

Con il patrocinio di



27 GIUGNO 2023



REGIONE LAZIO



## **SOS: FOCUS ONCOLOGIA LAZIO UN CANTIERE IN COSTRUZIONE DI CUI LE FONDAMENTA SONO LE RETI**



## **IL NETWORK TECNICO CHE GARANTISCE L'ACCESSO ALLE CURE E L'EVOLUZIONE DELLA FIGURA DEL FARMACISTA OSPEDALIERO**



Daiichi-Sankyo

Segreteria organizzativa



HEALTH COMMUNICATION AND EVENTS

Con il patrocinio di



Promosso da



Provider



## SOS: FOCUS ONCOLOGIA LAZIO UN CANTIERE IN COSTRUZIONE DI CUI LE FONDAMENTA SONO LE RETI

**SANIT**  
Forum della Salute



**27 GIUGNO**

dalle ore 15.30



**PALAZZO DELLA  
REGIONE LAZIO  
SALA TEVERE**

Via C. Colombo, 212

### ORE 15.30: IL CONTRIBUTO DELLE RAPPRESENTANZE DELLE CATEGORIE PROFESSIONALI E DEI CITTADINI ALL'IMPLEMENTAZIONE DEI MODELLI DI RETE

#### SALUTI ISTITUZIONALI

#### INTERVENGONO

**MODERA: CARLA BRUSCHELLI** Internista SIMI, divulgatrice scientifica RAI

- **MANUELA TAMBURRO DE BELLA** Coordinatore Oss. reti oncologiche Age.Na.S
- **ELIO ROSATI** Segretario regionale Cittadinanzattiva Lazio
- **PAOLO MARCHETTI** Presidente FMP
- **ALESSANDRA FABI** Coordinatrice AIOM Lazio
- **TERESA GAMUCCI** Delegato regionale Lazio CIPOMO
- **CLAUDIO DI CRISTOFANO** Presidente SIAPEC Lazio
- **FRANCESCO SCARCELLA** Presidente SICP Lazio
- **ROSARIO METE** Presidente CARD Lazio

Con il contributo non  
condizionante di



### ORE 17.30: TAVOLA ROTONDA "IL NETWORK TECNICO CHE GARANTISCE L'ACCESSO ALLE CURE E L'EVOLUZIONE DELLA FIGURA DEL FARMACISTA OSPEDALIERO"



Daiichi-Sankyo

- **FRANCESCO S. MENNINI** Docente di Economia Politica ed Economia Sanitaria, Università degli studi di Roma "Tor Vergata"
- **TERESA GAMUCCI** Delegato regionale Lazio CIPOMO
- **ALESSANDRA FABI** Coordinatrice AIOM Lazio
- **CLAUDIO PISANELLI** Referente Nazionale SIFO
- **MARCELLO PANI** Segretario Nazionale SIFO
- **DANIELE SANTINI** Direttore UOC Oncologia Medica, Pol. Univ. Umberto I
- **CLAUDIO O. BUONOMO** Responsabile UOS di Chirurgia Senologica, Pol. "Tor Vergata"



# FRANCESCO ROCCA

Presidente Regione Lazio

Siamo a lavoro, insieme al nuovo Direttore Generale della Sanità Andrea Urbani, per ridefinire la rete oncologica. La Sanità del Lazio, soprattutto nel panorama oncologico, è ancora fortemente romanocentrica. Non posso permettere che una persona da Frosinone, Latina o Rieti, per trovare un'adeguata risposta, debba arrivare fino a Roma. Anche per le cure oncologiche in day hospital ci sarà un'attenta rivisitazione della mobilitazione e della mobilità dei nostri pazienti e utenti.

Stiamo cercando di porre attenzione anche alla razionalizzazione della spesa. In questo momento, la Rete è rimasta penalizzata e intrappolata in un piano di rientro portato avanti in un'ottica solo economica, mentre avrebbe dovuto essere accompagnato anche da un'ottica di visione dei bisogni dei territori.

Il nostro è un percorso che richiederà un po' di tempo, ma l'accompagnamento deve essere dolce e non traumatico, perché di mezzo c'è la vita e la dignità delle persone. Si tratta di una trasformazione importante che speriamo possa mettere fine a questa mobilità inaccettabile.

Latina è un bacino d'utenza di 600.000 persone, Frosinone conta mezzo milione di abitanti: anche i dati dicono che ci sono le condizioni per poter lavorare e creare delle scuole e dei centri d'eccellenza. Dato che si va verso una clinicizzazione di diversi reparti, questi dovrebbero diventare delle sedi che siano luoghi di investimento in termini assistenziali, per fare in modo che il personale medico e universitario rimanga volentieri in sedi che altrimenti diventano solo temporanee.

Chiamerò personalmente i Direttori Generali per far sì che i protocolli vengano rispettati e che si investa adeguatamente nelle reti per le terapie, senza che rimangano solo buoni propositi sulla carta.

Dobbiamo facilitare la vita dei nostri pazienti nella sfida più grande che sono chiamati ad affrontare, facendogli capire che c'è una struttura in grado di prendersi cura di loro a 360°. Contiamo di terminare la fase di stesura entro fine Luglio, per portarla in approvazione in Autunno.



# MANUELA TAMBURO DE BELLA

Coordinatrice Osservatorio  
reti oncologiche Age.Na.S

La Rete oncologica formalizzata e messa in atto è lo snodo fondamentale per garantire l'ottimizzazione dei servizi sanitari. Age.na.s ha svolto un ruolo importante attraverso l'Osservatorio per il monitoraggio e l'implementazione delle reti oncologiche, che ha messo in atto la sua quinta indagine.

La rete laziale, da poco riorganizzata, deve avere una spinta in avanti per rilanciare la sua attuazione. L'osservatorio ha promosso recentemente la prima edizione del Corso di alta formazione per valutatori e implementatori della rete oncologica.

La Regione Lazio, data la fase del cambio dei vertici, non ha potuto partecipare ma sono certa che, alla prossima edizione, i rappresentanti del Lazio potranno avvalersi di questo importante strumento.

Il documento tecnico promosso ed elaborato da Age.na.s ha promosso le linee guida sull'implementazione e l'istituzione dei Molecular Tumor Board regionali, coordinati all'interno della rete oncologica; questo coordinamento nazionale previsto dal documento tecnico potrà avere un organismo tecnico scientifico che potrà seguire le attività dei MTB stessi a livello delle Regioni.

Inoltre, abbiamo il Coordinamento nazionale dei tumori rari, stiamo arrivando alla definizione dell'assetto e dell'istituzionalizzazione della relativa rete nazionale, all'interno della quale centri d'eccellenza, professionisti, users e provider, ottimizzeranno i servizi sotto la guida del coordinamento della rete oncologica di ciascuna regione.



# ELIO ROSATI

Segretario regionale  
Cittadinanzattiva Lazio

La base per ogni tipo di decisione politica sono i dati: 50.000 nuovi casi di tumori in Regione Lazio ogni anno.

I casi che ci arrivano direttamente dai cittadini in ambito oncologico dimostrano la presenza di problemi seri relativi alle liste d'attesa, ai percorsi e alla presa in carico.

L'offerta sanitaria è concentrata dentro il Grande Raccordo Anulare; per questo, un cittadino di Latina, Viterbo, Frosinone o Rieti è costretto a venire a Roma oppure a spostarsi fuori regione.

Da un lato abbiamo l'innovazione tecnologica che sta portando benefici in termini di telemedicina, dall'altro l'innovazione farmacologica, che permetterà a persone con patologie oncologiche di evitare di fare la chemioterapia in ospedale, evitando così anche lunghi viaggi e ore di attesa.

Abbiamo tante competenze ed eccellenze, per questo è necessario cambiare il modello organizzativo. A fianco dell'innovazione occorre mettere a disposizione strumenti per poter offrire una migliore qualità di vita ai pazienti.

Per questo, abbiamo immaginato percorsi elaborati mettendo insieme soggetti diversi, per creare un modello organizzativo di presa in carico del paziente, coinvolgendo anche gli enti locali, con l'obiettivo di una vera integrazione.

Il territorio dovrebbe essere il luogo dove si promuove la prevenzione. Il sistema sanitario è ancora incentrato sulla prestazione, ma si dovrebbe arrivare a un sistema di prevenzione e di cura, dando strumenti forti ai professionisti e all'organizzazione sanitaria integrata con il sociale, che trova spazio per un approccio sartoriale alle terapie.



# MARCELLO PANI

Segretario Nazionale  
SIFO

La figura trasversale del farmacista è particolarmente rappresentativa in ambito oncologico, perché interveniamo in tutti i processi che servono a garantire l'accesso alle terapie.

La ricerca, le sperimentazioni cliniche e i trials sono un valore importante per offrire ai cittadini le terapie che anticipano il futuro della pratica clinica ordinaria. Al valore clinico, si accompagna quello economico: le terapie con accesso precoce costano poco al servizio sanitario perché sono rese disponibili attraverso la ricerca delle aziende farmaceutiche.

Come farmacisti, facciamo parte dei comitati etici in cui vengono presentate queste ricerche e i nuovi farmaci, per poter essere autorizzati alla somministrazione sperimentale nei pazienti; in questo siamo a fianco dei clinici, in un team multidisciplinare e seguendo il modello della rete.

I nuovi farmaci si accompagnano a dei modelli organizzativi che cambiano il paradigma tradizionale dell'approccio terapeutico. Il paradigma della gestione delle terapie personalizzate ci impone un modello organizzativo di una condivisione, di un network e di un team multidisciplinare, così come implementato nei Molecular Tumor Board.

Altri accessi precoci sono consentiti da alcune norme, come l'uso compassionevole o la Legge 648, con cui AIFA autorizza, a carico del servizio sanitario, farmaci già in commercio, ma con altre indicazioni rispetto a quelle non ancora riconosciute; da segnalare anche il Fondo del 5% AIFA che permette di accedere ad alcune terapie prima della fase regolatoria.

Il nostro ruolo è fondamentale perché permette di dare un valore aggiunto e di migliorare la governance del servizio sanitario, attraverso il miglioramento delle cure, sostenibilità ed efficacia clinica.



# PAOLO MARCHETTI

Presidente FMP  
(Fondazione Medicina Personalizzata)

La prevenzione primaria è fondamentale perché curare un tumore piccolo è diverso che non farlo venire affatto.

Prima di parlare di rete bisogna ricordare tutte le difficoltà operative che i medici sono ancora costretti ad affrontare, oltre il sovraccarico burocratico che sottrae tempo e attenzione ai pazienti malati. Occorre anche una ristrutturazione ambientale degli spazi: troppo spesso si frappone uno schermo tra il medico e il paziente, che vorrebbe un rapporto diverso e più diretto con il proprio medico.

In una Regione come il Lazio, sede di 6 Facoltà di Medicina, 3 Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e 2 ospedali regionali di valenza nazionale, non è applicabile un modello HUB-SPOKE. Per questo, abbiamo definito un Comprehensive Cancer Network, un collegamento operativo tra tutti coloro che si occupano di oncologia nella Regione Lazio, per evitare che sia il paziente a dover trovare una risposta eccellente ai suoi bisogni.

Questo Network è un percorso che stiamo portando avanti con AIFA e Age.na.s, per identificare un'autorizzazione preventiva affinché alcuni centri possano somministrare alcuni farmaci piuttosto che altri nell'ambito di uno studio clinico.

Il Comprehensive Cancer Network non serve a mandare il paziente in un altro centro, ma vuole arrivare a identificare un percorso idoneo a rispondere alle sue esigenze; bisognerà tuttavia superare le difficoltà in termini di condivisione dei dati. Nella Legge di trasformazione in cui abbiamo recepito il GDPR della Comunità Europea, abbiamo inserito l'impedimento all'utilizzo secondario dei dati, ampiamente consentito nel resto dell'Europa. Un gruppo interparlamentare sta lavorando su una legge che modifichi questo limite, per consentire ai medici di accedere ai dati dei pazienti in modo semplice e veloce, permettendo così lo studio delle interazioni tra sistemi complessi e trasformarlo in conoscenza.



# ALESSANDRA FABI

Coordinatrice AIOM Lazio

Parlo da oncologa e Coordinatrice dell'AIOM, un'associazione di educazione scientifica, che coglie i need di diverse persone, tra cui pazienti, oncologi, clinici, infermieri e operatori sanitari.

La ricerca è una risorsa fondamentale di arricchimento non solo economico, ma anche personale e professionale. Tuttavia, non può essere trasversale a tutte le strutture ospedaliere, perché c'è bisogno di un sistema molto complesso, che comprende il Clinical Trial Center, un servizio di contrattazione, il data manager, i data entry... tutto questo ha un costo e un'organizzazione molto grandi.

È importante mappare questi centri di ricerca, per questo abbiamo fatto un censimento di tutti gli studi clinici che le varie strutture ospedaliere a carattere scientifico e universitario della Regione hanno sviluppato in un anno di lavoro. Il Lazio è una regione ricca di studi clinici: di tutte le patologie sono stati contati circa 200 studi, soprattutto no-profit, che vengono dalla necessità del paziente. Questo censimento è stato inviato a tutti gli ospedali, perché può essere utile ai clinici per indirizzare i pazienti.

La numerosità dei medici non cambia, ma le cure continuano ad aumentare: occorre dunque facilitare la telemedicina e le terapie domiciliari, stabilendo una linea guida sui destinatari (es. follow-up dopo alcuni anni, pazienti fuori cura attiva).

Gli infermieri vorrebbero fare più rispetto il loro ordine del giorno e avere più spazio; potrebbero essere una risorsa importantissima nella relazione tra paziente e medico, anche in termini di rilevazione degli effetti collaterali. Alcuni studi hanno dimostrato che, se con una telefonata viene rilevato l'effetto collaterale, si riduce l'arrivo inutile dei pazienti in ospedale per un grado di tossicità basso. Occorre quindi inserire gli infermieri in alcuni processi che non prevedono necessariamente l'erogazione del farmaco puro.

Come clinici possiamo offrire il nostro expertise, dedicando tempo alla formazione degli operatori e dei pazienti; ma ci mancano le risorse in termini di personale, indispensabile per migliorare la qualità dell'assistenza e della cura.



# TERESA GAMUCCI

Delegato regionale Lazio  
CIPOMO

Stiamo lavorando da tanti anni su una rete strutturata dalla Regione, ma il lavoro è continuamente interrotto dai frequenti cambiamenti di visione dei vari Direttori regionali, motivo per il quale stenta a decollare.

In oncologia, la maggior parte dei pazienti è soddisfatta del tipo di attenzione che riceve dai medici e dagli oncologi, e dalla modalità in cui vengono curati; il grande miglioramento dell'anatomia patologica e delle biologie molecolari ha fatto sì che la maggior parte dei pazienti oncologici abbia una profilazione molecolare di alto livello, per cui l'accesso ai farmaci specifici e innovativi non è l'argomento più ostico: tra i diversi studi clinici e gli usi compassionevoli a cui si può accedere, è ormai difficile che a un paziente non venga somministrato il miglior farmaco disponibile per la sua patologia.

Tuttavia, siamo tramortiti dalla quantità di lavoro: i pazienti oncologici, grazie alle terapie, riescono a sopravvivere anche per molti anni, rimanendo sempre in cura. Quindi, anno dopo anno, i trattamenti aumentano notevolmente. Io sono arrivata al Pertini in un momento in cui venivano somministrate circa 20 terapie al giorno; ad oggi arriviamo a 70-80 trattamenti con lo stesso personale e gli stessi spazi. Lo stesso vale per i follow-up, che si moltiplicano di anno in anno.

Occorre quindi prendere iniziative già elaborate sulla carta e che parlano di prossimità, Case di comunità, medici di medicina generale, infermieri di famiglia: dovremmo traghettare con garbo, accuratezza e disponibilità una serie di pazienti che non ha bisogno di venire in un ospedale per acuti.

A Ferrara hanno promosso un Progetto per cui i pazienti che fanno un trattamento a bassa intensità di possibili tossicità, fanno la terapia in una Casa di comunità a esclusivo controllo infermieristico, con infermiere formate in oncologia, che hanno un referente nel Centro oncologico principale.

Il follow up dopo i 5 anni dovrebbe essere delegato con incontri telematici, mantenendo la disponibilità del Centro di riferimento a riprendere il paziente nel momento in cui se ne manifestasse il bisogno; se non attiviamo questo tipo di processi l'oncologia muore perché non c'è l'organico sufficiente ad integrare il personale. Questi sono aspetti a cui dedicare attenzione, altrimenti la qualità della cura non potrà che scendere.



# CLAUDIO DI CRISTOFANO

Presidente SIAPEC Lazio

Il patologo dà un nome alla neoplasia attraverso il prelievo di tessuto, la sua osservazione al microscopio e caratterizzazione molecolare. In questo processo cerca i fattori prognostici e predittivi richiesti dall'oncologo per iniziare il trattamento, chiudendo la fase diagnostica e aprendo quella terapeutica.

Io rappresento i patologi del Lazio, che hanno già fatto rete: inizialmente ci siamo contati, poi abbiamo capito i nostri ruoli e competenze, ci confrontiamo e ci vediamo mensilmente, facciamo i controlli di qualità... ma ora ci piacerebbe essere supportati partendo dalle esigenze del paziente nei confronti del patologo: una diagnosi corretta ed esaustiva, che abbia tutti i caratteri che consentano il trattamento ottimale e mirato. Altro elemento fondamentale è l'uniformità sul territorio, obiettivo che abbiamo cercato di raggiungere con i nostri incontri, nei quali abbiamo stabilito delle definizioni univoche delle patologie oncologiche, per permettere ai pazienti di spostarsi sul territorio.

Con la rete si abbattano anche i tempi: in media ci vogliono 15-20 giorni per una diagnosi istopatologica, a causa di una carenza di organico e un aumento dei pazienti. Da quel momento passano fino a 60 giorni per ricevere la conferma della diagnosi e iniziare un percorso di cura. Questo tipo di sistema non è sostenibile: la rete diventa essenziale perché il paziente, appena ricevuta una diagnosi, deve avere chiaro il percorso.

Le Breast Unit, nel giro di 3-4 anni, hanno rivoluzionato la cura del tumore alla mammella, abbattendo i decessi delle pazienti e migliorando la qualità di vita delle donne trattate. Per cui abbiamo già un modello positivo da cui prendere esempio. La digitalizzazione dovrebbe garantire seconde opinioni nel giro di 20 minuti, e una caratterizzazione molecolare di base minima anche sul territorio; i Centri di riferimento rimarranno sempre per le caratterizzazioni importanti, per le seconde linee, per le situazioni di pazienti con esigenze specifiche che hanno bisogno di profilazioni particolarmente ampie. Se si guardano i LEA, le caratterizzazioni molecolari necessarie per l'inizio del trattamento sono ormai alla portata di qualsiasi anatomia patologica.



# ROSARIO METE

Presidente CARD Lazio

Tra i problemi rilevati troviamo la scarsità di risorse e l'inappropriatezza organizzativa. Sono entrato nel Servizio Sanitario Nazionale con un'organizzazione territoriale migliore di quella che ho lasciato, perché c'è un disorientamento su alcune questioni. Esiste una volontà di lavorare insieme in virtù della scarsità di personale? Esiste la capacità di mettersi in gioco tralasciando le specificità dei gruppi e dei singoli operatori? Occorre lavorare insieme per dare le migliori risposte possibili. L'integrazione nell'organizzazione porta a un minore utilizzo di risorse e a una loro ottimizzazione.

Una seconda questione riguarda l'umanizzazione dei servizi, dato che il cittadino preferisce rimanere il più possibile nel proprio domicilio. Abbiamo la grande opportunità di creare una rete diffusa di servizi distrettuali di sanità pubblica. Le Case di Comunità, i Centri operativi territoriali che collegano gli operatori e un'assistenza domiciliare adjuvata dalle forme di telemedicina possono essere la svolta, ma occorre superare le resistenze che ne limitano lo sviluppo.

Abbiamo chiesto di realizzare una rete di servizi distrettuali diffusa sul territorio per dare adeguate risposte, ma abbiamo ottenuto molto poco.

Il 13 Giugno, in Regione Lazio, abbiamo selezionato le migliori esperienze di sanità pubblica distrettuale, attribuendo anche dei premi con una giuria indipendente delle Università di Roma. Il Centro di Oncologia Territoriale della Casa della Salute di Aprilia si è classificato terzo: abbiamo dunque dimostrato che è possibile fare assistenza oncologica sul territorio, e dovremmo esportare questo modello positivo anche nelle realtà territoriali.

Occorre guardare le esperienze migliori, superare gli egoismi professionali, fare gruppo, creare reti e sistemi per dare le migliori risposte ai bisogni di salute nel settore oncologico.

Il distretto è il luogo di offerta dei servizi per la presa in carico delle patologie croniche e oncologiche e dobbiamo fare in modo che la rete sia diffusa, integrata, e che gli operatori lavorino insieme e in modo congiunto e integrato.



# FRANCESCO SCARCELLA

Coordinatore SICP Lazio e  
Responsabile servizi cure  
palliative ASL Rieti

Il DM 77 che definisce gli standard per la medicina territoriale ribadisce che “le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale”. Ciò a conferma che, l’integrazione dei Servizi di Cure Palliative, è un dovere verso il cittadino e verso lo Stato. La Rete locale di cure palliative (RLCP) rappresenta il modello organizzativo che la normativa vigente prescrive per il governo della presa in carico dei malati in fase avanzata e terminale di malattia.

La Conferenza Stato Regioni ha definito i criteri di accreditamento delle RLCP e della Rete Regionale (118/CSR del 27/07/2020) e tali criteri sono stati recepiti dalla Regione Lazio con delibera n. 214 del 21/04/2022. A luglio 2022 la ASL di Rieti ha intrapreso come Azienda pilota il processo di Accreditamento della RLCP che è in via di approvazione. Tale modello prevede un’integrazione dei servizi di Cure Palliative (Consulenza, Ambulatorio, Ricovero in Hospice, Assistenza domiciliare base/specialistica) nei percorsi di patologia ed in primis l’integrazione con la Rete Oncologica. Infatti, l’integrazione del trattamento oncologico attivo con le cure palliative comporta forti implicazioni sia etico-deontologiche che clinico assistenziali: la possibilità di prospettare le cure palliative ad un paziente con neoplasia in fase avanzata rappresenta un’opzione fondamentale; la puntuale Identificazione del malato e la valutazione multidimensionale dei suoi bisogni divengono pertanto momenti cruciali per poter offrire il migliore percorso terapeutico attraverso un approccio palliativo precoce secondo il paradigma delle cure simultanee, il più possibile allineato alle scelte del malato e della sua famiglia.

La condivisione di un percorso di cura tra oncologo, medico palliativista e medico di medicina generale, richiede una forte integrazione capace di garantire l’appropriatezza del percorso intrapreso in tutte le fasi della malattia, contribuendo da un lato ad ottimizzare il controllo della malattia e a migliorare la qualità di vita e facilitando dall’altro il passaggio del paziente verso la sola palliazione e le cure di fine vita (Documento AIOM-SICP 2015).

La presenza più puntuale del team di cure palliative accanto al malato in fase evolutiva, sin dall'esordio della malattia, può garantire cure più appropriate e sottolinea l'importanza di implementare una strategia di integrazione professionale e organizzativa. Questo processo si può realizzare solo con uno specifico programma di integrazione con il "centro specialistico", con il "territorio" e con l'"hospice" per garantire cure di qualità ai malati.

La partecipazione attiva del medico palliativista nei percorsi terapeutici è il presupposto per poter individuare i pazienti più appropriati ad intraprendere un programma di cure palliative precoci e simultanee.

Individuati i pazienti, in accordo con gli stessi pazienti e la famiglia, il medico specialista di riferimento insieme al medico palliativista ed al MMG realizzano il Piano Assistenziale Individuale (PAI) ed attivano il servizio di cure palliative più idoneo (Cure palliative di base, cure palliative specialistiche, Ambulatorio di cure palliative). Nel percorso di cure palliative precoci e simultanee, finché il paziente effettuerà trattamenti attivi, l'assistenza sanitaria sarà coordinata dal medico specialista di branca.

Le cure palliative precoci e simultanee devono garantire:

- un ottimale controllo dei sintomi evolutivi e degli eventi avversi dopo specifici trattamenti;
- la valutazione e la facilitazione della consapevolezza del paziente e della famiglia in relazione alla prognosi della malattia;
- il sostegno al paziente ed alla famiglia per le scelte terapeutiche ed assistenziali correlate alla progressione di malattia;
- l'aiuto al paziente ed alla famiglia nell'accettazione della fase avanzata di malattia.

Questo modello garantisce la continuità assistenziale e attribuisce alle Cure Palliative il medesimo rilievo dei trattamenti attivi nel percorso di malattia, già al momento della diagnosi, ed ha come obiettivo:

- La precoce presa in carico da parte dell'equipe di Cure Palliative che seguirà il paziente a domicilio o in struttura residenziale
- La risposta concreta agli innumerevoli bisogni che il malato esprime durante l'evoluzione della malattia, ma allo stesso tempo, una modalità concreta per dare risposte rapide a pazienti poli-sintomatici e ridurre le liste d'attesa
- La riduzione dei ricoveri ospedalieri alle strette necessità cliniche con riduzione dei tempi di degenza e conseguentemente dei costi e facilitare deospedalizzazione con un "affidamento" già in fase precoce del malato alle Cure Palliative.



# FRANCESCO S. MENNINI

Docente di Economia Politica ed  
Economia Sanitaria, Università degli  
studi di Roma "Tor Vergata"

A livello nazionale, abbiamo fatto molti studi di natura economica sul tema dell'assistenza oncologica, perché è fondamentale approcciare al paziente con la possibilità di disegnare nuovi modelli di presa in carico, con un approccio globale, intersettoriale e integrato.

A seguito del Covid-19, si è sviluppata un'urgenza ancora maggiore rispetto il passato: i dati mostrano come si sia verificata una netta riduzione degli screening oncologici nel 2020 rispetto il 2019 (-38% screening tumore mammario, -45% screening tumore colon), e come le diverse Regioni italiane abbiano reagito in modo eterogeneo.

L'approccio da adottare è di medio-lungo termine per le scelte in sanità, considerando i costi come investimenti. Lo screening, infatti, è un investimento che consente di far emergere velocemente alcune patologie, riducendo mortalità, disabilità e progressione della malattia; questo si traduce in un impatto positivo anche dal punto di vista economico, perché vengono ridotti i costi a carico del sistema sanitario, sociale e previdenziale. Questi indicatori andrebbero considerati nella misurazione dei risultati, in un ribilanciamento dei modelli di valutazione attuali, troppo incentrati su appropriatezza ed economicità, e che andrebbero integrati con indicatori relativi alla sicurezza e gestione del rischio, adeguatezza strutturale dei servizi, adeguatezza del livello di finanziamento del sistema sanitario e outcome clinici assistenziali.

L'emergenza oncologica è una realtà preoccupante dal punto di vista del post-Covid perché il ritardo delle diagnosi porterà effetti negativi anche dal punto di vista dei costi, con pazienti con disabilità maggiore e un incremento della spesa previdenziale. Il rallentamento degli screening, degli interventi e dei trattamenti inciderà in modo preoccupante: occorre una presa di coscienza dell'importanza di un approccio globale e intersettoriale, ridisegnando anche il modello organizzativo e le responsabilità all'interno delle strutture sanitarie, integrando il paziente nel percorso.

Le tecnologie devono far parte di questo nuovo modello, anche con la creazione di un database che permetta che le informazioni anticipino il paziente, in modo che il medico possa delineare rapidamente il suo intervento sanitario.



# CLAUDIO O. BUONOMO

Responsabile UOS di Chirurgia  
Senologica, Pol. "Tor Vergata"

Lavoro nel territorio disagiato di Tor Bella Monaca, con almeno 60.000 cittadini non regolari che non hanno i mezzi per acceder alle cure. Abbiamo inaugurato sul territorio un ambulatorio dal nome "Medicina delle fragilità", supportato dall'Associazione Migrantes, dal Municipio e dal Policlinico, dove potranno accedere tutti alle cure a prescindere dalla loro situazione personale e dal possesso di una tessera sanitaria.

I medici di base e le farmacie sono il punto di partenza per il territorio, per capire quali sono le reali esigenze dei pazienti.

I pazienti, una volta fatta la diagnosi, dovrebbero essere distribuiti in tutti i centri della Regione, e bisognerebbe lavorare in integrazione con il privato.

Il sistema dovrebbe essere gestito in modo centralizzato, integrando tutti gli attori con delle nuove regole. Lo screening andrebbe accompagnato dalla valutazione del rischio personale, con dei percorsi personalizzati sulla base della propria condizione, in modo da liberare posti per chi ne ha più bisogno.

La situazione è inoltre eterogenea tra le diverse Regioni: dovrebbero essere individuati indicatori nazionali che la Regione deve seguire, come ad esempio le liste d'attesa.



# DANIELE SANTINI

Direttore UOC Oncologia Medica  
Policlinico Universitario Umberto I

Porto l'esperienza di un anno come Responsabile della UOC di Oncologia medico-universitaria del Polo Pontino della Sapienza, che racchiude Formia, Terracina e Aprilia. Aprilia è il primo caso in Italia in cui si fa oncologia in una Casa della Salute, con possibilità d'accesso di pazienti della zona e da fuori, somministrando gli stessi trattamenti del Policlinico Umberto I.

Questo è stato possibile grazie a tanti fattori, tra cui il forte network tra oncologi e medici di medicina generale, con cui ci incontriamo una volta al mese, alle associazioni di pazienti tra cui LILT, ANDOS e Cittadinanzattiva, con cui abbiamo sviluppato il progetto del "Taxi solidale", che accompagna i pazienti che non possono accedere autonomamente alle cure.

Sto cercando di far introdurre la figura del farmacista ospedaliero nei PDTA della Sapienza, in virtù del suo importante ruolo in termini di disponibilità, indicazione, programmazione e appropriatezza dei farmaci, permettendo al contempo un risparmio economico.

Un ulteriore aspetto importante è la comunicazione del significato dei farmaci innovativi ai pazienti in termini di efficacia, importanza e gestione delle tossicità, anche per contrastare le fake news che circolano. Alla Casa della Salute di Aprilia avevamo un farmacista che veniva 2 volte a settimana per erogare, insieme ai medici, i farmaci orali: questo è stato di enorme aiuto per l'oncologia territoriale.

Stiamo scrivendo un documento con 60 esperti tra oncologi ed economisti sulla tossicità finanziaria: nonostante abbiamo un welfare, occorre pensare anche ai giorni di lavoro persi dal familiare che deve accompagnare il paziente o a tutti i farmaci da banco che spesso non sono rimborsati e che vengono prescritti al paziente oncologico.

Infine, bisogna tenere in considerazione i lungo sopravvissuti, guariti o con malattia cronica. Ancora abbiamo delle grandi difficoltà nella gestione delle tossicità a lungo termine date dai farmaci somministrati anche anni prima durante il trattamento.



# TERESA GAMUCCI

Delegato regionale Lazio  
CIPOMO

Le nostre farmaciste sono un elemento imprescindibile affinché l'oncologia possa performare in modo adeguato ed efficace. Nei trattamenti oncologici, spesso ai pazienti vengono somministrati anche 4 farmaci nella stessa seduta, ed è imprescindibile un rapporto di fiducia reciproca e di comprensione con i farmacisti ospedalieri.

Il loro ruolo è fondamentale anche per le cure innovative, i farmaci sperimentali e ad uso compassionevole, di cui devono tenere una rendicontazione precisa in accordo con l'oncologo, che richiede molto tempo ed attenzione.

Inoltre, entrano in diretto contatto con il paziente nella dispensazione dei farmaci orali, per cui devono anche essere educati alla comunicazione e alla risposta.



# ALESSANDRA FABI

Coordinatrice AIOM Lazio

L'oncologo prescrive il farmaco e spiega l'effetto collaterale, ma il passaggio da una mano all'altra del farmaco passa proprio dal farmacista, ed è un passaggio non solo fisico ma comunicativo, perché la maggior parte dei farmacisti parla con i pazienti in modo diretto, completando la comunicazione dell'oncologo.

La farmacia del territorio dovrebbe essere maggiormente stimolata e arricchita di alcune responsabilità, anche per sgravare quella intraospedaliera. Stiamo facendo uno studio di fattibilità con una company, partendo da un farmaco orale per il tumore alla mammella, per permettere alla paziente di non dover ogni mese arrivare in ospedale, ma prenderlo direttamente nella farmacia del territorio.

Tutte le 30 farmacie romane coinvolte sono state estremamente disponibili ad erogare direttamente il farmaco, evitando il passaggio della paziente in ospedale, snellendo anche le liste della struttura ospedaliera. Si tratta di piccoli ma enormi passi avanti, portati avanti anche dalle company, in un sistema in cui è fondamentale l'unione e la collaborazione.



# CLAUDIO PISANELLI

Referente Nazionale SIFO

La SIFO ha sempre lavorato molto in ambito oncologico, anche con l'istituzione di una rete dell'UFA a livello nazionale.

Prima di iscrivermi alla facoltà di Farmacia, non conoscevo la figura del farmacista ospedaliero. Questo ci fa riflettere su tutte quelle professioni invisibili, che tuttavia sono tanto invisibili quanto presenti e utili in ogni percorso. Sono invisibili anche nei decreti: ad esempio, nel PNRR il farmacista non è citato, così come altre figure. Lo stesso vale per la Delibera delle reti e la maggior parte dei PDTA. Tuttavia, tanto meno è citato, tanto più è presente come figura indispensabile in tutte le attività e i processi di un'azienda sanitaria.

Il farmacista lavora principalmente su 3 aspetti:

- Aspetto tecnico: all'interno delle UFA, il farmacista prepara i farmaci oncologici necessari alle cure dei pazienti, che devono essere preparati in un laboratorio con specifiche caratteristiche di sicurezza, come il controllo del dosaggio;
- Aspetto gestionale: consiste nell'affiancare il medico nell'innalzare al massimo lo standard assistenziale gestendo e "liberando" le risorse;
- Aspetto socio-sanitario: il farmacista, insieme al team e affiancando il clinico nel migliorare gli standard di cura, vorrebbe anche essere in grado di misurare la qualità di vita dei pazienti, cercando di capire come stanno, cosa pensano e se la terapia è andata bene.

La SIFO non si occupa solo di approvvigionamento e di gestione di budget, ma anche di garantire che quello che acquistiamo sia il miglior standard possibile da un punto di vista di rapporto costo-efficacia e costo-utilità, aspetto che spesso viene trascurato. È infatti importante sapere anche come il paziente si è sentito, com'è andata la cura, se ha avuto effetti collaterali o una carenza di informazione.