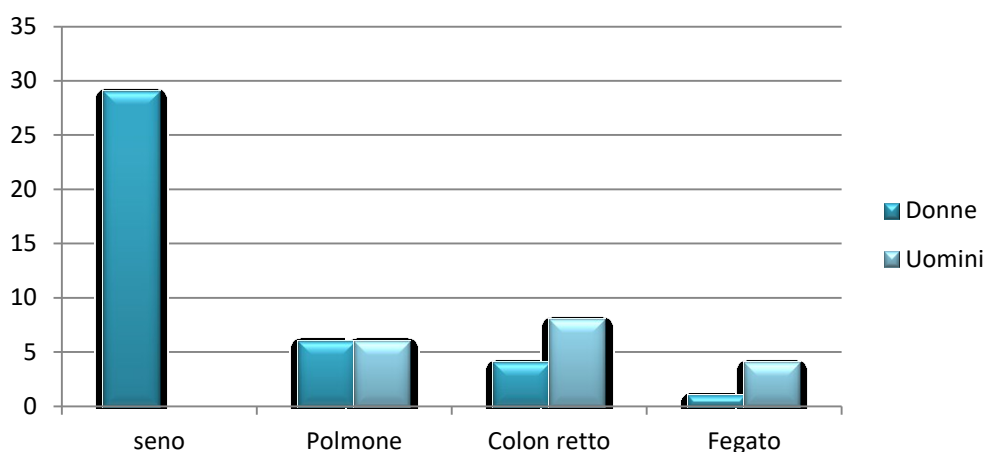


Analizzando anche le patologie croniche si evince che il 50% degli intervistati ha almeno una patologia cronica di cui il 14,5% ha almeno 2 o più patologie.

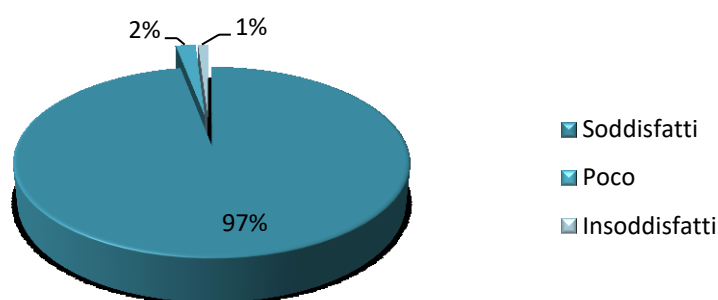
Patologie Croniche



Analizzando le percentuali dei tumori, queste ricalcano in maniera quasi puntuale i dati nazionali. Notiamo infatti, che fra i tumori più incidenti a carico del sesso femminile sono quelli al seno (29%), al secondo al polmone (6%) e infine il colon retto (4%), mentre per gli uomini al primo posto c'è il tumore al colon retto (8%), polmoni (6%), fegato (4%).



Tutti gli intervistati seguono terapie antitumorali, di cui il 53% era in terapia anche durante il periodo in cui nel nostro paese è stato istituito il lockdown dovuto alla pandemia per il coronavirus, agli intervistati è stato chiesto se fossero soddisfatti di quello che è stato messo a disposizione per continuare le terapie in totale sicurezza, il 49% ha risposto di essere soddisfatto e di essersi sentito al sicuro, solo l'1% ha risposto poco e lo 0,5% non si è ritenuto soddisfatto.



Carenze emerse dall'analisi:

- Diverse ore di attesa per eseguire le terapie;
- Coloro che solitamente facevano riferimento all'ospedale di San Benedetto, hanno riscontrato problematiche per doversi spostate, l'80% ha utilizzato un mezzo proprio per raggiungere l'ospedale di Ascoli Piceno durante il periodo pandemico;

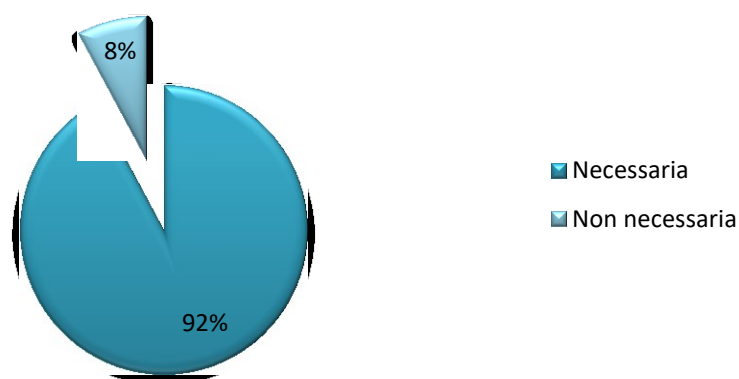
- I pazienti devono far riferimento a più strutture dislocate per poter eseguire trattamenti, e molte volte queste strutture non si comunicano tra loro quindi il paziente si trova disorientato e fa fatica a capire cosa dovrebbe fare, causando una perdita di tempo;
- Scarso sviluppo delle tecnologie e di un mancato utilizzo di banche dati a cui i medici (mmg, specialisti) potrebbero far riferimento;
- Numero elevato di pazienti nei reparti oncologici;
- Scarsa conoscenza del territorio e di quello che esso offre.

Per quanto riguarda le figure professionali sul territorio a cui gli utenti si rivolgono solitamente:

- il 68% degli intervistati riferisce di rivolgersi raramente al MMG
- il 32% riferisce di non rivolgersi a nessun altro oltre il proprio oncologo.
- Il 54% riferisce di volere di volere altre figure professionali a cui far riferimento, identificato dal 30% dei pazienti l'infermiere di famiglia.

Sulla necessità di un'equipe multiprofessionale il 92% degli utenti affermano che sarebbe necessaria e solo il 7% ritiene che l'ospedale sia più che sufficiente.

Equipe multiprofessionale



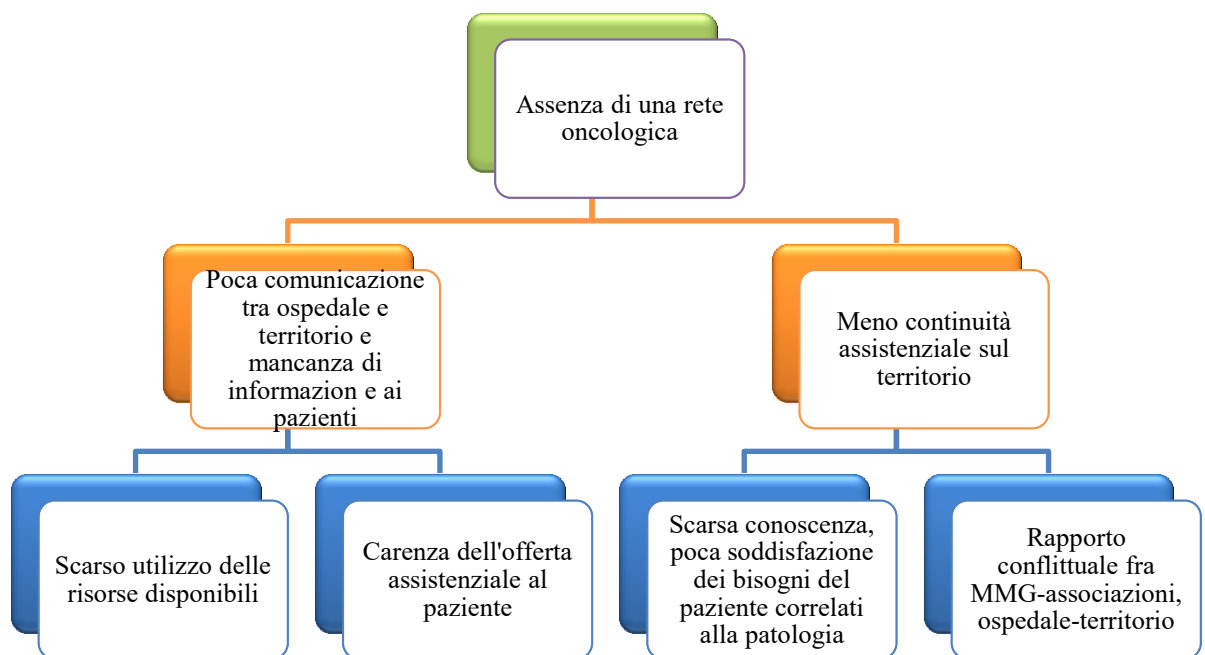
9-PROGETTO PER LA COSTRUZIONE DI UNA RETE OSPEDALE-TERRITORIO

L'analisi del questionario, ha fatto emergere delle carenze strutturali ed assistenziali a livello territoriale in ambito oncologico: unitamente all'assenza di un equipe multiprofessionale in grado di dare risposte puntuali alle varie esigenze e problemi che tali pazienti si trovano di giorno in giorno a dover affrontare. In questo senso il mio progetto si pone degli obiettivi generali e degli obiettivi specifici. Da qui nasce l'esigenza di un servizio che in un certo senso possa dare delle risposte a queste esigenze riempiendo un vuoto assistenziale.

Per strutturare il progetto ho scelto di seguire un approccio dialogico, secondo questo approccio la progettazione è intesa come collettiva e partecipata, i fattori su cui si fonda sono:

1. La rappresentazione del problema come qualcosa da costruire e che dipende dall'interazione dei soggetti coinvolti;
2. La forte valorizzazione della partecipazione e del coinvolgimento di diversi punti di vista;
3. La possibilità di affrontare la progettazione solo attraverso un atteggiamento di ricerca e di costante rimodulazione.

A tal fine ho innanzitutto identificato i problemi che sono alla base delle suddette carenze, attraverso l'identificazione del problema che rappresenta il primo stadio del percorso metodologico che consente di passare dalla percezione individuale, alla definizione di un oggetto di lavoro definito. Lo strumento da me utilizzato per la descrizione delle problematiche è l'albero dei problemi:



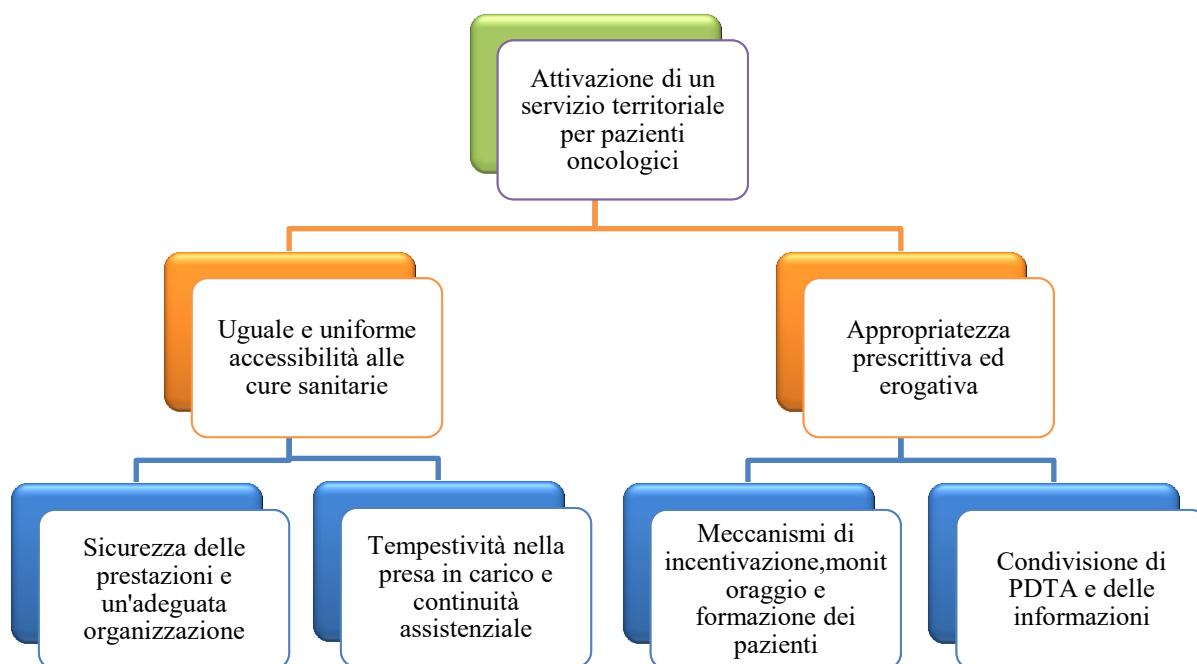
Un altro passaggio fondamentale è quello della definizione della mappa degli attori che a vario tipo sono interessati al problema assunto dal progetto. Ho identificato a tal fine i seguenti professionisti che sono parte integrante del servizio:

- Case manager;
- Medici specialisti, oncologi e MMG;
- Infermiere di famiglia;
- Psicologi;
- Nutrizionisti;
- Assistente sociale;
- Operatori socio sanitari;
- Fisioterapisti.

Ho definito l'obiettivo, attraverso la declinazione della situazione desiderata, in sintesi la meta che attraverso il mio progetto desidero raggiungere e che è direttamente connessa alla formulazione del problema e alla sua soluzione.

Il primo Obiettivo generale è quello dell'efficacia di una rete che consenta di migliorare la performance in oncologia facendosi carico di un dato territorio e garantendo prestazioni omogenee e di qualità. Un altro obiettivo generale è l'efficienza che garantisca la disponibilità di strumenti di condivisione e la creazione di infrastrutture di sistema: una rete che consenta un'organizzazione competitiva rispetto a modelli monoistituzionali e ospedale centrici.

Per quanto riguarda gli obiettivi specifici essi verranno descritti attraverso la rappresentazione dell'albero degli obiettivi:



In sintesi il servizio dovrebbe essere basato su una logica di interazione tra ospedale e territorio, in un'ottica collaborativa e condivisiva. Tale processo darebbe la possibilità ai suddetti pazienti di accedere a specifici percorsi assistenziali, che faciliterebbero la presa in carico da parte di un professionista o un team a lui dedicato che abbia come fine la realizzazione di un piano assistenziale personalizzato. Le diverse figure professionali facenti parte del team (Infermieri, Medici, Psicologi, Fisioterapisti, Operatori socio sanitari, Nutrizionisti, assistenti sociali) dovrebbero far parte di un pool multiprofessionale capace di offrire continuità assistenziale in

termini di intensività ed estensività. Il suddetto team dovrebbe essere formato in maniera specifica nella gestione del paziente oncologico, sia in ambito clinico che assistenziale con spiccate capacità relazionali orientate soprattutto all'ascolto attivo ed empatico, capace di instaurare un rapporto di fiducia in una relazione di aiuto orientata a sostegno della persona e della famiglia. Chi deve comunque fare da trade union è il case manager, che è il responsabile del caso. I suoi compiti includono l'effettiva valutazione dei bisogni dell'assistito, in una visione olistica; la pianificazione dei supporti, delle risorse e dei servizi necessari; la messa in rete delle risorse e degli interventi; il coordinamento dei processi; la garanzia della continuità della presa in carico, è colui che si fa carico, nell'ottica del caring, di tutte le esigenze della persona assistita, evitando quella presa in carico frammentata, inefficace e antieconomica, che negli anni scorsi ha portato tante persone a sentirsi rimbalzate fra un servizio e l'altro. Sono diverse le figure professionali che possono ricoprire tale funzione: educatore, infermiere, psicologo, assistente sociale, ad esempio. Secondo la Fondazione ISTUD è importante che il case manager non sia una figura gerarchica aggiuntiva all'équipe, quanto piuttosto l'attribuzione di questa funzione a professionisti che già lavorano quotidianamente dentro l'équipe multiprofessionale, adeguatamente preparati con una formazione aggiuntiva. Oltre al case manager un'altra figura fondamentale nel team è l'infermiere di famiglia.

9.1-L'INFERMIERE DI FAMIGLIA

Da quando l'Oms elaborò questa figura ci sono voluti sei anni per avere il riconoscimento dell'area specialistica come sanità pubblica (legge 43/2006) e quindi la nascita dei primi master. Solo nel 2012, con il decreto Balduzzi si è assistito a una riorganizzazione, a livello nazionale, nell'ambito delle cure primarie, ambito domiciliare e territoriale proponendo poliambulatori distrettuali che, con adeguata turnazione del personale, forniscono un servizio 24 ore su 24.

Nel dicembre 2014 viene fatta una proposta di legge atta a modificare il decreto Balduzzi, che introduce di fatto la figura dell'infermiere di famiglia. Si tratta di una norma che propone il pieno riconoscimento della professione infermieristica come figura di riferimento per lo sviluppo e il potenziamento dei servizi territoriali di assistenza domiciliare, al fine di salvaguardare lo stato di salute dei cittadini

L'infermiere di famiglia è un professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità, con conoscenze e competenze specialistiche nelle cure primarie e sanità pubblica. Il suo ruolo è quello di promuovere salute, prevenzione e gestione nelle reti multiprofessionali dei processi di salute individuali, familiari e della comunità all'interno del sistema delle cure primarie. Risponde ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale di riferimento non erogando solo assistenza, ma attivandola e stabilendo con le persone e le comunità rapporti affettivi, emotivi e legami solidaristici che diventano parte stessa della presa in carico. Le sue competenze secondo la FNOPI sono definite in percorsi formativi specifici post-laurea (tra cui Laurea Magistrale, Dottorato, Master di I e II Livello "infermieristica di famiglia e comunità"). L'infermiere di famiglia deve possedere capacità di lettura dei dati epidemiologici e del sistema-contesto, deve avere un elevato grado di conoscenza del sistema della Rete dei Servizi sanitari e sociali per creare connessioni ed attivare azioni di integrazione orizzontale e verticale tra servizi e professionisti a favore di una risposta sinergica ed efficace al bisogno dei cittadini della comunità. Non è l'assistente di studio del medico di medicina generale, non è 'assunto' da questo, ma è una figura professionale che insieme ad altre figure professionali forma la rete integrata territoriale, prende in carico in modo autonomo la famiglia, la collettività e il singolo. E tutto questo si porta dietro anche modalità di assistenza come la telemedicina, la teleassistenza, il telenursing. Il futuro delle cure primarie dovrà essere basato su team multiprofessionali composti da medici, infermieri, farmacisti e operatori sanitari della comunità, dotati di tecnologia digitale e perfettamente integrati con servizi di assistenza specializzati. Questo team di professionisti opera all'interno di ambulatori e a domicilio, diciamo addio al vecchio medico di famiglia che visita solo nel suo studio, l'assistenza territoriale sarà il nostro futuro.

Il mio progetto è basato sulla costruzione di un servizio territoriale che si occupi della gestione del paziente oncologico in maniera olistica deve essere basato su:

- Un modello organizzativo; ad esempio il COMPREHENSIVE CANCER CARE NETWORK (CCCN): Rete gestita e coordinata da una autorità centrale che include tutte le Strutture presenti nel territorio, ha il valore aggiunto di garantire una assistenza di eccellenza "vicino casa" perché si basa sulla valorizzazione e specializzazione di tutte le strutture presenti su un dato territorio, integrandole in percorsi al servizio dei cittadini/pazienti e dei loro familiari. Infine tale modello sembra essere quello più facilmente sostenibile, anche se è evidente la necessità di valutazioni formali.
- L'adozione condivisa di linee-guida (o percorsi diagnostico-terapeutici)
- Promozione e uso ottimale di tecnologie avanzate, spesso anche costose;
- attivazione di outcome, sull'intera popolazione regionale, dell'operato dell'intero network;
- Programmi di formazione per il personale;
- Brochure per informare ed educare gli utenti;
- Ambulatori adeguatamente forniti;
- Finanziamenti economici.

9.2-SCHEMA DEL PROGETTO

TITOLO DEL PROGETTO: progetto per la realizzazione di un servizio multidisciplinare e integrato per la gestione olistica del paziente oncologico.

<p>Descrizione</p>	<p>– Istituzione di un servizio territoriale costituito da un team multidisciplinare attraverso la presa in carico dei pazienti oncologici: continuità assistenziale, supporto al malato e alla famiglia e appropriatezza delle prestazioni. Il team è composto da infermieri di famiglia, medici oncologi, specialisti e MMG, assistenti sociali, nutrizionisti, fisioterapisti, psicologi, operatori socio sanitari. Il servizio sarà basato su una logica di interazione ospedale-territorio per la gestione olistica del paziente.</p>
---------------------------	--

Obbiettivi	<ul style="list-style-type: none"> - Conoscere il bisogno assistenziale; - Indagare sulle patologie tumorali più incidenti; - Definire il livello di soddisfazione dei pazienti; - Proporre un modello assistenziale in termini di assistenza in termini di estensività a livello territoriale; - Erogare prestazioni qualitativamente appropriate.
Materiali e metodi	<ul style="list-style-type: none"> - Somministrazione di un questionario di 42 domande a 200 pazienti con patologie oncologiche che per le loro cure fanno riferimento ai reparti di oncologia dell'ospedale si San Benedetto del Tronto e di Ascoli Piceno, volte ad indagare il bisogno dei pazienti che sono affetti da una patologia oncologica e quello che il territorio dell'area vasta 5 mette a disposizione per rispondere alle loro necessità. - Tutte le risposte sono state analizzate per valutare le carenze.
Risultati	<ul style="list-style-type: none"> - Dall'analisi dei dati emersi risulta: - pazienti intervistati si ritengono soddisfatti delle cure che ricevono dagli operatori all'interno dei reparti ospedalieri ma affermano la necessità di qualcosa in più, più personale dato il numero elevato di pazienti, e più utilizzo del territorio ritenuto ancora poco conosciuto ed utilizzato
Conclusioni	<ul style="list-style-type: none"> - Appare quindi necessario pensare ad un servizio territoriale "nuovo" che possa essere integrato con le strutture ospedaliere al fine di rispondere al crescente bisogno di salute della popolazione, privilegiando un'integrazione tra diverse figure professionali. - L'infermiere indentificato nella figura del Care Manager, è la figura preposta al coordinamento della rete.

	<ul style="list-style-type: none"> - Altre figure professionali che fanno parte del team: Fisioterapisti, psicologi, nutrizionisti, assistenti sociali - Creazione di ambulatori dedicati sul territorio e servizio a domicilio. - Definizione dei vari punti di accesso. - Identificazione del modello organizzativo appropriato, definizione PDTA. - Formazione di brochure informative e incontri periodici che abbiano la finalità di informare gli utenti afferenti al del servizio. - Attività di formazione rivolta ai pazienti oncologici; - Definizione delle risorse necessarie, materiali utili agli operatori, strumenti informatizzati. - Valutazione della qualità, efficacia e competenza degli interventi, innovazione e ricerca, appropriatezza, equità, tempestività di accesso, coinvolgimento dell'utente.
<p>Realizzazione:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Definizione del budget necessario per lo sviluppo del servizio e ricerca di fondi a disposizione. <p>A tal proposito potremmo far affidamento sui fondi stanziati dal decreto rilancio che mette a disposizione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 733.969.086 euro per migliorare assistenza domiciliare; - 61.000.000 euro per potenziare le reti territoriali, inoltre è previsto il rafforzamento dei servizi infermieristici territoriali; - 332.640.000 euro per le nuove assunzioni di infermieri di famiglia; - 72.271.204 euro per una maggiore

	<p>sorveglianza sanitaria domiciliare attraverso la telemedicina.⁴³</p> <ul style="list-style-type: none">– Area vasta 5: sarebbero necessari circa 72.500,00 euro da investire in: personale, acquisto di beni, servizi e trasporti, interventi per il miglioramento dei servizi di cura oncologici, formazione, sviluppo di servizi centralizzati di rete, progetti promossi dalla rete.
--	---

⁴³ Roberto Speranza, 19 maggio 2020, decreto rilancio salute.

10- CONCLUSIONI

Stiamo assistendo ad un cambiamento del sistema sanitario nazionale, esso ha ereditato una struttura ospedalocentrica, dove ospedale e territorio sono vissuti come soggetti diversi, a volte anche in competizione e contrapposizione l'uno con l'altro. Abbiamo bisogno di una riforma seria delle cure primarie, che veda sorgere presidi territoriali dove convivano più professionalità, cioè medici, infermieri, fisioterapisti, operatori socio sanitari, psicologi, nutrizionisti, e che siano capaci non soltanto di erogare cure, ma anche di fare prevenzione, sorveglianza epidemiologica e di prendersi cura di tutti gli aspetti del malato che siano legati alla malattia o meno, quella che è clamorosamente mancata in questa emergenza da coronavirus. La pandemia ha messo in luce molte carenze nel nostro territorio, ci siamo trovati disarmati ad affrontare questa situazione, abbiamo avuto un blocco delle cure, della prevenzione, delle visite, che hanno creato varie ripercussioni sulla salute dei cittadini, i quali durante il lockdown non si sono recati negli ospedali per paura del contagio e così è cresciuto il bisogno di servizi territoriali e domiciliari. Occorre però che questi presidi territoriali siano in grado di fronteggiare il bisogno del cittadino e abbiamo personale formato per dare loro la migliore assistenza di cui hanno bisogno e si colleghino agli ospedali secondo una logica dipartimentale, con percorsi condivisi e dove gli stessi professionisti siano in relazione, cioè comunichino, collaborino e si scambino informazioni sui pazienti. Nasce da qui il bisogno di nuove figure professionali come quella dell'infermiere di famiglia, secondo l'Oms il "nuovo infermiere" è colui che aiuta gli individui ad adattarsi a malattia e disabilità cronica trascorrendo buona parte del suo tempo a lavorare a domicilio della persona assistita e della sua famiglia. L'idea potrebbe essere quella del medico di medicina generale "clinical manager" dei pazienti sul territorio e dell'infermiere care manager, il loro "welfare manager" perché dopo la giusta diagnosi e la scelta della migliore terapia il paziente ha assoluta necessità di essere seguito, guidato e aiutato nei suoi bisogni di salute con approccio proattivo e trasversale, prerogative della professione infermieristica. L'infermiere di famiglia può gestire i processi infermieristici in ambito familiare e di comunità di riferimento e opera in collaborazione con il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta, il medico di comunità e l'équipe multiprofessionale per aiutare individuo e famiglie a trovare le soluzioni ai loro bisogni di salute e a gestire le malattie croniche e le disabilità. Ciò che importante è

che si crei un team, una sinergia professionale a favore del paziente e che il team multiprofessionale non segua logiche di prevaricazione professionale, ma sia un team messo in condizioni di confrontarsi con pari dignità, con ruoli definiti e definibili che sono in grado di orientare i percorsi secondo la professione più "pesante" e "prevalente" nei bisogni della persona. Un team, una micro-équipe, appunto, che sia in grado di farsi carico davvero del paziente h24 nel rispetto e nella complementarità di ruoli, competenze e funzioni di chi può davvero assistere il paziente sul territorio, nella piena domiciliarità.

Esempi di questo genere, sul territorio nazionale, ce ne sono già, ma a macchia di leopardo. La mia indagine ha messo in evidenza che sul territorio dell'area vasta 5 manca un servizio territoriale per la presa in carico del paziente oncologico dimostrando contestualmente la necessità di strutturare un team multidisciplinare in grado di dare risposte puntuali a tali pazienti. La medicina del domani dovrà necessariamente spostarsi sul territorio, per l'aumento della cronicità, il progressivo invecchiamento della popolazione ed il numero sempre in crescita di pazienti che fanno riferimento a strutture ospedaliere, le quali faticano a dare una buona risposta assistenziale a tutti. L'organizzazione dovrà essere rafforzata rispetto alle modalità di lavoro più vicine alla realtà della popolazione e questo oltre a servizi sul territorio deve sfruttare le opportunità tecnologiche oggi disponibili: la diagnostica territoriale e la telemedicina, ad esempio, possono coadiuvare i medici e gli infermieri sia nell'erogazione di cure, nel monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente riuscendo a migliorare la continuità assistenziale. Non è fantascienza e nemmeno smart working, ma un modo per far sentire il paziente al sicuro, protetto e vicino a qualcuno che sa rispondere ai suoi dubbi o semplicemente sa ascoltare le sue paure.

ALLEGATO: QUESTIONARIO ESPLORATIVO

SCHEMA ANAGRAFICA:

Cognome e nome (iniziali)..... Sesso.....
Età..... Professione.....
Altezza(cm)..... Grado di istruzione.....
Peso(kg)..... Area vasta di appartenenza.....
Luogo di residenza..... Stato civile.....

STILE DI VITA:

Segue un'alimentazione specifica? SI NO

che tipo di alimentazione segue? Onnivoro

Vegetariano

Vegano

Tabagismo SI NO Se si quante sigarette fuma al giorno?.....

Alcool SI NO Occasionalmente

Pratica attività fisica? SI NO se si quante volte la pratica?

Quasi ogni giorno

2-3 volte a settimana

1 volta a settimana

Qualche volta

Assume farmaci? NO

SI, Se si per quali patologie?

Diabete

Ipertensione

Nefropatie

Cardiopatie

Altro.....

SALUTE:

Patologia oncologica.....

E' in terapia? SI NO , se si quale terapia?.....

Quanti cicli di terapia dovrà effettuare in totale?.....

È portatore di MIDLINE PORT

CVC PICC

Esegue delle medicazioni durante la settimana per il catetere venoso di cui è portatore? SI NO

Se si quante volte? 1 volta a settimana

2 o più volte a settimana

1 volta al mese

Normalmente dove le medicano il Device?.....

In tempo di pandemia:

Sono stati individuati percorsi alternativi ai trattamenti ospedalieri a cui si sottoponeva?

.....
.....
.....

Dove ha continuato la terapia?.....

Dove ha eseguito le medicazioni per il device?.....

A chi si è rivolto in caso di necessità?.....

Le è stato messo a disposizione un mezzo per raggiungere il posto in cui seguiva i cicli di terapia o lo ha raggiunto con mezzi propri?.....

Sono emerse delle carenze nel suddetto periodo?

.....
.....
.....

Sono stati individuati percorsi alternativi a livello territoriale per la gestione del suo device? SI NO,

Se si quali?.....

Sono state individuate figure di riferimento in ambito territoriale? SI NO,

Se si quali?.....

Se no , a quale figura avrebbe voluto far riferimento in caso di bisogno?

Medico MMG

Infermiere di comunita'

Fisioterapista

Assistente Sociale

Psicologo

Esegue trattamenti per il controllo del dolore? SI NO

Se si ,durante la pandemia è stato individuato un percorso alternativo che le consentisse di continuare a ricevere un supporto specifico per la gestione del dolore?

.....
.....
.....

Si sente soddisfatto del supporto assistenziale ricevuto durante il periodo di pandemia? SI

NO

POCO

Quali sono le maggiori carenze che a suo avviso si sono evidenziate a livello di ospedale e territorio?

.....
.....
.....
.....

Secondo la sua esperienza , c'è integrazione fra l'ospedale e il territorio? SI

NO

Se no,Ritiene sia auspicabile una maggiore integrazione?

.....
.....
.....
.....

Come valterebbe l'organizzazione dell'area vasta5 in una situazione di emergenza per persone con patologie oncologiche?

	Eccellente	Media	Buona	Scarsa
Organizzazione percorsi per eseguire le terapie				
Percorso codificato per eseguire le medicazioni				
Disponibilità da parte di personale sanitario in caso di necessità				
Creazione di percorsi puliti				
Sicurezza del paziente no covid				

Le sarebbe piaciuto avere una figura di riferimento certo e dei percorsi ben definiti in tale frangente? SI NO

Ritiene sia necessario,per i pazienti oncologici, avere sul territorio un equipe multiprofessionale di riferimento per la continuità assistenziale?.....

.....
.....

C'è uno psicologo nel reparto?.....

Se no, lo vorresti?.....

BIBLIOGRAFIA

I numeri del cancro 2019;

“in Italia la sopravvivenza più alta d’Europa ma meno risorse. screening, al via la più grande campagna mai realizzata nel nostro paese” 20 maggio 2020, AIOM;

Piano d’azione globale dell’oms per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020-ministero della salute;

Ministero della salute, piano oncologico nazionale 2010-2012;

AIRTUM Working Group. I tumori in Italia Rapporto 2019;

A.I.R.TUM. ONLUS – Associazione Italiana Registri Tumori;

Ministero della salute, piano oncologico nazionale 2010-2012;

Dott. Marco Pompili, Accreditamento Registro Tumori Regione Marche (AIRTUM);

Luengo-Fernandez, R., Leal, J., Gray, A., & Sullivan, R. (2013). Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis. *The lancet oncology*, 14(12), 1165-1174;

8° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici Roma, 12-15 maggio 2016;

Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025;

L’importanza della prevenzione per combattere i tumori, 25 Settembre 2019, Renata Gili (a);

L’importanza della prevenzione per combattere i tumori, 25 Settembre 2019, Renata Gili (b);

Ministero della salute, Piano nazionale della vaccinazione 2017-2019;

Istituto superiore di sanità, centro nazionale delle malattie rare, pubblicato il 30-10-2014 in Prevenzione delle Malattie Rare , aggiornato al 12-01-2015;

Profilo di Salute Regione Marche 2° Report Anno 2019;

Ministero della salute, screening oncologici;

Profilo di Salute Regione Marche 2° Report Anno 2019;

DATI ISTAT;

Chan AT, Giovannucci EL. Primary prevention of colorectal cancer. Gastroenterology 2010; 138:2029-43;

Osservatorio Nazionale Screening;

Profilo di Salute Regione Marche 2° Report Anno 2019;

AIRC, cancro: la prevenzione;

La prevenzione come elemento per la sostenibilità del SSN, V. Atella, E. Borgonovi, C. Collicelli, J. Kopinska, F. Lecci e F. Maietta Direttore Scientifico Fondazione Farmafactoring Vincenzo Atella;

Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale PNPV 2017-2019;

Boccalini et al, Human Vaccines 2013;

Favato, G., et al., Med Care, 2012. 50(12): p. 1076-85.; La Torre, G., et al., Vaccines, 2010. 28(19);

J. Ehreth “The value of vaccination, a global perspective”, Vaccines;

The Fiscal Consequences of adult immunization in the Netherlands: supporting active ageing through immunization. Saati; 2013: Global Market Access solutions;

Ministero della Salute piano oncologico nazionale 2010/2012 (a);

Ministero della Salute piano oncologico nazionale 2010/2012 (b);

Strutture oncologiche e reti oncologiche regionali: libro bianco 2018;

Progetto di ricerca autofinanziata “reti oncologiche e percorsi clinico assistenziali in oncologia” contributo aiom_cipomo, Carmine Pinto, Presidente AIOM Maurizio Tomirotti, Presidente CIPOMO;

Piano socio-sanitario regionale 2020/2022. Il cittadino, l'integrazione, l'accessibilità e la sostenibilità;

Determina del direttore della area vasta n. 5 n. 1012/av5 del 25/07/2017;

Pazienti oncologici portal asur marche (a);

Pazienti oncologici portal asur marche (b);

IOM Ascoli Piceno onlus - Comune di Ascoli Piceno;

Fondazione Cesare Serono Elenco Centri autorizzati Oncologia Ascoli Piceno;

Fondazione Cesare Serono Elenco Centri autorizzati Oncologia San Benedetto del Tronto;

Roberto Speranza, 19 maggio 2020, decreto rilancio salute.

RINGRAZIAMENTI

Conclusi questi tre anni di corso e della stesura della tesi vorrei ringraziare tutte le persone che fanno parte della mia vita, in particolar modo:

Un ringraziamento particolare va alla mia correlatrice Lea Spano che mi ha seguito, con la sua infinita disponibilità, in ogni step della realizzazione dell'elaborato, fin dalla scelta dell'argomento, dandomi preziosi consigli non solo per la tesi ma anche per il mio prossimo futuro;

Grazie anche al mio relatore Alessandro Scalise che ha reso possibile lo svolgimento di questo elaborato;

Non posso non menzionare la mia famiglia che da sempre mi sostiene nella realizzazione dei miei progetti. Non finirò mai di ringraziarvi per avermi permesso di arrivare fin qui;

Un ringraziamento speciale a Gianmarco, il mio più grande sostenitore, che ha saputo ascoltare tutti i miei sfoghi e i dubbi dandomi sempre i consigli giusti da seguire;

Ed in fine le mie amiche “ di sempre”, con le quali ci sosteniamo l'una con l'altra facendoci forza a vicenda e le “nuove” che hanno reso questo viaggio più sereno e piacevole, grazie a tutte loro sono riuscita a superare gli ostacoli che si sono presentati nel corso degli anni;

Ciascuno di loro ha contribuito a darmi la forza per raggiungere il mio traguardo, un grazie speciale a tutti voi.

