



# fficina delle Idee

**IL CAMBIAMENTO NASCE DAI PROFESSIONISTI**

## RETE ONCOLOGICA

## Il Modello organizzativo dell'ASL Salerno nell'ambito della Rete Oncologica Campana

P. Sergianni<sup>1</sup>, G. Di Lorenzo<sup>2</sup>, S. Marino<sup>3</sup>, A. Pacifico<sup>3</sup>, A. Bellissimo<sup>4</sup>, L. Cannavacciuolo<sup>4</sup>, F. Arrichiello<sup>4</sup>, S. Ronsini<sup>5</sup>, R. Sanseverino<sup>6</sup>, A. Saggese Tozzi<sup>7</sup>, G. Sosto<sup>8</sup>

<sup>1</sup> Direttore Sanitario ASL Salerno - <sup>2</sup> P.O. Pagani - <sup>3</sup> U.O.S.D. Monitoraggio PDTA, Governo LEA - <sup>4</sup> U.O.C. Rischio Clinico - <sup>5</sup> Direttore Dipartimento Salute Donna e Bambino - <sup>6</sup> Direttore Dipartimento Chirurgia Generale e Urologia - <sup>7</sup> Direttore Igiene Pubblica Dipartimento Prevenzione - <sup>8</sup> Direttore Generale ASL Salerno

### INTRODUZIONE

La Regione Campania, in applicazione della Delibera della Giunta Regionale n. 477 del 04/11/2021: Rimodulazione DCA n. 58 del 4 luglio 2019 avente ad oggetto "Rete oncologica regionale: adempimenti. Adozione di ulteriori documenti tecnici: mappe chirurgiche regionali provvisorie in valutazione triennale", ha istituito una **rete oncologica della Campania (ROC)** con l'obiettivo di aumentare la **sopravvivenza oncologica** in regione Campania e migliorare la qualità di vita dei pazienti affetti da cancro.

Tale obiettivo, influenzato da vari fattori, è misurabile in tempi medio lunghi; pertanto, la sua programmazione ed attuazione richiederà una serie di **processi operativi dinamici**.

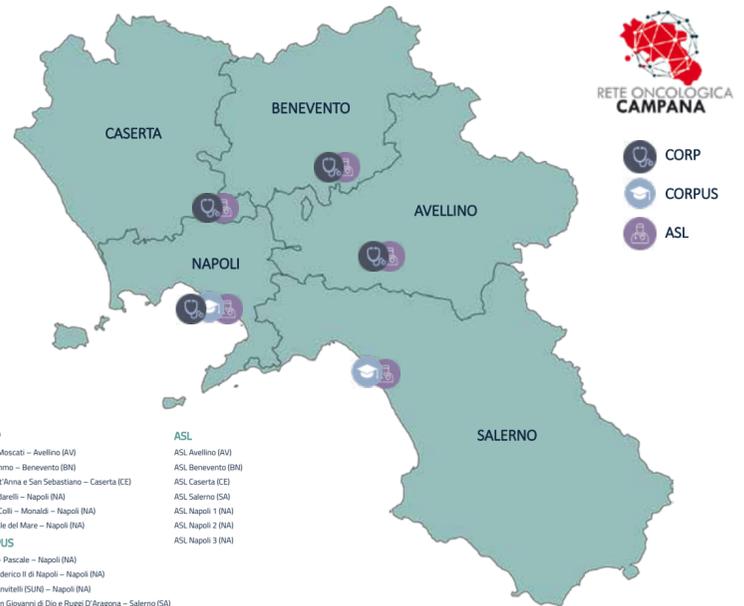
La sopravvivenza oncologica è un indicatore di esito che misura principalmente due acro indicatori di processo:

1. **anticipazione diagnostica;**
2. **qualità dei percorsi sanitari di stadiazione e trattamento dei tumori.**

La **qualità dei percorsi sanitari** è fortemente condizionata da una serie di fattori:

- **"polverizzazione"** dei percorsi diagnostico - assistenziali;
- **ridotta** introduzione di modelli di trattamento multidisciplinare;
- **insufficiente applicazione** della continuità di cura;
- **limitata integrazione** territorio- ospedale;
- **mobilità passiva** per procedure chirurgiche oncologiche.

In Oncologia, a livello regionale, si è manifestata una mancata *expertise* nei trattamenti dei tumori che, associata ad una significativa migrazione sanitaria extraregionale, ha portato alla strutturazione di una **rete oncologica regionale**, con la condivisione su base regionale di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) specifici per sedi tumorali.



### LA RETE ONCOLOGICA REGIONE CAMPANIA

La **Regione Campania** ha individuato criteri di ammissione alla ROC. Le Aziende richiedenti:

- sono in **possesso degli standard strutturali/operativi minimi** dichiarati ed approvati dal Gruppo Tecnico di Lavoro;
- si impegnano, sottoscrivendo la scheda di richiesta di adesione alla ROC, al **rispetto degli standard operativi e qualitativi** indicati per la presa in carico dei pazienti e la gestione dei relativi PDTA approvati dalla Regione Campania, prestando attenzione a:
  - **volumi chirurgici annui sede specifici;**
  - rispetto delle **tempistiche;**
  - partecipazione alle sedute dei **GOM;**
  - gestione dei **trattamenti di radio- e chemio-terapia** indicati per i pazienti.

SEDE TUMORALE	VOLUMI CHIRURGICI DI RIFERIMENTO - n° pazienti		VOLUMI MINIMI FASE DI TRANSIZIONE *** n° pazienti		
	CUT OFF RIFERIMENTO *	CUT OFF ridotti (20%) **	1° anno - 2022	2° anno - 2023	3° anno - 2024
MAMMELLA	150	120	80	80	120
COLON	30	24	12	12	24
RETTO	30	24	12	12	24
STOMACO	30	24	12	12	24
PANCREAS	15	12	6	6	12
POLMONE	100	80	40	40	80
MELANOMA	50	40	20	20	40
PROSTATA	40	32	12	12	24
RENE	30	24	12	12	24
VESCICA	20	16	8	8	16
CERVICIE	15	12	6	6	12
OVAIO	30	24	12	12	24
TESTICOLO	20	16	8	8	16
ENDOMETRIO	15	12	6	6	12
TESTA COLLO	20	16	8	8	16
SNC	30	24	12	12	24
FEGATO CHIRURGIA	30	24	12	12	24
FEGATO NON CHIRURGIA	20	16	8	8	16
TIROIDE	20	16	8	8	16

\*\*\* CALCOLATI SUI CUT OFF RIDOTTI

Le Aziende richiedenti risulteranno escluse dalla ROC, tramite **relazione motivata del Gruppo Tecnico di Lavoro**, per un numero di **3 anni** a partire già dall'anno successivo a quello di valutazione, quando i volumi minimi di attività chirurgica sede specifica non risultino raggiunti, oppure, indipendentemente da questi ultimi, quando non siano stati rispettati gli standard qualitativi di cui ai criteri di ammissione alla ROC.

La ROC, istituita con DCA n.98 del 20/09/2016, prevede:

- **Centri Oncologici di Riferimento Polispecialistici (CORP)** con funzioni diagnostico/stadiative, terapeutiche e di follow-up oncologico;
- **Centri Oncologici di Riferimento Polispecialistici Universitari o a carattere Scientifico (CORPUS)** che, oltre alle funzioni dei CORP, svolgono attività peculiari (ricerca, formazione, sviluppo di metodi e strumenti screening, terapia del dolore);
- Centri Oncologici presso le **ASL** e le strutture per le cure palliative.

I CORP ed i CORPUS garantiscono la presa in carico della persona affetta da patologia oncologica e la definizione del percorso assistenziale più adeguato attraverso i Gruppi Oncologici Multidisciplinari (**GOM**), costituiti da gruppi di Specialisti necessari ad attuare il **PDTA** patologia-specifico.

I GOM aziendali e interaziendali sono costituiti tra CORP/CORPUS e i centri oncologici delle ASL.

### L'ESPERIENZA DELL'ASL SALERNO

Il 23 giugno 2021 con decreto dirigenziale n. 221 "Implementazione Rete Oncologica Regionale. Approvazione revisione annuale PDTA e documenti tecnici" la Regione Campania ha approvato la revisione per l'anno 2021 dei seguenti documenti:

- 26 PDTA di **patologia oncologica;**
- 1 Documento Tecnico Radioterapia standard;
- 1 Documento Tecnico di refertazione Anatomia Patologica standard;
- 1 Documento second opinion in Anatomia Patologica
- 1 Documento Tecnico Consensus Emesi

recepti dall'ASL Salerno con delibera DG n. 1451 del 14/12/2021.

L'ASL Salerno ha definito con nota prot. 247831 del 03 dicembre 2021 le Mappe Chirurgiche Regionali come da DGRC 477 del 04 novembre 2021. L'attività dell'Azienda garantisce la presa in carico del paziente implementando l'integrazione tra **Territorio** (Screening oncologici) e **Ospedale** (Continuità delle cure).

SEDI TUMORE	SEDI ATTIVITA' CHIRURGICA ROC
TESTA COLLO	PO Nocera
MAMMELLA	PO Pagani - PO Eboli
COLON- RETTO	PO Nocera - PO Pagani PO Eboli - PO Oliveto Citra - PO Polla
MELANOMA E MELANOMA COROIDE	PO Nocera - PO Pagani
OVAIO ENDOMETRIO E CERVICIE	PO Vallo della Lucania
FEGATO NON CHIRURGICO	PO Nocera - PO Polla
TESTICOLO	PO Nocera
SNC	PO Nocera - PO Vallo della Lucania
RENE	PO Nocera
PROSTATA	PO Nocera
VESCICA	PO Nocera
STOMACO	PO Nocera - PO Eboli
TIROIDE	PO Oliveto Citra
POLMONE	PO Nocera
PANCREAS	PO Nocera - PO Eboli

Il 23 marzo 2022 l'ASL Salerno con la pubblicazione delle Delibere DG nn. 418 - 419 - 420 e 421 ha stipulato **convenzioni** con l'AOU San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona per i singoli PDTA ai fini della discussione nei GOM interaziendali dei casi accolti nelle strutture territoriali ed ospedaliere e gli specialisti delle strutture coinvolte. Le patologie interessate sono rappresentate da patologie tumorali ad elevata complessità di gestione diagnostica e terapeutica. Riassumendo:

- GOM Interaziendale CORP/CORPUS
- indicazione nominale del **core team** - oncologo medico coordinatore, chirurgo, radioterapista, case manager oltre alle altre figure lì dove previste;
- indicazione nominale dell'**extended team**.

### LO SPAZIO C.A.R.E. - Coordinare Accedere Registrare per essere Efficaci

Nasce in Campania, nell'ambito dell'ASL Salerno, uno spazio attivo in ognuno dei Distretti Sanitari presenti sul territorio, che funge da punto di riferimento del paziente oncologico e della sua famiglia: lo spazio C.A.R.E. Presenta **innovazioni gestionali** che garantiscono la **presa in carico del paziente lungo tutto il suo percorso assistenziale, riducendo i disagi degli spostamenti e analizzando i loro bisogni bio-psico-sociali: "È importante non lasciare queste persone da sole a combattere la propria malattia ma anche curare tutti gli aspetti personali e sociali ad essa connessi"**.

Si avvale di operatori dei Distretti e degli Ospedali - **oncologo, infermiere e psicologo** - implementando l'integrazione tra **Territorio ed Ospedale**.





# TERAPIA ONCOLOGICA ORALE



**Laura Trombetta (1) Daniela D'Alonzo (1), Irene Petriglieri (1), Rosa Celozzi (1) Sara Di Pede (1) Maria Antonietta Melfi (1), Paola Iovino (1), Massimiliano Luppi (1), Francesco Righi (1), Elisa Di Lella (1), Valeria Sassoli (1).**

## 1. Farmacia Istituto Ortopedico Rizzoli

### Introduzione

La terapia orale nel paziente oncologico sta spostando l'assistenza verso il trattamento domiciliare, il paziente resta solo al proprio domicilio con la necessità di gestire farmaci. Questo nuovo paradigma terapeutico determina un forte cambiamento nella somministrazione della terapia: da un processo gestito da parte di medici e infermieri, si passa al domicilio dove la gestione del farmaco e degli effetti collaterali diventa una responsabilità dei pazienti e dei loro caregivers.(1)Il paziente deve essere informato ed istruito sulla gestione della terapia domiciliare, sull'aderenza e sull'identificazione di reazioni avverse (ADR).A causa dell'elevata tossicità dei farmaci antineoplastici e del loro basso indice terapeutico, gli errori in corso di terapia oncologica possono determinare danni molto gravi anche alle dosi approvate e un notevole aumento dei costi per il SSN. Il farmacista promuove l'empowerment e l'informazione del paziente oncologico cercando di ridurre gli errori di terapia nella transizione di cura ed incrementare le segnalazioni di nuove ADR.

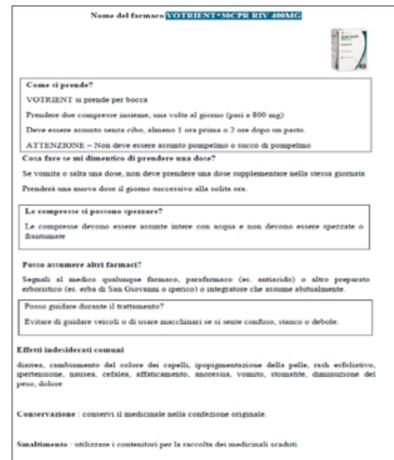


Fig.1 Scheda informativa

### Risultati

Sono state redatte schede informative relative a imatinib, pazopanib, cabozantinib e palbociclib, sorafenib e anche schede personalizzate per trattamenti off-label per posologia o indicazione d'uso.Nell'anno 2021 le schede informative consegnate a tutti i pazienti oncologici con terapia orale sono state 73. Tutti i pazienti hanno partecipato attivamente alla condivisione del foglietto informativo.Un paziente ha identificato prontamente una reazione avversa non nota al farmaco, imatinib 400 mg, comunicandolo al medico che ha provveduto alla segnalazione dell' ADR.

### Conclusioni

La nostra esperienza ribadisce l'importanza del farmacista nella transizione di cura, il farmacista fornisce un'informazione corretta e completa sulla terapia farmacologica dispensata, rappresentando una garanzia per l'aderenza alla terapia, la qualità, e la sicurezza delle cure del paziente oncologico durante il trattamento a domicilio, inoltre risulta cruciale nell'intercettare eventuali rischi per il paziente e contribuisce a ridurre i relativi costi per il SSN. L'obiettivo futuro potrebbe essere quello di realizzare un questionario da somministrare al paziente per individuare punti di forza e punti da migliorare nell'erogazione di farmaci oncologici orali.

### Bibliografia

1-La dispensazione del farmaco oncologico orale in farmacia ospedaliera maggio 2020 TESTI A CURA DELL'AREA ONCOLOGICA NAZIONALE DELLA SIFO

### Materiali e metodi

Sono stati predisposti unitamente ai medici oncologi schede informative specifiche su singolo farmaco antineoplastico con tutte le indicazioni da seguire. I pazienti accedono all'erogazione diretta; il farmacista identifica il farmaco prescritto e la relativa scheda informativa e prima di consegnarla la legge insieme al paziente utilizzando meccanismi di feedback per verificare la comprensione del paziente e creare un dialogo bidirezionale. Vengono fornite al paziente le seguenti informazioni :modalità di assunzione del farmaco,su cosa fare in caso di dimenticanza,sulla possibilità di spezzare o frantumare il farmaco,sulle interazioni con alimenti o altri farmaci,sulla possibilità di guidare o utilizzare macchinari,sugli effetti indesiderati più comuni,sulla conservazione e smaltimento,sulla segnalazione al medico di eventuali Reazioni Avverse.



## Farmacovigilanza attiva in pazienti pediatrici e giovani adulti con patologie emato-oncologiche

Anna Parzianello<sup>1</sup>, Federico Pigato<sup>1</sup>, Giulia Fornasier<sup>1</sup>, Sabrina Orzetti<sup>2</sup>, Paola Rossi<sup>3</sup>, Emanuela Ferrarin<sup>4</sup>, Maurizio Mascarin<sup>5</sup>, Paolo Baldo<sup>2</sup>, Valentina Kiren<sup>6</sup>, Marco Rabusin<sup>6</sup>, Anna Arbo<sup>1</sup>, Marta Paulina Trojniak<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SSD Farmacia, IRCCS materno infantile Burlo Garofolo, Trieste;

<sup>2</sup> SSD Farmacia, IRCCS CRO Istituto Nazionale Tumori, Aviano;

<sup>3</sup> Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità – Regione Friuli-Venezia Giulia; Centro Regionale di Farmacovigilanza;

<sup>4</sup> Biblioteca Scientifica e per Pazienti, IRCCS CRO Istituto Nazionale Tumori, Aviano;

<sup>5</sup> SOSD Oncologia Integrata per Adolescenti e Giovani Adulti e Radioterapia Pediatrica, IRCCS CRO Istituto Nazionale Tumori, Aviano;

<sup>6</sup> SOC Oncoematologia, IRCCS materno infantile Burlo Garofolo, Trieste.

### Introduzione

Dagli studi di monitoraggio attivo in ambito oncologico riportati in letteratura si stima che le Adverse Drug Reactions (ADRs) gravi (grado 3 - 5) si verifichino in circa il 20-30% dei pazienti (adulti e pediatrici) [1,2], mentre gli errori terapeutici intorno al 20% delle prescrizioni [3,4]. Se si confrontano tali percentuali con il reale numero di segnalazioni riportate in Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF), è presumibile che vi sia una sottosegnalazione di ADRs.

A fronte di questa osservazione l'IRCCS materno infantile Burlo Garofolo di Trieste, in collaborazione con l'IRCCS CRO Istituto Nazionale Tumori di Aviano, ha avviato uno studio prospettico che valuti l'impatto di un intervento di monitoraggio attivo delle prescrizioni oncologiche pediatriche. Un ulteriore obiettivo è quello di sensibilizzare i giovani pazienti e caregivers a questa tematica attraverso la diffusione di opuscoli informativi in formato cartaceo, con la successiva possibilità di sviluppare un'applicazione *ad hoc* per dispositivi mobili.

### Risultati

Lo studio è attualmente in corso. Il numero di prescrizioni farmaceutiche fino ad ora inserite in apposito database è:

- 509 per IRCCS Burlo (tetto iniziale stimato di 317) relative a 21 pazienti, con 54 ADRs totali riscontrate;
- 10 per IRCCS CRO (tetto iniziale stimato di 91) relativa ad 1 paziente, con 2 ADRs totali riscontrate.

### Materiali e Metodi

Considerando il dato storico di segnalazione di ADRs relativo agli anni 2017-2018 per singolo Istituto (IRCCS Burlo 2,7%, IRCCS CRO 0%), lo studio si pone l'obiettivo di registrare, nel periodo di sorveglianza attiva, un aumento di segnalazioni in RNF di ADRs di grado 3-5 rispetto al numero totale di prescrizioni.

I dati relativi alle prescrizioni oggetto dello studio, anonimizzati ed inseriti in una scheda raccolta dati informatizzata in apposito database (RedCap), derivano dalla consultazione delle prescrizioni informatizzate inviate all'Unità Farmaci Antiblastici. Eventuali ADRs saranno riscontrate dalla consultazione delle cartelle cliniche dei pazienti, il cui follow-up massimo è di 24 mesi. L'unità statistica dello studio è la prescrizione farmaceutica.

### Bibliografia

[1] Lavan AH, O'Mahony D, Buckley M, O'Mahony D, Gallagher P. Adverse Drug Reactions in an oncological population: prevalence, predictability, and preventability. *Oncologist*. doi: 10.1634/theoncologist.2018-0476.

[2] Salmany SS, Ratrouf L, Amireh A, Agha R, Nassar N, Mahmoud N et al. The impact of pharmacist telephone calls after discharge on satisfaction of oncology patients: A randomized controlled study. *J Oncol Pharm Pract* 2018; 24(5): 359-64.

[3] Vega TG, Sierra-Sanchéz JF, Martínez-Bautista MJ, García Martín F, Suárez-Carrascosa F, Baena-Canada JM. Medication Reconciliation in Oncological Patients: A Randomized Clinical Trial. *J Manag Care Spec Pharm*. 2016 Jun;22(6):734-40.

[4] Aita M, Belvedere O, De Carlo E, Deroma L, De Pauli F, Gurrieri L, Denaro A, Zanier L, Fasola G. Chemotherapy prescribing errors: an observational study on the role of information technology and computerized physician order entry systems. *BMC Health Serv Res*. 2013; 13:522.

### Conclusioni e Prospettive future

A supporto dell'attività di monitoraggio attivo, inoltre, sono stati realizzati degli opuscoli informativi da consegnare alla famiglia al momento della dimissione dal ricovero o dopo una visita specialistica. Tali opuscoli sono dedicati a bambini e adolescenti e contengono informazioni circa la corretta somministrazione dei farmaci, il riconoscimento, il trattamento e la segnalazione di eventi avversi e le possibili interazioni farmaco-farmaco, farmaco-alimentazione, farmaco-terapie concomitanti.

In futuro, lo studio si pone l'obiettivo di trasferire le informazioni contenute negli opuscoli informativi dal formato cartaceo al formato digitale, attraverso la creazione di applicazioni per dispositivi digitali al fine di rendere maggiormente fruibili tali informazioni e garantirne un accesso immediato agli utilizzatori.



**UTILIZZO DEL PATIENT JOURNEY PER LA RE-INGEGNERIZZAZIONE  
DEI PERCORSI DELLA BREAST UNIT DELLA ASL ROMA 1**

**M. Vescia\*, M. Quintili\*, P. Chierchini\*\*, P. Grasso\*\*\*, A. Mirri\*\*\*\*, P. Bonatti\*\*\*\*\*, L. Leone\*\*\*\*\* A. Corradi\*\*\*\*\*, N. Sollecchia\*\*\*\*\*.**

\* UOC Sicurezza Qualità e Risk Management ASL Roma 1, \*\* Direttore Area Direzione Ospedaliera ASL Roma 1, \*\*\* Direzione Sanitaria P.O. San Filippo Neri, \*\*\*\* Direttore Clinico Breast Unit ASL Roma 1, \*\*\*\*\*UOSD Chirurgia Senologica ASL Roma 1, \*\*\*\*\* Case Manager Breast Unit ASL Roma 1

**Abstract**

Il ruolo del paziente come stakeholder principale dei percorsi sanitari è ormai sempre più riconosciuto all'interno del contesto sanitario e oggi, soprattutto in contesti delicati come i percorsi oncologici, la valutazione dell'esperienza vissuta, la soddisfazione o meno delle aspettative riposte nei luoghi di cura è fondamentale per fornire servizi di qualità. Nel presente lavoro verrà descritto la costruzione del «Patient Journey» della pazienti affette da carcinoma della mammella che sarà utile per la reingegnerizzazione del percorso clinico organizzativo della Breast Unit della ASL Roma 1. L'espressione patient journey indica il «viaggio del paziente», ovvero il percorso che compie mentre affronta una malattia. Anche la cura, infatti, ha una partenza, degli incontri, dei momenti cruciali con scoperte ed ostacoli, e un punto di arrivo: come in un vero e proprio viaggio il paziente vive tutti questi momenti.

**Introduction**

Il Patient Journey è una metodologia che analizza il percorso del paziente all'interno delle strutture sanitarie con lo scopo di semplificare, rendere intuitivi e quasi sequenziali i vari step che fanno parte del percorso di cura, ponendo attenzione alle sue esigenze, aspettative e richieste in ambito clinico e relazionale con il personale sanitario.

Gli obiettivi specifici del progetto possono essere così riassunti:

- Identificare le fasi che compongono il Patient Journey;
- Associare a ciascuna fase gli operatori coinvolti i servizi offerti;
- Individuare le attività a valore per la paziente;
- Analizzare lo stato emotivo della paziente durante tutto il suo journey;
- Ridisegnare il percorso da una prospettiva basata sul valore che la paziente attribuisce ai servizi erogati

L'obiettivo finale è che le informazioni tracciate sulla mappa dell'esperienza della paziente (Patient Journey Map) in modo da poter lavorare sull'esperienza offerta, di rilevare eventuali errori o differenze tra l'esperienza che vogliamo offrire e quella effettivamente fornita per allineare sempre di più esigenze espresse e servizi erogati.

**Materials**

Per costruire il patient journey è fondamentale iniziare con un'attività di mappatura (Patient Journey Map). Questo significa, di fatto, riuscire a illustrare il processo effettuato dai pazienti tutte le volte che devono soddisfare un'esigenza di tipo sanitario.

La mappatura non riguarda solo le fasi di contatto diretto tra paziente e struttura, ma anche tutti i passaggi precedenti e successivi. L'obiettivo è ambizioso e, al tempo stesso, irrinunciabile per una struttura moderna: comprendere come i pazienti si muovono nel mondo della sanità per intercettare le esigenze e per intervenire con soluzioni ad hoc, che come sono rivolte al doppio risultato della Customer Satisfaction e della sostenibilità del percorso.



**Methodology**

Per ciascuna delle fasi identificate sono state identificate:

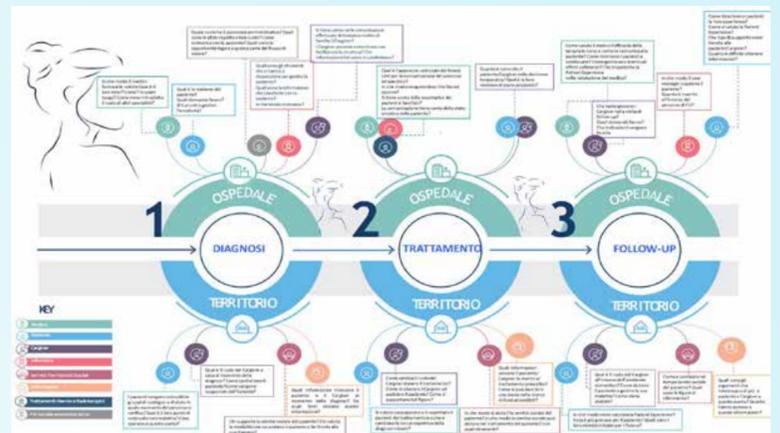
Principali touch point per comprendere come e quando nasce il legame tra l'azienda e la paziente e come possono influenzarne scelte ed opinioni.



Operatori sanitari coinvolti.

Infine è stata costruita l'«experience map» comprensiva di tutte le fasi comprensive di operatori, stakeholder e modalità di comunicazione, in cui osservare ciò che la paziente può fare prima, durante e dopo essere stato in contatto con le nostre strutture, le sue motivazioni, gli obiettivi principali che vuole soddisfare

Oltre ad individuare le varie fasi e gli attori in gioco, il patient journey è stata elaborata, con il supporto del Servizio di Psicologia Clinica, la cosiddetta «mappa delle emozioni», in modo da analizzare gli aspetti emozionali e relazionali del viaggio. Questo perché se si riesce a connettersi con le emozioni e le ansie del paziente, dando loro un nome, e comprenderne lo stato d'animo ed i bisogni che in ogni momento esprime consente di sviluppare con il malato un rapporto di fiducia, un legame di fedeltà, e migliorare così il suo percorso di guarigione.



**Results**

1. Il risultato più evidente è l'aumento della soddisfazione complessiva delle utenti rispetto al percorso di cura che è passato dal 60% all'85% ed il conseguente aumento della percentuale delle pazienti che accedono ai nostri servizi attraverso il «passaparola» (dal 30% al 48%)



2. Avendo rilevato che un punto critico, nonchè fattore importante di stress, per le pazienti risulta essere il tempo che intercorre tra la biopsia e il ricevimento del referto, si è deciso di lavorare sulla riorganizzazione dell'Anatomia Patologica al fine di ridurre i tempi di refertazione.
3. Prendendo spunto dai bisogni espressi dalla pazienti ma anche dai loro familiari si sta progettando un'App per la gestione del percorso, in modo da semplificare la vita ai pazienti e ai loro cari

**Conclusion**

1. Lavorare sul patient journey ha consentito a tutti gli attori, pazienti comprese, di avere una visione diversa della gestione della malattia, «privilegiata».
  2. Attraverso la strutturazione di tutte le fasi del viaggio del paziente sono stati comprese tutte le aree critiche del percorso, non solo quelle ritenute tali dall'operatore ma anche quelle che la paziente percepisce come tali, così da riprogettare il suo percorso, al fine di migliorare la qualità e l'efficienza delle cure.
  3. Lo sguardo del paziente è stato essenziale per comprendere il patient journey nella sua interezza: infatti sono loro i protagonisti che gestiscono la malattia nel quotidiano, che si muovono tra i diversi momenti di cura e incontrano più figure professionali, di conseguenza consegnano alla struttura una visione d'insieme utile alla corretta mappatura del processo.
- In conclusione, il patient journey per l'umanizzazione dell'assistenza e la cura integrale della persona.

**Acknowledgements**

1. McCarthy, S., O'Raghallaigh, P., Woodworth, S., Lim, Y. Y., Kenny, L. C., & Adam, F. (2020). The 'Integrated Patient Journey Map': A Design Tool for Embedding the Pillars of Quality in Health Information Technology Solutions. Journal of Medical Internet Research
2. McCarthy, S., O'Raghallaigh, P., Woodworth, S., Lim, Y. Y., Kenny, L. C., & Adam, F. (2016). An integrated patient journey mapping tool for embedding quality in healthcare service reform. Journal of Decision Systems, 25(sup1), 354-368.



elform

**L'elaborazione guidata di un PDTA quale metodica didattica per l'integrazione multiprofessionale nella cronicità: asma grave, ictus, poliposi nasale grave.**

**Marco Tanini, Simona Leone**

Elform e-learnig Formazione e Applicazione Srl. Via Calatafimi, 58 - 04100 Latina (LT) tel. 3389594130

**Introduzione**

La sesta Missione del PNRR riguarda la Salute, un settore critico, che ha affrontato sfide di portata storica nell'ultimo anno. Il PNRR, al suo obiettivo n. 6, prevede il finanziamento di una serie di interventi volti a favorire il passaggio a un modello di intervento pro-attivo, l'integrazione tra setting di cura e professionisti e il potenziamento delle strutture territoriali, da realizzare anche attraverso investimenti nell'innovazione tecnologica e nella telemedicina.

I Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (patient's journey condivisi che integrano gli interventi centralizzati, Hub, e territoriali, Spoke), con la loro vocazione di presa in carico a lungo termine del paziente, mantenendo il controllo della malattia, prevenendo e curando comorbidità e disabilità, rappresentano lo strumento principe per la costruzione di un sistema di assistenza continuativa, multidimensionale, multidisciplinare e multilivello.



**Materiale e metodi**

Sono stati organizzati eventi formativi strutturati con n. 2 sessioni residenziali (start-up e follow-up) + n. 1 sessione sul campo della durata di 4/6 mesi. Nel corso della sessione residenziale di start-up, hub e spoke hanno costruito il percorso paziente da utilizzare «sul campo» nella sessione intermedia. L'attività sul campo è stata basata su svolgimento di attività formative di selezione e invio dei pazienti al centro HUB di riferimento, compilazione e condivisione dei moduli didattici, creazione del PDTA.

**Risultati**

Sono stati organizzati, e sono attualmente in corso, n. 8 eventi formativi ecm di formazione residenziale e sul campo, aventi la finalità di costruire e testare i patient's journey spoke-hub per la gestione di pazienti con asma grave, ictus, poliposi nasale grave. I PDTA e le interazioni di percorso sono stati creati dagli operatori durante le sessioni in plenaria.



**Conclusioni**

Il lavoro di gruppo e sul campo favoriscono l'interazione multidisciplinare. Tale positiva interazione ha fatto emergere la necessità di creare percorsi che maggiormente integrino gli interventi sia in senso orizzontale (tra servizi territoriali), sia in senso verticale (tra servizi territoriali e strutture di ricovero per acuti), nonché tutte le attività di prevenzione.

I Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (patient's journey condivisi che integrano gli interventi centralizzati, Hub, e territoriali, Spoke), con la loro vocazione di presa in carico a lungo termine del paziente, mantenendo il controllo della malattia, prevenendo e curando comorbidità e disabilità, rappresentano lo strumento principe per la costruzione di un sistema di assistenza continuativa, multidimensionale, multidisciplinare e multilivello.

Il miglioramento delle prestazioni erogate sul territorio è perseguito attraverso:

- il potenziamento e la creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità);
- il rafforzamento dell'assistenza domiciliare (per raggiungere il 10 per cento della popolazione con più di 65 anni, in particolare coloro che hanno patologie croniche o non sono autosufficienti);
- lo sviluppo della telemedicina e l'assistenza remota (con l'attivazione di 602 Centrali Operative Territoriali);
- una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.

**Bibliografia**

- Gigantelli, V. (2015). Centralità del Distretto nella gestione delle malattie respiratorie croniche ostruttive. *Tendenze nuove*, 67.
- Masina, M., Malservisi, S., Domenichini, E., Censoni, P., & Mingolini, N. (2012). La qualità dell'assistenza in una stroke care: un audit multiprofessionale. *Evidence* 2012; 4(1)
- Monaco A et al. Project NeReA (Network Regionale Asma grave) roundtable consensus statement. GIHTAD 2020.
- Moscogiuri, R. (2015). La clinical governance di asma e BPCO nelle popolazioni complesse: l'uso epidemiologico dei dati amministrativi. *Tendenze nuove*, 97.
- Papalia, R., et al. (2012). La clinical governance tra condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici e appropriatezza dell'utilizzo del pronto soccorso pediatrico dell'Ospedale di Rivoli. In *7a conferenza nazionale GIMBE-Evidence & Governance per la Sostenibilità della Sanità Pubblica* (pp. 119-119). Fondazione GIMBE.



## Rete ematologica: sinergia ospedale-territorio L'esperienza del DH Ematologico dell'ASST Spedali Civili di Brescia

F. Olivazzi ; E. Panero ; N. Stroppa  
ASST Spedali Civili di Brescia;

### Introduzione

La presa in carico dell'utente con patologie ematologiche croniche ha assunto un ruolo prioritario nella programmazione degli interventi sociosanitari, in relazione alle caratteristiche cliniche, psicologiche e sociali di ogni specifica situazione.

Con la finalità di colmare la frammentazione dei processi erogativi, collaborando in sinergia con il territorio il DH Ematologico ASST Spedali Civili di Brescia ridefinisce dell'intera filiera dei servizi, integrando gli ambiti di intervento sanitari, sociosanitari e sociali. lavoro per operare nei team multidisciplinari, coordinare dati, integrare l'offerta dei servizi e attivare la rete familiare e sociale delle persone

### Obiettivo

Razionalizzare il follow up degli utenti affetti emopatie neoplastiche croniche e semplificarne l'iter clinico

### Materiali e Metodi

La gestione clinica diretta del paziente affetto da emopatie croniche, neoplastiche e non, che richiedono il solo controllo periodico clinico laboratoristico o una monoterapia orale continuativa, da parte del MMG che liberamente aderisce al percorso, con il supporto del centro ospedaliero di riferimento.

### Metodologia

L'inquadramento diagnostico del paziente e la selezione dei soggetti da includere viene effettuata dallo Specialista Ematologo secondo specifiche linee guida condivise tra ASST e ATS

L'Utente dopo essere stato informato dettagliatamente del progetto firma il consenso all'adesione. Il caso dell'utente completo di documentazione è trasmesso l'Infermiera dedicata al progetto che contatta il MMG proponendo al MMG la possibilità di attivare il progetto per quel determinato utente

L'inquadramento diagnostico del paziente e la selezione dei soggetti da includere viene effettuata dallo Specialista Ematologo secondo specifiche linee guida condivise tra ASST e ATS

L'Utente dopo essere stato informato dettagliatamente del progetto firma il consenso all'adesione. Il caso dell'utente completo di documentazione è trasmesso l'Infermiera dedicata al progetto che contatta il MMG proponendo al MMG la possibilità di attivare il progetto per quel determinato utente.

L'infermiera dedicata al progetto programma un colloquio tra l'utente, il caregiver al fine di spiegare le modalità con cui il suo caso sarà seguito in forma collaborativa con il MMG

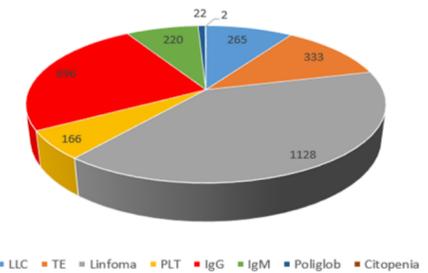
Al fine di garantire la continuità informativa l'Ematologo redige una congruente relazione clinica per il MMG contenente:

- Quadro clinico
- Piano controlli di follow up programmato
- Eventuale piano terapeutico
- Indicazione per reperire la Linea Guida di riferimento
- Riferimenti per contatti con il DIPO

### Risultati

Il progetto è iniziato nel dicembre 2009 ed al 1 marzo 2022 sono stati reclutati nel progetto **2862** con il coinvolgimento di **1150** medici di base

### Pazienti totali per patologia



Considerazioni relative all'anno 2021	Numero di pazienti
Nuovi pazienti arruolati nell'anno	187
Raccolti e validati i dati di ritorno	1806
Richieste di rivalutazione	200
Richieste di rivalutazione clinica o valutazione esami (rimasti in DIPO)	136
Pazienti sospesi in attesa di visita	12
Richieste valutate e pazienti rientrati in regime ambulatoriale	52
Correttezza del percorso (il MMG ha seguito il corretto percorso per la rivalutazione)	1319 (73%)
Pazienti è stato necessario anche un contatto diretto del paziente per sollecitare il follow up	487

### Conclusione

Il percorso rappresenta un'interessante opportunità per sperimentare e sviluppare meccanismi di sinergia e collaborazione tra i servizi specialistici e territoriali, anche nella gestione coordinate di problematiche cliniche considerate storicamente acute o di pertinenza specialistica e riservate agli ospedali.



**Implementazione Help line telefonica con Telemonitoraggio infermieristico per i pazienti oncologici seguiti nell' A.O. S. Croce e Carle di Cuneo**



Dogliotti D.(1), Galaverna R.(2), Bruno M.(3), Rosso M.(4), Occhelli M.(5), Guano G.(6), Numico G.(7), Reborra M. (8), Azzan E. (9)



**ABSTRACT**

Presso il Day Hospital Oncologico è garantito l'accesso telefonico a utenti e caregiver con linea dedicata e servizio di Help line telefonico. Gli operatori valutano la richiesta individuando il professionista adatto alla presa in carico della problematica. Durante la pandemia da COVID-19 è emersa la necessità di implementare modelli innovativi di presa in carico mediante lo sviluppo della telemedicina anche alla luce delle indicazioni Ministeriali e Regionali. Presso il servizio è avviato un progetto pilota di telemedicina di controllo per pazienti selezionati in fase di follow up: tale modello è implementabile con prestazioni di telemonitoraggio a gestione infermieristica.

**MATERIALI E METODI**

**Obiettivo:** avviare un progetto di integrazione tra il modello di Help line telefonica e il telemonitoraggio infermieristico presso la S.C. Oncologia-DH.

L'Azienda è dotata di applicativo per erogazione di servizi di telemedicina per la presa in carico medica e infermieristica, refertazione della visita, prescrizione terapeutica, validazione e somministrazione della terapia.

E' in fase di avvio il progetto pilota di telemedicina oncologica per i controlli in pazienti selezionati; si prevede la progressiva implementazione ad altre tipologie di prestazioni.

Nel progetto si è posta attenzione a: sicurezza della trasmissione delle informazioni, gestione delle credenziali con previsione di integrazione con il Sistema SPID/Carta di Identità Elettronica e CNS, invio e ricezione di documentazione clinica, coinvolgimento dei caregiver e attivazione di un Help desk al fine di prevenire e ridurre gli inconvenienti di natura tecnologica.

La piattaforma è fruibile mediante webapp dai dispositivi elettronici in possesso dell'utente.

Il paziente inserito nel percorso di telemedicina, dopo contatto telefonico con il personale infermieristico e valutata la necessità di una prestazione di telemonitoraggio, viene inserito con accesso diretto sull'applicativo CUP e successivamente avviata videochiamata da parte del servizio.

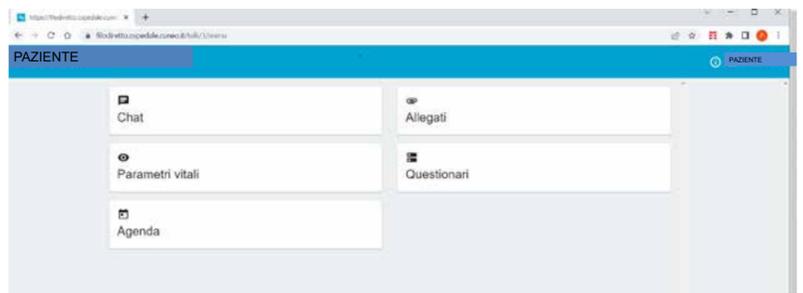
Le potenzialità della piattaforma consentiranno la calendarizzazione del follow up per il monitoraggio a domicilio dei pazienti con particolari bisogni assistenziali o situazioni meritevoli di maggior presa in carico (pazienti fragili, anziani, particolarmente distanti dal centro).

La prestazione infermieristica verrà erogata e rendicontata nei flussi di produzione.

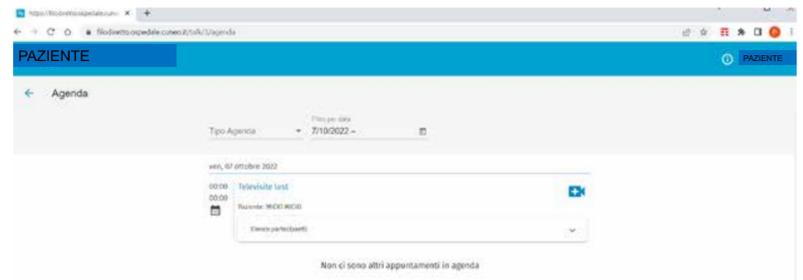
**RISULTATI**

**FUNZIONALITA' PIATTAFORMA TELEMEDICINA**

- upload-download di documentazione;
- invio di DEM e prenotazioni;
- inserimento di questionari per monitorare l'andamento del percorso di cura;
- agenda per ricevere e presentare appuntamenti;
- telemedicina;
- remind con SMS il giorno prima dell'appuntamento



Home page Piattaforma Aziendale: funzioni possibili

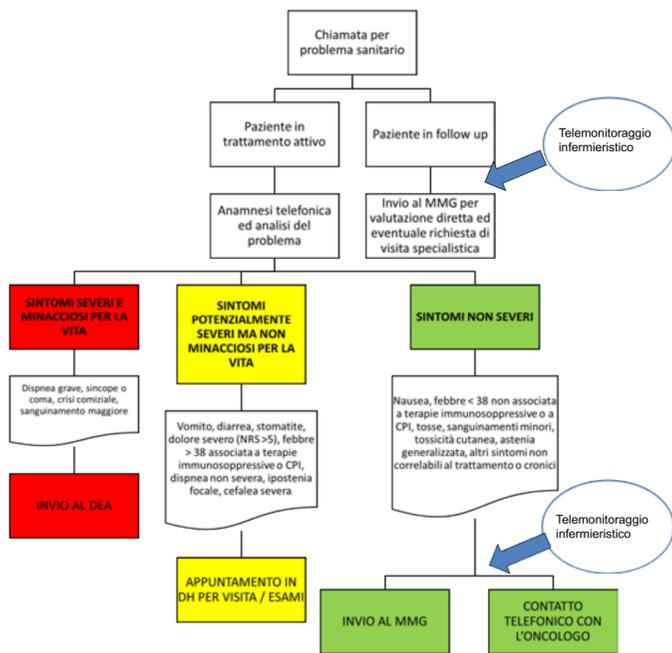


Piattaforma Aziendale: agenda di prenotazione

TELEMEDICINA			
CLASSIFICAZIONE	AMBITO	PAZIENTI	RELAZIONE
TELEMEDICINA SPECIALISTICA	TELE VISITA	sanitario	Presenza attiva del Paziente
	TELE CONSULTO		Assenza del Paziente
	TELE COOPERAZIONE SANITARIA		Presenza del Paziente, in tempo reale
TELE SALUTE	sanitario	E' prevalentemente rivolta a patologie croniche	Presenza attiva del Paziente
TELE ASSISTENZA	socio-assistenziale	Può essere rivolta ad anziani e fragili e diversamente abili	

Tab. 1: Classificazione prestazioni telemedicina. Fonte: Ministero della Salute – Telemedicina: linee di indirizzo nazionali.

**Algoritmo Valutazione infermieristica- Oncologia**



**CONCLUSIONI**

Il progetto consente di implementare l'offerta di presa in carico tramite telemonitoraggio da parte dell'infermiere ampliando la popolazione coinvolta con una progressiva abilitazione informatica dell'utenza afferente al centro e indirizzandola anche a pazienti in follow up, per case management e programmazione dei percorsi di controllo periodici.

**BIBLIOGRAFIA**

- Ministero della Salute, Decreto 29 aprile 2022: Approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare», ai fini del raggiungimento della Milestone EU M6C1-4, di cui all'Annex alla decisione di esecuzione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021, recante l'approvazione della valutazione del Piano per la ripresa e resilienza dell'Italia.
- Deliberazione della Giunta Regionale 3 luglio 2020, n. 6-1613 Prima attivazione dei servizi sanitari di specialistica ambulatoriale erogabili a distanza (Telemedicina), in conformità alle "Linee di indirizzo nazionali di telemedicina" (repertorio atti n.16/CSR), ai sensi dell'Intesa del 20 febbraio 2014, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.
- Coordinamento Scientifico AGENAS - Osservatorio Cronicità. LOGICHE E STRUMENTI GESTIONALI E DIGITALI PER LA PRESA IN CARICO DELLA CRONICITÀ Manuale operativo e buone pratiche per ispirare e supportare l'implementazione del PNRR 31 dicembre 2021 integrato aprile 2022 Coordinamento tecnico-scientifico
- Margaret Hickey, Susie Maloney-Newton. Telephone Triage for Oncology Nurses (Third Edition). Oncology Nursing Society; 2019
- Hoffner B, Rubin KM., Meeting the Challenge of Immune-Related Adverse Events With Optimized Telephone Triage and Dedicated Oncology Acute Care. J Adv. Pract. Oncol. 2019 Mar; 10(Suppl 1): 9–20.
- Stacey D. et al. Implementation of Symptom Protocols for Nurses Providing Telephone-Based Cancer Symptom Management: A Comparative Case Study. Worldviews Evid Based Nurs 2016 Dec;13(6):420-431.
- Perez Alfonso K, Sanchez-Martinez V. Electronic Patient-Reported Outcome Measures Evaluating Cancer Symptoms: A Systematic Review. Semin Oncol Nurs 2021 Apr;37(2):151145.
- Østgaard Rygg L, Brataas H., Nordtug B. Oncology nurses' lived experiences of video communication in follow-up care of home-living patients: A phenomenological study in rural Norway. European Journal of Oncology Nursing Vol. 52, June 01, 2021

1.DiPSa Area Diurna – referente Rete Oncologica, 2. Coordinatore Dh Oncologia 3. Coordinatore Area Ambulatoriale 4. Funzione Qualità e Accreditamento 5. Dirigente Medico SC Oncologia 6. Referente Aziendale Telemedicina 7. Direttore SC Oncologia 8. Direttore Sanitario A.O. S.Croce e Carle -Cuneo 9. Direttore Generale A.O. S.Croce e Carle -Cuneo





## La multidisciplinarietà: mantello protettivo dei pazienti terminali dell'hospice Karol Wojtyla di Minervino Murge



Dipaola Claudia Ada\*, Nardella Pierangela°, Armenise Michelangelo^

\*Psicologa psicoterapeuta\*, °Dirigente Medico Responsabile Direzione Medica P.O. Bisceglie-ASL BT, ^Ex Direttore Auxilium

### Introduzione

Il termine palliativo deriva dalla parola latina "pallium" che significa mantello.

Le cure palliative rappresentano un mantello composto da professionalità differenti, un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di una identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicofisica e spirituale (O.M.S.).

L'obiettivo dello studio mira a dimostrare l'efficacia dell'intervento dell'equipe multidisciplinare sulla riduzione del distress psicologico dei pazienti terminali dell'Hospice Karol Wojtyla di Minervino Murge.

### Materiali e metodi

Il PDI ( Psychological Distress Inventory ) è uno strumento che si propone di misurare l'impatto della malattia e delle terapie in termini di distress psicologico, mentre il NEQ è un questionario per la valutazione dei bisogni del paziente .

Sono stati studiati due gruppi di pazienti, uno sperimentale e uno di controllo, ciascuno costituito da 12 pazienti (6 maschi e 6 femmine con età media di 65 anni) affetti all'70% da patologie oncologiche, 30% SLA. La ricerca ha avuto una durata complessiva di 3 mesi per ciascun paziente e si è sviluppata nell'arco di circa 6 mesi. Ad entrambi i gruppi è stato somministrato in fase iniziale e dopo 3 mesi il PDI e il NEQ. Durante l'intervallo di 3 mesi al gruppo sperimentale è stato applicato un approccio multidisciplinare in cui il paziente incontrava tutte le figure insieme due volte a settimana; il gruppo di controllo nell'intervallo dei 3 mesi ha visto esclusivamente il susseguirsi delle figure professionali individualmente e in base ai bisogni esplicitati.

### Risultati

Si è proseguito con lo studio preliminare analizzando i dati per altri 3 mesi. In particolare, dopo 6 mesi dalla valutazione è stato possibile effettuare un successivo follow-up a 9 dei 12 pazienti, poiché 3 deceduti. Nello specifico di questi 9, 4 appartengono al gruppo sperimentale e 5 al gruppo di controllo. Nel secondo follow-up si riscontra un'ulteriore diminuzione del distress psicologico in entrambi i gruppi ma maggiormente significativo nel gruppo sperimentale. I risultati della II fase dello studio hanno confermato che le persone di entrambi i gruppi sono stati in grado di adattarsi nel tempo alla condizione clinica di malattia terminale da un punto di vista psicologico ma nello stesso tempo la significatività dei risultati ottenuti dal gruppo sperimentale dimostra l'efficacia del lavoro multidisciplinare.



### Conclusioni

I risultati dello studio hanno dimostrato che il distress psicologico diminuisce dopo i 3 mesi in entrambi i gruppi ma in modo più significativo nel gruppo sperimentale ove sono soddisfatti i bisogni di carattere identitario, relazionale, spesso accompagnati da paura, angoscia, ansia e depressione.



**Innovazione tecnologica per la cura del paziente oncologico nel Dipartimento di Diagnostica e Terapia per Immagini dell'Istituto Tumori 'Giovanni Paolo II'**

Milella P., Lioce M., Dentamaro R., Didonna V., Fanizzi A., Ferrante A., La Forgia D., Massafra R., Nardone A., Oreste D., Tamborra P., Tommasino M., Delle Donne A.

**Introduzione**

Lo sviluppo e la diffusione di tecnologie innovative consentono l'elaborazione estremamente rapida di informazioni ed integrazione delle stesse per la formulazione di protocolli diagnostico/terapeutici. Le attività dei team di ricerca afferenti al Dipartimento di Diagnostica e terapia per immagini dell'IRCCS Istituto Tumori 'Giovanni Paolo II' di Bari è orientata alla valutazione delle immagini biomedicali per rispondere ai principali unmet clinical need nelle diverse patologie oncologiche e alla definizione di interventi terapeutici mirati all'ottimizzazione dell'efficacia terapeutica. Le linee di ricerca attive hanno come fattore comune la definizione di modelli di medicina personalizzata, nonché alla definizione di interventi mini-invasivi che mettano in associazione i principi fisici della radiologia interventistica e trattamenti chimici propri dell'oncologia medica (Fig. 1). Rispetto all'approccio proprio della medicina "classica", più orientato alla definizione dei percorsi di cura efficaci in maniera statisticamente solida, privilegiando quindi l'entità della risposta media nei pazienti, la medicina personalizzata è quell'insieme di strategie di prevenzione e trattamento che tengono conto della variabilità individuale. La medicina personalizzata definisce un percorso di cura che consiste nella definizione di terapie su misura per ogni singolo paziente e trova una naturale evoluzione nello sviluppo di sistemi di supporto le decisioni cliniche e terapeutiche. Ciò è possibile studiando le caratteristiche cliniche e radiomiche di ogni singolo individuo, e integrandole tra loro al fine di conferire al paziente e alla patologia complessa caratteristiche di unicità che possono così essere diagnosticate e curate in maniera più efficiente, con un importante impatto sia dal punto di vista medico che socio-economico che un inevitabile miglioramento della qualità della vita del paziente. Analogamente, l'utilizzo di tecniche mini-invasive di oncologia interventistica, chirurgia e radioterapia basate su strumentazioni e device di ultima generazione consentono la definizione di interventi che combinano i principi fisici della radiologia con i trattamenti chimici propri dell'oncologia medica migliorando l'efficacia dei farmaci chemio-terapici. In questa comunicazione mostriamo le tecnologie innovative radiomic-based e le tecniche interventistiche messe in atto dai ricercatori del Dipartimento di Diagnostica e terapia per immagini del nostro Istituto.

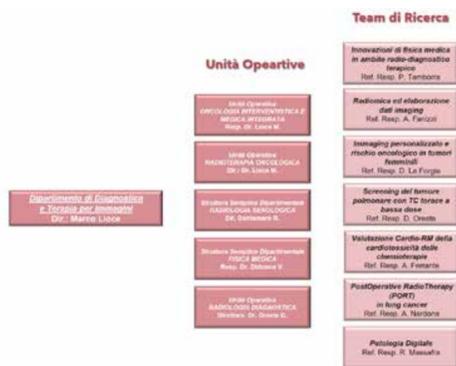


Figura 1. Organigramma scientifico del Dipartimento di Diagnostica e terapia per immagini.

**Metodi**

Diverse sono le tecniche innovative disponibili nel nostro Istituto sia diagnostiche, tra queste per esempio la Contrast Enhanced Spectral Mammography (CESM) che unisce i principi della mammografia alla somministrazione del mezzo di contrasto endovena, che di trattamento radioterapico, tra queste IMRT/VMAT, stereotassi (per erogazione), IGRT/CBCT -EXACTRAC e IORT, e anche terapeutiche, come le tecniche mini-invasive chemioterapiche che mettano in associazione i principi fisici della radiologia interventistica e trattamenti chimici propri dell'oncologia medica. Inoltre nell'Istituto insiste un team multidisciplinare di fisici, matematici e statistici che si propone di offrire supporto metodologico-statistico e informatico nel collezionamento ed elaborazione dati clinici e di imaging. I modelli di pattern recognition e image analysis sono tecniche di apprendimento automatiche di intelligenza artificiale che consentono l'estrazione di informazioni quantitative delle immagini sia radiologiche che digital pathology e l'elaborazione integrata di dati di diversa natura. Approcci di deep learning basati su reti neurali convoluzionali (CNN) pre-addestrate consentono l'estrazione di caratteristiche tumorali dalle immagini diomeriche a diversi livelli di astrazione funzionali alla definizione di sistemi esperti di supporto alle decisioni diagnostiche e terapeutiche (Fig. 2).



Figura 2. Workflow di analisi delle immagini radiologiche e di digital pathology mediante tecniche di intelligenza artificiale per la definizione di sistemi di supporto alle decisioni terapeutiche.

**Risultati**

I ricercatori afferenti al Dipartimento di Diagnostica e terapia per immagini hanno una maturata expertise nell'ambito dello sviluppo dei sistemi di supporto alle decisioni terapeutiche basati sull'analisi di dati multimodali in diversi setting clinici e patologie oncologiche, quali mammella, polmone, melanoma, testa-collo. In un'ottica traslazionale, i principali end point clinici a cui questi strumenti rispondono sono risposta a trattamenti adiuvanti e neoadiuvanti, previsione di tossicità alle terapie chemioterapiche e radioterapiche, previsione dello stato linfonodale. Importanti risultati scientifici sono stati ottenuti, frutto anche di collaborazioni esterne nazionali ed internazionali (Fig. 3).

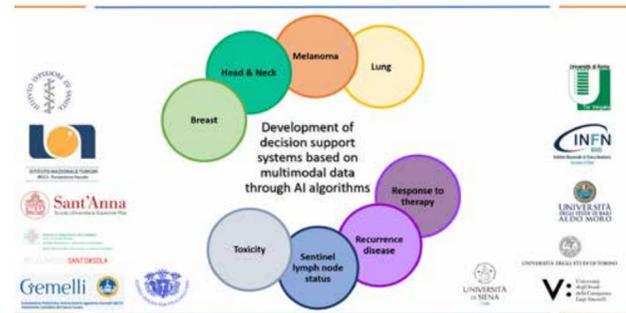


Figura 3. Workflow di analisi delle immagini radiologiche e di digital pathology mediante tecniche di intelligenza artificiale.

Un importante risultato ha riguardato la definizione e la validazione di un nuovo metodo per l'approvazione di qualsiasi piano di trattamento con radioterapia alternativo a quelli già in uso nella pratica clinica. Il metodo proposto ha mostrato chiaramente un'elevata efficienza rispetto ai metodi tradizionali ed è stato ottenuto un brevetto, attualmente in fase di rilascio. Infine, diverse sono le tecniche innovative mini-invasive di oncologia interventistica effettuate nel nostro Istituto (Fig. 4). Tra queste, si sottolineano (i) la termoablazione percutanea CT guidata su lesioni polmonari ed epatiche con azione cito-riduttiva miniminvasiva associata a chemioterapia standard per ottenere un'azione sinergica, (ii) l'utilizzo di impianti Port-a-cath direttamente in arteria epatica che aumentano esponenzialmente l'efficienza del farmaco chemioterapico rispetto alla somministrazione standard per via venosa, (iii) l'elettro-chemioterapia in lesioni profonde che grazie all'impulso elettrico con ago che spronano i pori di membrana delle cellule tumorali, consentono in esse l'ingresso diretto del farmaco, (iv) la chemio ipertermia in cui la chemioterapia standard viene somministrata insieme ad ipertermia capacitiva esterna non invasiva attraverso un'apparecchiatura elettromedicale favorendo l'azione del chemioterapico. Inoltre, il nostro centro è l'unico nel Sud Italia in cui sono stati eseguiti centinaia di trattamenti di radio-embolizzazione con ittrio-90 quali forma di brachiterapia intraepatica dei tumori primitivi e secondari del fegato.

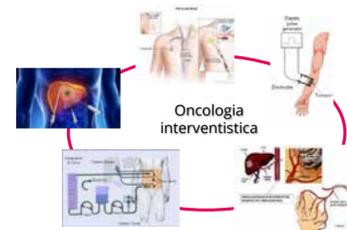


Figura 4. Tecniche mini-invasive di oncologie interventistiche

**Conclusioni**

L'integrazione dati biomedicali di diversa natura mediante tecniche di intelligenza artificiale, la mini-invasività e l'innovazione tecnologica cambiano il paradigma della sanità e dell'approccio alle cure mettendo al centro il paziente. Conoscenze mediche, innovazione tecnologica e analisi dati multimodali sono fondamentali per screening, diagnosi, e terapie, e contribuiscono ad individuare il trattamento più adeguato in base alle specificità del singolo paziente.

**Riferimenti Bibliografici**

Fanizzi, A., Scognamiglio, G., Nestola, A., Bambace, S., Bove, S., Comes, M. C., ... & Massafra, R. (2022). Transfer learning approach based on computed tomography images for predicting late xerostomia after radiotherapy in patients with oropharyngeal cancer. *Frontiers in Medicine*, 2842.

Comes, M. C., Fanizzi, A., Bove, S., Didonna, V., Diotaiuti, S., La Forgia, D., ... & Massafra, R. (2021). Early prediction of neoadjuvant chemotherapy response by exploiting a transfer learning approach on breast DCE-MRIs. *Scientific Reports*, 11(1), 1-12.

Tamborra, P., Martinucci, E., Massafra, R., Bettiol, M., Capomolla, C., Zagari, A., & Didonna, V. (2019). The 3D isodose structure-based method for clinical dose distributions comparison in pretreatment patient-QA. *Medical Physics*, 46(2), 426-436.

Bove, S., Comes, M. C., Lorusso, V., Cristofaro, C., Didonna, V., Gatta, G., ... & Massafra, R. (2022). A ultrasound-based radiomic approach to predict the nodal status in clinically negative breast cancer patients. *Scientific Reports*, 12(1), 1-10.

Mastrandrea, G., Laface, C., Fazio, V., Lopetuso, M., Falagario, G., Molinari, P., ... & Gadaleta, C. D. (2021). A case report of cryoablation and electrochemotherapy in kidney cancer. *Medicine*, 100(45), e27730-e27730.







## Il catetere venoso centrale: È solo una questione di posizionamento e medicazione?



Alessandro Delle Donne, Pietro Milella, Giovanni Mastrandrea, Monica Garofalo, Alessandra Cileo, Annarita Franchini, Rosa Boccuzzi, Valentina Di Meo, Valentina Pipoli, Nicola Ignomeriello, Grazia Cacciapaglia, Antonella Desimone, Giuseppe Carravetta, Giorgia Chetta, Pasquale Notarangelo, Federico Cangialosi, Rachele Giuliani, and Elisabetta Anna Graps

### Introduction

- L'AReSS Puglia e l'IRCCS Istituto Tumori Giovanni Paolo II di Bari hanno stipulato un accordo di convenzione per lo svolgimento delle attività relative al progetto di ricerca triennale dal titolo: "Proposta di un nuovo modello organizzativo fondato sull'empowerment del cittadino e del paziente nell'uso delle tecnologie: l'utilizzo di immagini per l'impianto e la gestione di cateteri venosi centrali (CVC) nel paziente oncologico, in ospedale e a domicilio"
- Fondato sulla condivisione di protocolli e procedure, sulla formazione del personale e sull'organizzazione di percorsi di empowerment del cittadino e del paziente il Progetto di Ricerca PICC ha come obiettivo:
  - l'acquisizione di una maggiore consapevolezza da parte degli stakeholder dell'importanza di una corretta gestione degli accessi venosi centrali;
  - indicazione d'uso intra ed extra ospedaliera degli accorgimenti necessari a garantire un impianto sicuro;
  - Indicazione delle tecniche di gestione dell'impianto, medicazione, prevenzione delle complicanze attraverso una valutazione giornaliera dell'accesso venoso che solo il paziente stesso o un suo familiare possono attuare.
- Il progetto prevede la realizzazione di una piattaforma tecnologica per il monitoraggio:
  - del sito di impianto del Catetere venoso centrale;
  - di alcune variabili **cliniche** correlate alla corretta esecuzione delle medicazioni (**da alimentare attraverso una check list validata**) che possono variare a seguito di procedure non corrette e che possono sorgere a seguito delle operazioni.
- La proposta si basa sulla realizzazione di una soluzione tecnologica che consenta:
  - il processo di presa in carico del paziente;
  - la creazione del suo "fascicolo impianto" sin dal primo passaggio in sala-operatoria per l'esecuzione della procedura;
  - la archiviazione del repertorio video/fotografico degli dell'evoluzione dell' impianto CVC del paziente;
  - la consultazione da remoto con l'equipe medico;

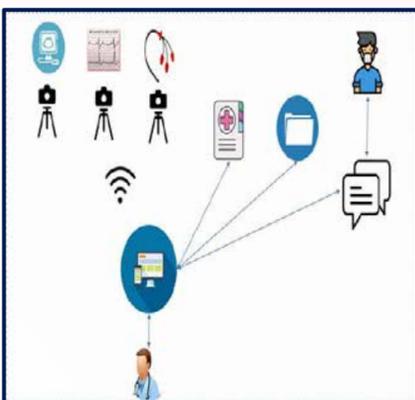
### Methodology

#### Progetto P.I.C.C. Patient involvement and Images utilization in Central venous catheter Certification

From traditional hospital-centred organization...

- 1) Search cost effective and safe kit, including suitable CVC for the required treatment plane
- 2) Promote adequate training for CVC positioning
- 3) Make prevention of complications by proper insertion guidance (Echography, ECG and Chest X-ray) and correct management of the catheter
- 4) Found CVA team to verify indications and implant and to manage complications
- 5) Form CVA mobile team to support the patient and his family at home
- 6) Choice of standardized techniques, performed by experienced personnel to be performed in a dedicated operating room

... to Patient Involvement & Images utilization  
in Central venous catheter Certification



During CVA positioning



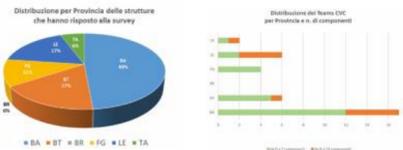
During patient's management

### Results

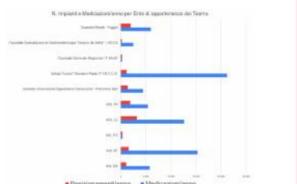
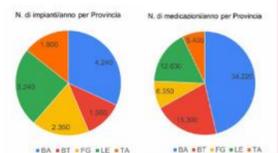
#### Phase 1: Mapping and classification of the "Positioning and Management Centers" in Puglia



All'indagine hanno aderito 5 Province su 6: BA, BT, FG, LE, TA.



#### Performances



#### Phase 2: Scoping review

International good practices on central venous catheters' placement and daily management in adults and on educational interventions addressed to healthcare professionals or awake/outpatients. Results of a scoping review compared with the existent Italian good practices

	RECOMMENDATION from included publications and Best Practices	MAARI Good Practices Reference	GAACC13 protocols
<b>Eco guida real time</b>	Yes	Yes	Yes
<b>Maxime protezioni di barriera</b>	Yes	Yes	Yes
<b>Tip location</b>	Yes	Yes (real-time fluoroscopy only in difficult positioning)	Yes
<b>Dressing</b>	Yes	Yes (subcutaneous anchoring systems in pts with high risk of dislodging)	Yes

#### Phase 3: IT platform (work in progress)

ITp will manage the following intervention scenarios:

- In the operating room
- In the clinic
- At home / in integrated home care

### Conclusion

Il Posizionamento e la medicazione di un accesso venoso centrale richiedono:

- Procedure standardizzate
- Un Team di riferimento per la gestione delle complicanze
- Pazienti e Care giver formati che valutino giorno per giorno lo stato della medicazione
- Un rapporto stretto tra gestione ospedaliera e gestione domiciliare

E...

Una centrale operativa territoriale che svolga una funzione di coordinamento della presa in carico del paziente con accesso venoso centrale e raccordi i servizi e i professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali (ospedale e domicilio)

### Bibliography

frontiers | Frontiers in Medicine

TYPE Systematic Review  
PUBLISHED 06 October 2022  
DOI 10.3389/fmed.2022.943164

International good practices on central venous catheters' placement and daily management in adults and on educational interventions addressed to healthcare professionals or awake/outpatients. Results of a scoping review compared with the existent Italian good practices

Giovanni Mastrandrea<sup>1,2\*</sup>, Rachele Giuliani<sup>1†</sup> and Elisabetta A. Graps<sup>1†</sup>

<sup>1</sup>Centro Regionale Health Technology Assessment (CReHTA) – Agenzia Regionale Strategica per la Salute e il Sociale (AReSS) Puglia, Bari, Italy; <sup>2</sup>Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) Istituto Tumori Giovanni Paolo II – BARI, Bari, Italy



## Identificazione e valutazione dei rischi delle biobanche: il caso dell'Istituto Tumori di Bari

*P. Milella<sup>1</sup>, G. De Palma<sup>1</sup>, G. Bolondi<sup>2</sup>, A. Tufaro<sup>1</sup>, G. Pelagio<sup>1</sup>, G. Brando<sup>2</sup>, D. Vitale<sup>2</sup>, A.V. Paradiso, A.F. Zito<sup>2,1</sup>, A. Delle Donne<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" Bari  
<sup>2</sup> Marsh Advisory s.r.l.

### Introduzione

L'impegno a sostegno di una biobanca si concentra anche sulla capacità di individuare e valutare i rischi, prepararsi ad eventi catastrofici e fornire soluzioni immediate per la conservazione di campioni e dati biologici.

Indipendentemente dal tipo di sicurezza utilizzato, le biobanche sono esposte a pericoli naturali, rischi tecnici o danni, nonché rischi interni.

La sicurezza dei campioni e dei dati è indiscutibile e una gestione efficace dei rischi è indispensabile per evitare che la perdita di campioni provochi danni irreversibili.

Recentemente abbiamo elaborato un Risk Assessment & Strategic Insurance Review, che individua e valuta i rischi assicurabili da utilizzare nella gestione della Biobanca Istituzionale dell'IRCCS Istituto Tumori di Bari.

Molti degli scenari presi in considerazione sono applicabili ad altre biobanche tumorali.

### Materiali e Metodi

I rischi individuati sono stati valutati considerando la probabilità del verificarsi (scala da 1 a 5) e l'impatto potenziale (scala da 1 a 5) sulla base dei dati disponibili sulle affermazioni storiche e sulle proiezioni, con il risultato di definire il rischio intrinseco.

Inoltre sono stati mappati sia i controlli in atto per ridurre la probabilità (controlli preventivi), l'impatto (controlli correttivi) e anche la probabilità e l'impatto (controlli combinati) dei rischi individuati. Altresì la loro efficacia è stata valutata (scala da 0 a 5) dai titolari dei rischi.

Per ottenere la probabilità residua e l'impatto residuo, è stato utilizzato un fattore di riduzione in funzione dell'efficacia dei controlli.

Infine, il rischio residuo è stato ottenuto come prodotto tra la probabilità residua e l'impatto residuo.

### Risultati

Partendo dai rischi intrinseci e da quelli residui, sono stati tracciati i vari scenari su una matrice dei rischi 5x5. Il profilo di rischio emerso, come illustrato dalla matrice dei rischi (Figura 1), indica che la Biobanca Istituzionale presenta un rischio intrinseco potenzialmente significativo, con minacce probabili e altamente rilevanti, ma allo stesso tempo le soluzioni di controllo implementate riducono significativamente i rischi e li riportano ad un'area di relativa accettabilità.

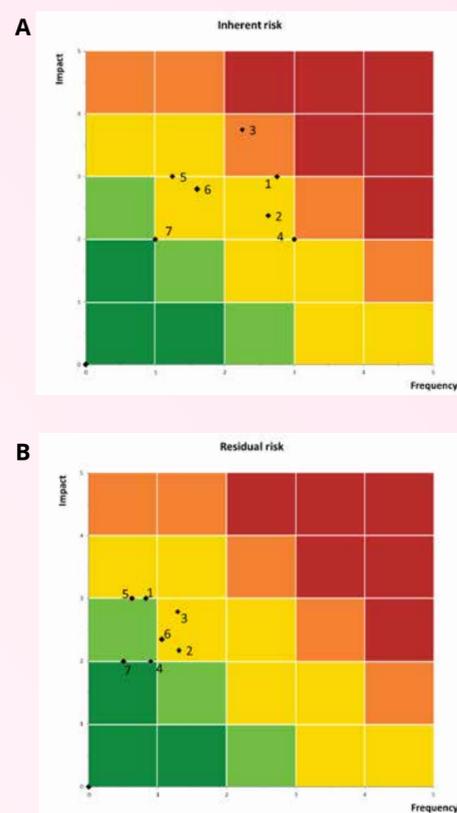


Figura 1

### Conclusione

Il passo successivo, alla luce di questa rigorosa analisi, consisterà nel discutere con le compagnie assicurative interessate ad assicurare le attività di biobancaggio rappresentate nella zona gialla della Figura 1B, zona indicante il rischio a livello moderato.

### Bibliografia essenziale

Parry-Jones, Alison, et al. "Crisis management for biobanks." *Biopreservation and Biobanking* 15.3 (2017): 253-263.



**La ricerca, l'innovazione e la tecnologia al servizio del paziente oncologico: il Dipartimento dei Servizi dell'Istituto Tumori G. Paolo II di Bari**

Milella P. Azzariti A. De Summa S. Porcelli L. Tommasi S. Zito F.A. Delle Donne A.  
IRCCS Istituto Tumori Giovanni Paolo II

**Abstract**

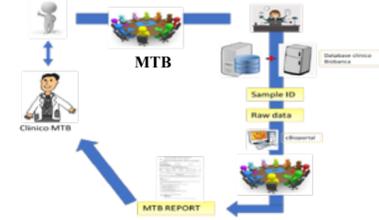
L'IRCCS Istituto Tumori Giovanni Paolo II di Bari nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale risponde alla missione di "Centro di riferimento oncologico regionale" ed ha il compito di supportare le autorità regionali nella formulazione di programmi per la standardizzazione di metodiche diagnostiche terapeutiche, per la validazione dei protocolli di prevenzione, diagnosi, terapia medica, chirurgica e riabilitativa dei tumori, e persegue in questi campi l'eccellenza attraverso lo sviluppo della ricerca oncologica di base, traslazionale e clinica e il miglioramento dell'organizzazione dell'attività di cura e assistenza. In quest'ottica un ruolo fondamentale è svolto dalla realizzazione di programmi di ricerca interdisciplinare, traslazionale e incentrati sull'innovazione tecnologica, che si realizzano attraverso un modello integrato di oncologia che consente la costante e sinergica cooperazione tra diverse figure professionali, che abbia come obiettivo sviluppare un modello (o modelli) candidato di erogazione dell'assistenza. I risultati derivanti dall'attuazione di questo nuovo modello di oncologia, in particolare attuato presso il Dipartimento dei Servizi Istituzionale, permettono la formulazione di nuovi strumenti per implementare protocolli diagnostico-terapeutici di medicina di precisione, che possono essere offerti al paziente oncologico come servizi dell'Istituto Tumori Giovanni Paolo II di Bari.

**Introduzione**

Per migliorare le nostre conoscenze e proporre nuove terapie per i malati di cancro, è essenziale ottenere nuovi strumenti di analisi e osservazione, *management* del paziente e proporre approcci innovativi per predire la sensibilità ai farmaci e superare la resistenza farmacologica. Nell'ottica di proporre un miglioramento nel *management* clinico del paziente presso l'Istituto Tumori Giovanni Paolo II di Bari si istituisce il Molecular Tumor Board (MTB) per la gestione di casi clinici complessi. L'MTB è un tavolo di discussione che comprende diverse figure professionali che ha lo scopo di valutare la necessità di un approfondimento genetico-molecolare nel paziente, per poter predire la vulnerabilità a terapie con bersaglio molecolare (alterazioni molecolari azionabili) e l'immunoterapia. Innovativi approcci diagnostici sono la **Telepatologia** e la **Patologia Digitale**. Questi rappresentano due nuovi sistemi di osservazione e analisi del tumore, messi in campo per gestire gli esami cito-istologici, compresi gli esami estemporanei, afferenti all'Anatomia Patologica Istituzionale. La Patologia Digitale è un sottocampo della patologia che si concentra sulla gestione dei dati generati dalle immagini digitali dei vetrini. Mediante i dati di Patologia Digitale è possibile generare immagini di microscopia virtuale che possono essere visualizzate, gestite, condivise e analizzate con algoritmi di Patologia Computazionale sul monitor di un computer per ottenere informazioni di carattere diagnostico e molecolare. La resistenza farmacologica costituisce un *need* clinico al quale la ricerca può dare risposta. I programmi di ricerca i cui obiettivi sono il superamento della resistenza farmacologica, nati presso il Dipartimento dei Servizi, si articolano in due branche principali: i) la ricerca di biomarcatori di nuova generazione presenti nei fluidi biologici, come le **EVs** (vescicole extracellulari) e i **ncRNA** (RNA non codificanti) e ii) lo sviluppo di modelli cellulari complessi, gli **organoidi**, a partire da tessuto di diverse patologie tumorali, che servono per effettuare saggi predittivi di risposta ai farmaci e per testare approcci farmacologici innovativi. Queste ultime progettualità si avvalgono dell'imput tecnologico dato dalla collaborazione con il CNR Nanotec regionale nell'ambito del progetto Tecnopolo per la Medicina di Precisione. In questa comunicazione si riportano i risultati più rappresentativi di questo modello di gestione della patologia oncologica, in cui è rappresentato come la ricerca, l'innovazione e la tecnologia segnano profondamente il percorso clinico del paziente.

**Risultati**

➤ Nasce nel 2022 l' MTB come strumento che permette di guidare la scelta terapeutica dell'oncologo medico per differenti terapie "targeted" e l'immunoterapia. L'MTB svolge un ruolo chiave nel caso di esaurimento delle linee terapeutiche standard in caso di resistenza ai trattamenti disponibili; o in caso di evidenze cliniche e precliniche della possibile rilevanza clinico-terapeutica di target non valutati in maniera routinaria.



➤ La Telepatologia risponde in tempi rapidi ad un quesito diagnostico, impatta notevolmente sulla gestione clinica del paziente e introduce una innovazione nella gestione degli esami intraoperatori.

➤ La Patologia Digitale permette di ottenere modelli che consentono di fare diagnosi di malattia e costituisce la base per la Patologia Computazionale, un approccio chiave per individuare e studiare l'eterogeneità tumorale (Fig.1), predire lo stato mutazionale e fornire target terapeutici.

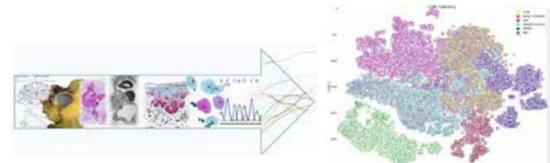


Fig.1. Patologia computazionale: il processo di generazione, interrogazione ed estrazione di caratteristiche quantitative da immagini di tessuti istopatologici ad alta risoluzione

➤ Gli studi condotti in biopsia liquida dimostrano il ruolo delle EVs, come biomarcatori predittivi di risposta all'immunoterapia con gli inibitori degli immunocheckpoint immunitari in pazienti affetti da melanoma metastatico (MM), e nella resistenza a questo regime terapeutico.

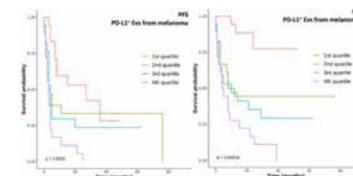


Fig.2 Kaplan-Meier survival curve analysis according to PD-L1+ EVs quartiles, with PD-L1+ EVs from melanoma as respect to PFS and OS

➤ Gli organoidi dimostrano di essere un *tool* per predire la risposta alla terapia target in pazienti con MM con diverso stato mutazionale di BRAF, e per testare un approccio innovativo nel MM (Fig. 3).

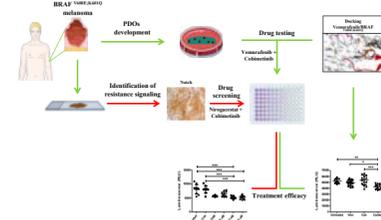


Fig.3 Rappresentazione del workflow utilizzato per generare e utilizzare gli organoidi per predire la risposta ai farmaci

**Conclusioni**

I risultati riportati mostrano un modello in cui la ricerca svolge un ruolo chiave per migliorare l'assistenza implementando i modelli predittivi che guidano la scelta di percorsi assistenziali personalizzati.

**Ringraziamenti**



## Le Procedure Operative come Strumento di Controllo del Rischio e Qualità durante la Manipolazione dei Chemioterapici Antiblastici Infusionali

Pietro Milella, Mariarita Laforgia, Concetta Calabrò, Simona Ferraiuolo, Valentina Ungaro, Patrizia Nardulli, Alessandro Delle Donne  
S.C. Farmacia e U.Ma.C.A – IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" BARI

### Introduzione

La Raccomandazione Ministeriale n° 14 ha profondamente modificato le attività operative relative alla gestione del rischio di tutte le Unità di Manipolazione Antiblastici sul territorio nazionale. La Raccomandazione enuncia, motiva e dettaglia ogni momento di rischio legato alla gestione dei farmaci antiblastici e rappresenta lo *starting point* per la stesura di Procedure Operative nelle Farmacie Ospedaliere che allestiscono le preparazioni galeniche a base di farmaci antiblastici. La S.C. Farmacia e U.Ma.C.A. dell'Istituto Tumori di Bari ha implementato nel suo percorso lavorativo ben 14 Procedure Operative, inerenti le tante attività svolte e che hanno consentito il raggiungimento della Certificazione di Qualità ISO9001 già a partire dall'anno 2015.

Con la Certificazione l'U.Ma.C.A. dell'IRCCS di Bari è diventata centro di riferimento regionale nel settore della Farmacia Oncologica.

L'approccio a steps su ogni momento lavorativo, nonché l'analisi SWOT dell'organizzazione nella sua interezza, sia al suo interno che all'interno dell'Istituto di appartenenza sono diventati uno strumento di pianificazione strategica usato per valutare i punti di forza (Strengths), debolezza (Weaknesses), le opportunità (Opportunities) e le minacce (Threats) di un processo e/o di un'organizzazione. L'analisi riguarda l'ambiente interno (analizzando punti di forza e debolezza) e esterno di un'organizzazione (analizzando minacce ed opportunità). A partire dalla combinazione di questi punti sono definite le azioni da intraprendere per il raggiungimento degli obiettivi.



### Risultati

La Certificazione ISO9001 e le sue riconvalide annuali hanno consentito all'U.Ma.C.A. di costruire all'interno dell'Istituto un processo virtuoso votato all'obiettivo del miglioramento continuo in sanità. L'analisi dei rischi e la pianificazione delle attività ordinarie dalla più semplice alla più complessa concorrono all'abbattimento totale delle Non Conformità di prodotto, ma anche all'apertura e alla flessibilità al cambiamento/miglioramento di ogni singolo operatore che partecipa al percorso.

Per l'U.Ma.C.A. "Risk-based thinking" significa considerare il rischio qualitativamente e dipendente dal contesto dell'organizzazione. L'U.Ma.C.A. ha stabilito per ogni processo i livelli di rischio in termini di abilità dell'organizzazione nel raggiungere gli obiettivi fissati e le conseguenze sui processi, prodotti, servizi e non conformità di sistema.

L'U.Ma.C.A. mira a:

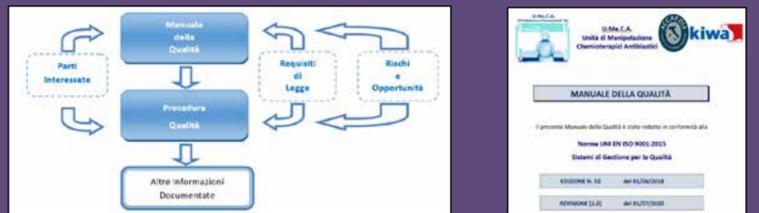
- EVITARE IL RISCHIO;**
- ASSUMERSI IL RISCHIO IN MODO DA PERSEGUIRE UN'OPPORTUNITÀ;**
- RIMUOVERE LA FONTE DEL RISCHIO;**
- MODIFICARE LA PROBABILITÀ O LE CONSEGUENZE;**
- CONDIVIDERE IL RISCHIO;**
- RITENERE IL RISCHIO SULLA BASE DI UNA DECISIONE INFORMATA.**



Per i diversi processi definiti in ambito al Sistema di Gestione per la Qualità dell'U.Ma.C.A. sono stati individuati i dati utili per dimostrarne l'adeguatezza e l'efficacia e per valutarne e determinarne le opportunità di miglioramento.

Tali dati vengono raccolti durante lo sviluppo quotidiano dell'attività dei diversi responsabili di funzione, attraverso le registrazioni definite e previste dalle procedure applicabili per la realizzazione e lo sviluppo dei processi di competenza.

### Metodologia



#### LE PROCEDURE OPERATIVE

- P01 – Organizzazione e Gestione delle Risorse;
- P02 – Gestione della Documentazione;
- P03 – Gestione per la Qualità;
- P04 – Approvvigionamento e gestione CTA;
- P05 – Manipolazione CTA;
- P06 – Gestione Farmaci Sperimentali;
- P07 – Schemi di terapia ed etichettatura;
- P08 – Gestione delle apparecchiature;
- P09 – Pulizia cappe, arredi, locali;
- P10 – Smaltimento;
- P11 – Contaminazione ambientale e del personale;
- P12 – Tracciabilità dei farmaci e delle operazioni;
- P13 – Trasporto Farmaci Antiblastici;
- P14 – Stabilità dei preparati e gestione dei residui.



### Conclusioni

L'U.Ma.C.A. ha impostato la propria organizzazione, la realizzazione e lo sviluppo dei propri processi su una Politica per la Qualità improntata verso la gestione del rischio clinico, la soddisfazione del Cliente (medico, istituzione e paziente) ed il miglioramento continuo delle proprie prestazioni e dell'efficacia del proprio Sistema di Gestione per la Qualità.

Tale miglioramento viene assicurato attraverso:

- la definizione, la diffusione e l'aggiornamento periodico della Politica e degli Obiettivi per la Qualità;
- la pianificazione e l'attuazione delle attività di monitoraggio e misurazione dei processi e dei prodotti;
- la pianificazione, l'attuazione ed il riesame dei risultati degli audit Interni;
- l'analisi dei dati in uscita e dei risultati dei diversi processi del Sistema di Gestione per la Qualità;
- la definizione, l'attuazione di azioni correttive e la valutazione della relativa efficacia;
- il riesame programmatico dello stato del Sistema di Gestione per la Qualità da parte della Direzione.

Nel corso del riesame, anche in relazione al rapporto presentato dal Responsabile Gestione Qualità, sono pertanto oggetto di valutazione i seguenti elementi:

- Avanzamento delle azioni dei riesami precedenti
- Cambiamenti Interni o esterni di rilievo per il sistema di Gestione per la qualità
- Performance ed efficacia del sistema di gestione
- Adeguatezza delle risorse
- Efficacia delle azioni intraprese a fronte di rischi e opportunità
- Risultati dei questionari di soddisfazione Clienti
- Opportunità di miglioramento

L'insieme delle attività permette alla Direzione dell'U.Ma.C.A. di avere un quadro rappresentativo dello stato del Sistema di Gestione per la Qualità e della sua evoluzione e di ottimizzare l'impiego delle risorse a disposizione, favorire l'attuazione di azioni di miglioramento appropriate e sostenere l'aggiornamento e la pianificazione di obiettivi precisi e concreti, a vantaggio della sicurezza degli operatori e dei pazienti.

### Bibliografia

- Norma UNI EN ISO 9001:2015, Punti 8.4 e 9.1.
- NORME DI BUONA PREPARAZIONE – Farmacopea Ufficiale Italiana XII Edizione;
- DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE 18 novembre 2003 - Procedure di allestimento dei preparati magistrali e ufficiali. (G.U. Serie Generale n. 11 del 15 gennaio 2004);
- Raccomandazione Ministeriale n° 14
- DECRETO LEGISLATIVO 9 aprile 2008, n. 81: "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute della sicurezza nei luoghi di lavoro";
- DECRETO LEGISLATIVO 3 agosto 2009, n. 106: "Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro (G.U. n. 180 del 5 agosto 2009)";
- "Linee guida per la sicurezza dei lavoratori esposti a chemioterapici antiblastici" Ministero della Sanità –Circolare di giugno 1999;
- "Le indicazioni per la tutela dell'operatore sanitario per il rischio di esposizione ad Antiblastici" – Istituto Superiore per la Prevenzione E la Sicurezza del Lavoro (ISPESL) – maggio 2010;



## Il Dipartimento di Area Medica dell'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II": modello organizzativo di assistenza e cura a carattere scientifico

Pietro Milella, Sabino Ciavarella, Oronzo Brunetti, Carla Minoia, Giacomo Volpe, Maria Carmela Vegliante, Angela Maria Quinto, Sabino Strippoli, Claudia Carella, Alessandro Rizzo, Davide Quaresmini, Michele Montrone, Attilio Guarini, Domenico Galetta, Michele Guida, Vito Lorusso, Gennaro Palmiotti, Massimo Tommasino, Filomena Fortunato, Alessandro Delle Donne

### Abstract

L'approccio assistenziale in funzione del raggiungimento competitivo degli obiettivi della ricerca scientifica, con particolare riferimento all'ambito oncologico, rappresenta una sfida costante di carattere organizzativo e di gestione di risorse, nonché di perfezionamento continuo delle performance di cura.

Il presente contributo rispetta l'esigenza di divulgare e discutere un nuovo modello organizzativo, messo a punto in seno alla Direzione Strategica dell'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari, con l'obiettivo di rispondere in modo efficiente alle richieste del moderno sistema sanitario oncologico su scala locale e nazionale.



### Risultati

Il modello organizzativo applicato ha consentito di valorizzare e implementare le risorse già disponibili presso il DAP e ad implementarne le performance in termini di studi clinici e di ricerca traslazionale. Tale assetto (Figura 1) è risultato costituito da:

- N. 10 Team di Ricerca
- N. 2 Laboratori di Diagnostica Molecolare e Ricerca Traslazionale
- N. 1 Facility di Bio-statistica
- N. 1 Facility di «Data management e Data Science»

Inoltre, numerose strumentazioni ad elevato impatto tecnologico sono state rese disponibili in modalità di condivisione presso spazi istituzionali dedicati, afferenti a diversi Dipartimenti (Dipartimento dei Servizi, Dipartimento di Gestione, Ufficio di Trasferimento Tecnologico) (Figura 2).

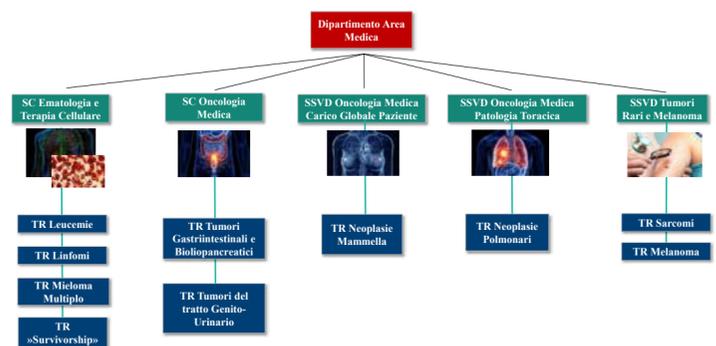


Figura 1



Figura 2

### Introduzione

Nell'ambito della oncologia moderna, il progressivo avanzamento tecnologico, la mandatoria necessità di assicurare standard di cura in linea con le raccomandazioni della medicina di precisione personalizzata, nonché la stringente richiesta di uniformità assistenziale e competizione scientifica con la comunità scientifica internazionale, richiedono la concettualizzazione di nuovi modelli organizzativi integrati, multidisciplinari e a rapido «turn-around-time». All'interno di ciascun Ente Ospedaliero, con particolare riferimento agli Istituti di Ricovero e Cura a carattere Scientifico, tali premesse richiedono uno sforzo di mappatura continua delle risorse strumentali, di personale, finanziarie, amministrative, utile alla definizione strutturale della macchina assistenziale e della ricerca capace di soddisfare i moderni standard di cura e scientifici, ad elevata competitività e attrattività. L'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari ha concettualizzato un nuovo modello di organizzazione del Dipartimento di Area Medica (DAM) con lo scopo di massimizzarne la portata assistenziale e scientifica grazie al perfezionamento del livello di integrazione delle Unità Operative cliniche e dei laboratori di ricerca ad esse affiliate.

La metodologia applicata è imperniata su analisi reiterate di fattibilità operate sui principali progetti di ricerca traslazionale - e pertanto con intrinseca interazione tra settore clinico e laboratoristico - ricompresi nelle macroaree di ricerca ministeriali (Ministero della Salute) per il triennio 2022-2024. Tutte le Strutture Dipartimentali Semplici (SSVD) e Complesse (S.C.) che compongono il DAM (S.C. di Ematologia e Terapia Cellulare, S.C. di Oncologia Medica, SSVD Oncologia Medica per la presa in carico globale del paziente, SSVD di Oncologia Medica per la Patologia Toracica, SSVD Tumori Rari e Melanoma) hanno seguito un modello organizzativo innovativo in termini di ruolo e attività delle risorse professionali specialistiche, sia di tipo assistenziale sia di ricerca clinico-traslazionale. In particolare, la metodologia utilizzata ha previsto la costituzione di «Team di Ricerca» (TR) interdisciplinari con obiettivi specifici per settore tematico di patologia. Ciascun TR, inoltre, oltre ai referenti di settore clinico, è stato concepito in connessione diretta con un nucleo trasversale di figure professionali di supporto alla ricerca (biologi, biotecnologi, bio-informatici, matematici, data-manager) afferenti a «facilities» e spazi dedicati.

In questo lavoro, presentiamo i risultati rappresentativi del suddetto modello organizzativo e i principali indicatori di performance (attualmente adottati presso l'IRCCS Istituto Tumori di Bari) per il monitoraggio dell'attività clinico-assistenziale e dei contributi offerti alla comunità scientifica nazionale ed internazionale.

### Conclusioni

L'applicazione di un modello organizzativo virtuoso alla ricerca sanitaria rappresenta un investimento orientato ad alimentare le conoscenze scientifiche a beneficio dei pazienti, della qualità del servizio sanitario e dell'intero sistema economico. La ricerca traslazionale e l'implementazione clinica, attraverso un modello organizzativo come quello riportato in questa esperienza, si intreccia con obiettivi strategici complessi che riguardano:

- Il potenziamento dei processi di innovazione con reale impatto sanitario nella popolazione;
- Il miglioramento delle prospettive terapeutiche nelle diverse patologie;
- L'accelerazione dello sviluppo sociale ed economico a livello locale e nazionale;

Il quadro riportato, pertanto, si innesta in un processo di perfezionamento continuo delle risorse dell'IRCCS Istituto tumori «Giovanni Paolo II» di Bari, per il raggiungimento dei suddetti obiettivi e per un progressivo incremento dell'accreditamento scientifico nell'ambito delle Reti Oncologiche locali, nazionali ed internazionali.

### Ringraziamenti



**CAS**

**"Centro Accoglienza Servizi" un team di cura al servizio del paziente**

B. DETTORI, M.E. MASCIA, M. PODDIGUE, A. TRINCAS, A. FODDIS

**Abstract**

Le Organizzazioni Sanitarie moderne, si sono evolute verso sistemi sanitari sempre più complessi che necessitano di processi basati sulla conoscenza di differenti discipline mediche nonché assistenziali interconnesse tra loro, atte a creare collaborazioni proficue tra i professionisti sanitari capaci di prendere in carico il paziente nella sua globalità. All'Ospedale Oncologico "Busino" di Cagliari (Hub di riferimento regionale per le patologie oncologiche), nel mese di gennaio 2021 è stato istituito il Centro Accoglienza Servizi "CAS", unico servizio presente su tutto il territorio regionale, su un modello organizzativo già presente in altre regioni d'Italia. E' una Struttura aziendale deputata alla presa in carico dei pazienti con sospetta o accertata prima diagnosi di patologia oncologica. Si occupa di accogliere il paziente e di pianificare il percorso personalizzato necessario alla conferma di diagnosi e stadiazione in tempi rapidi, in modo coordinato, secondo quanto previsto dalle linee guida, dai PDTA, supportando il paziente dal punto di vista sanitario, socio assistenziale e psicologico. Le modalità di presa in carico da parte del CAS, possono avvenire per accesso diretto, attraverso il MMG, i centri screening, specialisti ambulatoriali o tramite invio dal Pronto soccorso (qualora non si ravvisino i caratteri di urgenza e non vi sia l'indicazione per un ricovero); ad oggi i contatti avvengono esclusivamente via mail o telefonicamente, nelle more dell'attivazione di un sistema informatizzato.



**Risultati**

Da Ottobre 2021 a ottobre 2022 sono stati presi in carico dal servizio CAS 816 pazienti di cui 652 pazienti affette da tumore della mammella. Dal mese di gennaio 2022 si sta implementando l'attività attraverso la gestione di pazienti affetti da altre patologie quali tumore prostatico, polmonare, melanoma e gliomi, patologie per le quali è in corso la definizione degli specifici PDTA.

MESI	MAMMELLA	POST NACT	COLON	GENIT	DERMA	TR	POLMONE	MELANOMA	TOTALI
Ottobre 2021	48	1	2						51
Novembre 2021	55	1	2						58
Dicembre 2021	75	2	1				1		79
Gennaio 2022	47	2	1				1		52
Febbraio 2022	47	3	5	1			3		60
Marzo 2022	38	4	8	1	1		1		54
Aprile 2022	47	2	6	6			1		63
Maggio 2022	55	2	10	11			5		83
Giugno 2022	50	4	5	9			3		71
Luglio 2022	38	4	10	7			1		60
Agosto 2022	51	6	9	5			3		67
Settembre 2022	27	2	8	10			1	5	53
Ottobre 2022	35	5	6	7			1	8	62
Novembre 2022									0
Dicembre 2022									0
<b>TOTALI</b>	<b>614</b>	<b>38</b>	<b>65</b>	<b>57</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>19</b>	<b>13</b>	<b>816</b>

Nella standardizzazione delle procedure che definiscono i differenti percorsi di cura sono state definite delle schede di avvio al CAS e di pianificazione delle attività che consentono la presa in carico del paziente da parte del TDM



Sono state intraprese attività di collaborazione con altri centri oncologici (ASL Sanluri, ASL Oristano e Ospedale Nuoro e di Lanusei), ed essendo l'organizzazione del Servizio in continua evoluzione, a breve inizieranno rapporti di collaborazione con i Servizi di radiologia degli Ospedali di San Gavino (ASL Sanluri), Ospedale Marino e Muravera (ASL Cagliari), per i quali il CAS a breve avrà la possibilità di accedere alle agende di prenotazione informatizzata, così da poter garantire risposte celeri e percorsi accessibili a tutti i pazienti della Regione.



**Obiettivi**

Obiettivo iniziale è stato quello di dare ampia divulgazione a tutti gli stakeholder del nuovo servizio presente in Azienda attraverso il sito istituzionale e la creazione di una brochure informativa e procedere alla mappatura di tutti i centri oncologici della regione e di tutti i servizi di diagnosi.



**OBIETTIVI GENERALI**

- > Creazione di un servizio che si occupi della presa in carico precoce del paziente con sospetta o accertata diagnosi oncologica attraverso:
  - > Stadiazione in tempi brevi, in modo coordinato.
  - > Percorsi omogenei.
  - > Elevato livello di cure con minore dispersione di tempo.
  - > Ottimizzazione delle risorse umane e materiali.
  - > Digitalizzazione delle attività e delle prestazioni.

**OBIETTIVI SPECIFICI**

- > Accoglienza del paziente.
- > Informazione e orientamento sui servizi erogati, modalità di accesso e prenotazione.
- > Attivazione del Gruppo interdisciplinare di Cure (CIG) di riferimento.
- > Attività amministrativo-gestionali: creazione e aggiornamento scheda oncologica informatizzata.
- > Programmazione prestazioni diagnostiche preliminari.

**Conclusioni**

La multidisciplinarietà e la digitalizzazione dei servizi, rappresentano oggi "la chiave di volta" delle organizzazioni sanitarie in quanto producono notevoli vantaggi strategici in termini di efficienza, efficacia ed economicità, abbattendo le barriere attraverso l'adozione di nuovi approcci integrati.

Il paziente oncologico si inserisce sempre di più all'interno di un'organizzazione complessa, in un ospedale che sta cambiando e che vede all'orizzonte sfide rilevanti per il miglioramento dell'assistenza.

Nonostante la difficoltà iniziale dovuta alla resistenza al cambiamento organizzativo, ancora oggi presente in modo sporadico per alcune specialità, oltre che mettere insieme e d'accordo tutte le professionalità, il CAS rappresenta il trait d'union e riferimento per le comunità di pratica, in un territorio in cui i pazienti con sospetta o accertata patologia neoplastica, possono finalmente beneficiare, contrariamente rispetto a quanto avveniva in passato, di una presa in carico precoce.

**Bibliografia**

- <https://www.ajom.it>
- <https://nursestimes.org/>
- Pub med .The impact of multidisciplinary team meetings on patient assessment, management and outcomes in oncology settings: A systematic review of the literature
- Brinda Pilly 1, Addie C Wootten 2, Helen Crowe 3, Niall Corcoran 3, Ben Tran 4, Patrick Bowden 5, Jane Crowe 6, Anthony J Costello 2
- Bonomini E. Lavorare in equipe sanitaria: dalla multidisciplinarietà alla transdisciplinarietà, Management delle Professioni Sanitarie. Allegato alla Delib.G.R. n. 4/25 del 30.1.2018 (la rete oncologica della regione Sardegna).
- [https://www.regione.sardegna.it/documenti/1\\_385\\_20180209124555.pdf](https://www.regione.sardegna.it/documenti/1_385_20180209124555.pdf)
- Il Centro Accoglienza e Servizi (C.A.S.) nell'ambito della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta (<http://www.reteoncologica.it/area-operativa/centri-accoglienza-e-servizi-cas-ca>)
- Regolamento Centro Accoglienza e Servizi (C.A.S.) Aziendale ASL TO 4 <https://www.aslto4.piemonte.it/moduli/Oggetto397.pdf>



TITOLO: THROUGH LEAN TO CAS



AUTORI: M.C. Santona, A.M. Carai, M.A. Calvisi, L. Canu, C. Fancello, M.A. Coinu, P. Cannas, F. Zavattaro

**CANTIERE SANITÀ**

**INTRODUZIONE**

L'ASL di Nuoro si pone l'obiettivo di implementare operativamente i percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali per garantire la presa in carico del paziente attraverso ambiti organizzativi specificamente attivati come "piattaforme operative aziendali". Le piattaforme costituiscono quindi gli ambiti gestionali direttamente responsabili dell'efficace funzionamento dei processi. In particolare, i pazienti con sospetta diagnosi di tumore vivono un momento di disorientamento e di stress legato non solo all'impatto emotivo della diagnosi ma anche alle problematiche relative alla organizzazione del percorso diagnostico. Il nostro progetto prevede la costituzione di un Centro Accoglienza Servizi (CAS) con lo scopo di prendere in carico il paziente oncologico. Il tumore della mammella rappresenta, al momento, il primo ambito di attuazione del percorso diagnostico-terapeutico. L'analisi dei percorsi e del tempo ad esso correlati, ha evidenziato un risultato compreso tra 89 e 140 giorni per arrivare alle cure chemio e/o radioterapiche. L'analisi è stata effettuata tenendo conto di tutti i passaggi necessari per le richieste da parte del medico di medicina generale, degli specialisti e dei successivi tempi di diagnostica.

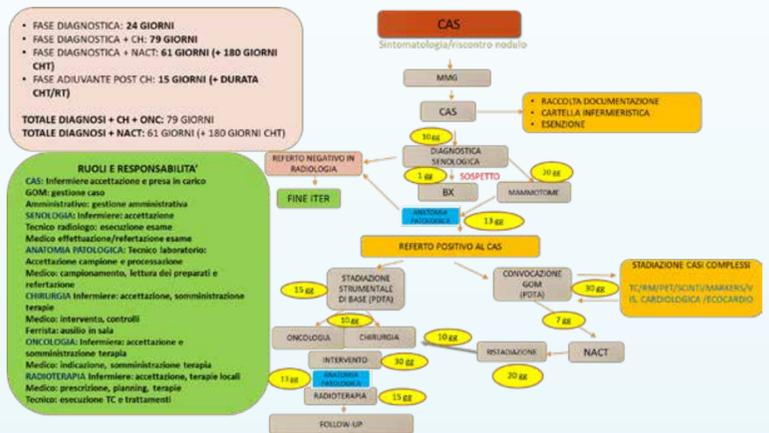
**METODOLOGIA**

Un'analisi della situazione attuale mediante le metodologie del Lean Thinking, ha consentito, attraverso la tecnica di mappatura con flow chart (Fig.1), una visualizzazione chiara del percorso che il paziente effettua e della ridondanza di alcuni passaggi nei vari momenti diagnostici. Le ulteriori analisi sui diversi protagonisti del percorso e sulle strutture interessate ha consentito di produrre un diagramma di Ishikawa (Fig.2) che ha permesso la focalizzazione dei punti nevralgici su cui poter intervenire. Si è quindi provveduto a ricostruire il percorso del paziente, non più organizzato in autonomia, ma da una struttura dedicata alla gestione del percorso e alla presa in carico in maniera globale, non solo da un punto di vista organizzativo ma anche psicologico e della gestione delle pratiche amministrative.

**RISULTATI**

A livello progettuale sono state individuate le soluzioni da attuare a breve, medio e lungo termine. A breve termine, in data 03/10/2022, si è provveduto all'apertura del CAS, per ora limitata alla sola presa in carico delle pazienti con diagnosi accertata di tumore maligno della mammella; a breve, in un arco temporale previsionale di circa 3 mesi, è prevista la presa in carico anche delle pazienti con **sospetto** di neoplasia mammaria e infine, a medio termine, in un arco temporale di circa 12 mesi, è ipotizzabile la presa in carico di pazienti con sospetto e/o diagnosi accertata di tutte le neoplasie per cui sono previsti i PDTA aziendali. In tale lasso di tempo sarà avviata anche la delocalizzazione di alcune funzioni operative (ad es. esami di laboratorio e strumentali) nel sub-strutture territoriali (piccoli ospedali, poliambulatori, distretti) afferenti alla ASL di Nuoro.

Secondo il piano di implementazione relativo al carcinoma mammario i tempi complessivi dell'iter diagnostico per arrivare alla terapia oncologica passerebbero dagli 89/140 giorni attuali a 61/79 giorni previsionali rispettivamente.



**CONCLUSIONI**

La costituzione di una struttura capace di accompagnare il paziente lungo il percorso diagnostico terapeutico migliora i tempi dello stesso e consente una migliore organizzazione del lavoro.

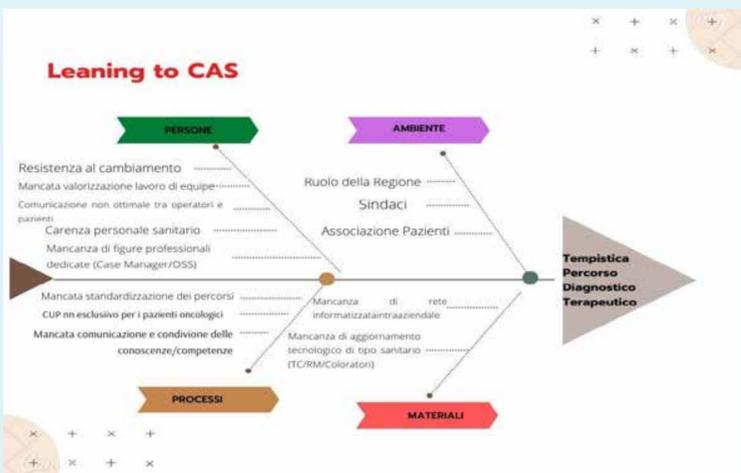
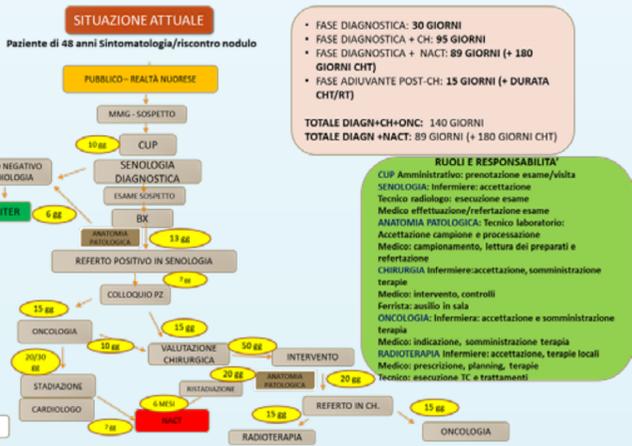
La presa in carico del paziente diminuisce il distress e lo scompenso emotivo grazie ad un costante affiancamento da parte del personale del CAS. La definizione del percorso di diagnosi e cura incide peraltro positivamente sulla qualità lavorativa del personale sanitario coinvolto.

Il raggiungimento degli obiettivi prefissati prevede un Piano di Implementazione (Fig.4) comprensivo nell'ambito della individuazione delle figure professionali come la case manager, lo psicologo, l'assistente sanitario, l'operatore socio-sanitario (OSS).

COSA	CHI	TEMPI
Individuazione delle figure professionali	Direzione Strategica	Attuato
Collocazione fisica della struttura	Area Tecnica	Attuato
Protocolli PDTA aziendali	Comunità di Pratica	Entro Gennaio 2023
Formazione e aggiornamento operatori	Gruppo CAS	Entro 6 mesi
Attivazione collaborazione Rete regionale e Nazionale	Direzione Strategica	Entro 6 mesi
Coinvolgimento associazioni	Comunità di Pratica	Entro 6 mesi

**BIBLIOGRAFIA**

- Regolamento Centro di Accoglienza e Servizi Alba Cuneo2 del 20/07/2016
- Delibera La Rete Oncologica della Regione Sardegna n° 4/25 del 30/01/2018
- Delibera Dir. Gen. ASL Nuoro n° 329 del 22/07/2022: Attivazione in via sperimentale delle piattaforme organizzative.
- [www.AIOM.it](http://www.AIOM.it) Associazione Italiana di Oncologia Medica
- [www.AIRO.it](http://www.AIRO.it) Associazione Italiana Radioterapia Oncologica





## **Trasformare il caos in un'opera d'arte: Lo Storytelling Figurato come strumento di supporto alla narrazione di sé in pazienti oncologici**

**Tolleretti G.<sup>1,2,5</sup>, Pitigliani Sini G.<sup>1,3</sup>, Panella M.<sup>1,5</sup>**  
*Servizio di Psiconcologia– Ospedale S.Stefano, Prato*

<sup>1</sup> Fondazione Sandro Pitigliani; <sup>2</sup> SOSD Psiconcologia USL Centro Toscana; <sup>3</sup> Ospedale Santo Stefano, Prato

### **INTRODUZIONE E OBIETTIVO DELLO STUDIO**

La diagnosi di neoplasia rappresenta un importante cambiamento che sottopone il paziente e la sua famiglia a una serie di eventi stressanti a livello fisico, psicologico e sociale. Spesso si generano emozioni difficili da condividere ed esprimere verbalmente.

Nell'elaborato che segue si vuole introdurre il colloquio attraverso *Storytelling figurato*, un concreto modo di operare svolto all'interno del Servizio di Psiconcologia, presso il Day Hospital e in reparto oncologico dell'Ospedale Santo Stefano di Prato.

Lo *Storytelling Figurato* è uno strumento che include diverse tecniche, sia narrative che artistiche-evocative, per comunicare idee, esperienze e per la costruzione di significati interpretativi della realtà. Permette, inoltre, di raccontare e comprendere dinamiche interiori in termini figurati e simbolici. Diverse ricerche hanno dimostrato l'efficacia di interventi terapeutici che utilizzano lo *Storytelling*, rivolti a pazienti oncologici, in particolare in termini di diminuzione di livelli di ansia esperiti (Akard *et al.*, 2015; Altay, Kilicarslan-Toruner & Sari, 2017) e come facilitazione al dialogo interiore e all'esplicitare emozioni difficili da comunicare a parole. Si vuole identificare uno strumento che possa integrare interventi già presenti nel contesto ospedaliero di riferimento, come ascolto, presa in carico verbale e accompagnamento del paziente, dandosi come obiettivo principale del lavoro quello di stimolare nei pazienti la narrazione di sé, la comunicazione di stati d'animo e vissuti emotivi, difficili da condividere ed esprimere verbalmente.

### **METODO**



Paziente L. 2022, supporto: Carte Dixit, 2008

I destinatari del progetto sono i pazienti ricoverati in reparti di Oncologia e in cura ambulatoriale con accessi in DH per terapie e sostegno, di età compresa tra i 18 e i 99 anni, ed i loro *caregiver*. L'attività di *Storytelling Figurato* viene condotta da uno psicoterapeuta dedicato e si svolge ogni 15 giorni per la durata di un percorso massima di 8-12 incontri, coinvolgendo i pazienti individualmente o in coppia, a seconda delle esigenze di ospedalizzazione, della domanda presente e delle criticità legate alla patologia. Nello specifico, ci si avvale del disegno e di particolari supporti allo *Storytelling* (disegni, carte evocative, collage) al fine di stimolare la narrazione delle tematiche e dei vissuti emotivi legati al percorso di cura. Alla fine di ogni incontro, viene elaborato un resoconto delle dinamiche osservate (*tecnica specchio*).

### **RISULTATI ATTESI**

Attraverso il racconto di sé ci si aspetta di favorire l'espressione e la consapevolezza dei vissuti personali del paziente. L'utilizzo dello *Storytelling Figurato* in ambito clinico può facilitare un processo di conoscenza e di sviluppo che, essendo costruito insieme al paziente, si rivela ogni volta unico e finalizzato alla specifica situazione. Un altro obiettivo è quello di rendere il paziente, guidato dallo psicoterapeuta, non più un soggetto passivo, ma un attivo promotore del suo percorso di crescita. Attraverso la narrazione di una storia, il paziente può creare nuove connessioni tra la metafora di un racconto evocato dall'immagine e la propria esperienza.

### **CONCLUSIONI**

In base alle criticità legate alla specifica fase di terapia, alle tematiche emerse e ai bisogni del paziente valutati in itinere, è possibile proporre interventi psicologici personalizzati, utilizzando oltre all'ascolto, tecniche immaginative che permettano alla persona di raccontarsi e di esprimere il proprio vissuto. In accordo con la letteratura che riporta l'efficacia dello *Storytelling* come strumento che favorisce la diminuzione di livelli di ansia, è prevista la misurazione pre-post intervento tramite specifici test per la valutazione dell'ansia. Questo lavoro, avviato con pazienti adolescenti presso l'Ospedale Pausilipon di Napoli dalla dott.ssa Grieco A. e dalla dott.ssa Astarita R.



# Tumori prevenibili con la vaccinazione: un'opportunità di Salute che non possiamo lasciarci sfuggire

Chiara Salini<sup>1</sup>, Elena De Sanctis<sup>2</sup>, Gabriele Messina<sup>1</sup>, Nicola Nante<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Scuola Post Laurea di Sanità Pubblica, Università di Siena

<sup>2</sup> U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica, Arezzo, USL Toscana Sud-Est

<sup>3</sup> Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo, Università di Siena

**7** - 17ª edizione -  
**22-25 NOVEMBRE 2022**  
AREZZO FIERE E CONGRESSI



## Introduzione

La vaccinazione anti-HPV ha dimostrato essere un'arma estremamente efficace nel prevenire l'infezione e le lesioni indotte dal virus.

L'importanza della vaccinazione è tale che lo stesso PNPV 2017-2019 la inserisce tra le vaccinazioni raccomandate sia per i maschi che le femmine dal 12° anno di età, ponendosi come obiettivo il raggiungimento di copertura  $\geq 95\%$  nella popolazione target.

Lo scopo del nostro studio è analizzare l'andamento delle coperture vaccinali per HPV nella popolazione target nell'Azienda USL Toscana Sud-Est.

## Risultati

L'analisi ha mostrato per le femmine una costante decrescita delle dosi somministrate dal 2015 al 2020 ed un brusco calo delle coperture dal 2020 in poi, mentre per i maschi un incremento delle vaccinazioni per HPV a seguito dell'introduzione della vaccinazione nel PNPV, che però è stato seguito dal 2020 in poi da un drastico e significativo calo delle stesse vaccinazioni.

Per le femmine il picco vaccinale si è raggiunto all'inizio del periodo analizzato, con coperture vaccinali con ciclo completo al 13° anno di età pari all'85%, dato che è stato poi seguito da un costante decremento, fino al raggiungimento di coperture al 58% nel 2021.

Mentre per i maschi dopo il 2017 abbiamo assistito ad un significativo trend in salita, raggiungendo coperture fino al 67%, seguito però da un drastico calo delle vaccinazioni che hanno raggiunto i valori più bassi nel 2021, con coperture vaccinali con ciclo completo al 13° anno di età del 50%.

## Materiali e Metodi

Nel luglio 2022 è stato condotto uno studio retrospettivo andando ad elaborare i dati presenti nel database regionale SISPC sulle coperture vaccinali per HPV nei maschi e nelle femmine residenti nel territorio dell'Azienda USL Toscana Sud Est al 13° anno di vita, per gli anni dal gennaio 2015 al dicembre 2021.

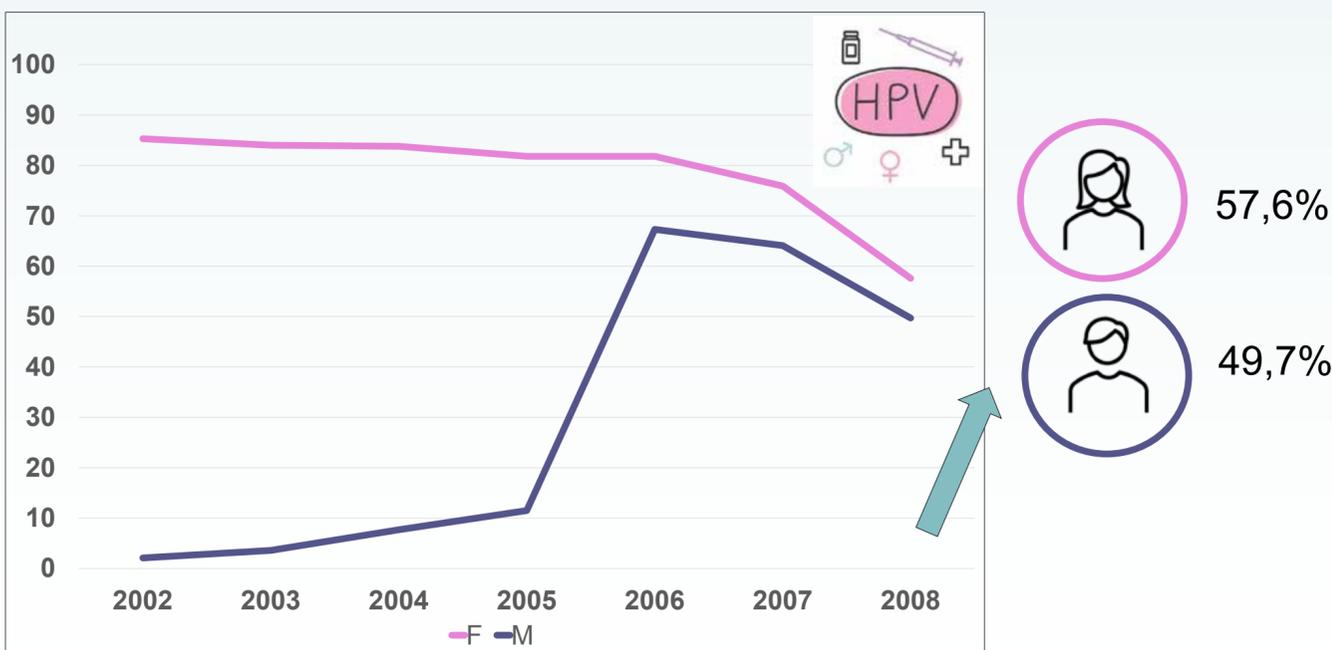
I dati raccolti sono stati elaborati utilizzando Microsoft Excel e l'analisi statistica è stata eseguita utilizzando il software STATA.

## Conclusione

Numerosi studi in letteratura dimostrano che un'adeguata copertura vaccinale per HPV renderebbe rari i tumori legati alle infezioni da tale virus.

Come sta accadendo in modo generalizzato in tutta la Nazione, anche nella nostra Azienda si sta assistendo negli ultimi anni ad un consistente calo delle coperture vaccinali per HPV. Il calo ha sicuramente coinciso con il periodo della pandemia da SARS-CoV-2, il lockdown e la ridotta apertura degli ambulatori vaccinali, ma dal grafico si nota che il trend di riduzione delle vaccinazioni era già cominciato dal 2019.

È fondamentale attuare fin da subito un'adeguata attività di promozione della campagna vaccinale mediante una stretta collaborazione tra tutte le figure professionali ed una comunicazione chiara, esaustiva e facilmente comprensibile all'utenza in modo da bloccare il prima possibile questo trend di insuccesso della campagna vaccinale ed aumentare la protezione per tutte le lesioni HPV-indotte.



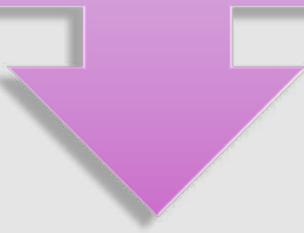
**Fig. 1.** Trend della vaccinazione per HPV con ciclo completo nei maschi e nelle femmine dalla coorte 2002 (per l'anno 2015) alla coorte 2008 (per l'anno 2021).





## Il contributo del Servizio sociale nella sensibilizzazione delle cure palliative nel mondo giovanile

**Venturini Daniele**  
(Assistente Sociale AULSS 9)



### Introduzione

Il ruolo degli Enti del Terzo Settore è sempre più significativo nel partenariato con le Amministrazioni Pubbliche (co-programmazione e co-progettazione) garantendo i principi di neutralità, trasparenza, evidenza pubblica che devono sempre caratterizzare l'operare pubblico (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023).

Una particolare attenzione è posta alle organizzazioni di volontariato.

Infatti il numero dei volontari italiani nelle associazioni è in forte crescita. Secondo gli ultimi dati, il 9% della popolazione pratica attività di volontariato per un totale di 5,5 milioni di persone (Istat, 2017).

In Italia, sono soprattutto gli over 55 ad offrire tempo ed esperienza per le attività in cui credono (Istat, 2013). I giovani tuttavia risultano difficilmente raggiungibili per i motivi di seguito richiamati. Innanzitutto il basso tasso di fecondità degli ultimi 40 anni ha determinato una diversa presenza dei giovani in termini relativi e assoluti nella società. Inoltre, i giovani oggi si trovano a vivere una transizione temporale dal mondo scolastico a quello lavorativo maggiormente dilatata rispetto alle altre generazioni, aspetto che non incentiva la gratuità e la spontanea disponibilità al volontariato. Una ulteriore spiegazione della limitatezza dei giovani nella vita associazionistica socio-assistenziale risiede nelle loro modalità di coinvolgimento che oggi richiedono strategie conformi con i linguaggi da essi usati. Una recente ricerca indica per esempio l'importanza dell'uso di nuove strategie di coinvolgimento da parte degli Enti del Terzo Settore (ETS), come la cura dei propri siti web e i canali social, la promozione del servizio civile, l'individuazione di un referente organizzativo dei giovani volontari, l'organizzazione di eventi, l'alleanza con gli Enti locali, la presenza nelle scuole, attività di promozione dell'esperienza diretta del giovane nella realtà proposta dall'associazione nonché forme di confronto e testimonianza tra pari con studenti che hanno già fatto stage o esperienze di volontariato (Ascoli, Pavolini, 2018).

### Metodo

Ambito del progetto è stato il distretto n.1 della nostra ULSS con 114.911 abitanti, dove l'incidenza delle patologie tumorali è: 14,8% tumore mammella, 11,7% colon retto, 10,1% prostata, 9,6% polmone, 6% vescica e 47,8% altri tumori (Registro Tumori Veneto, anno 2016) per un'incidenza di mortalità di 2,9 per mille (AIOM, 2016).

Il progetto ha perseguito le finalità del Piano Oncologico Nazionale e le indicazioni del Core curriculum sul volontario in cure palliative (Federazione Cure Palliative, 2012).

L'avvicinamento dei giovani al mondo delle cure palliative e all'associazionismo è nato come evoluzione del progetto Alternanza Solidale (assistenza domiciliare per l'accudimento della persona anziana colpita da malattia neoplastica in fase terminale con nucleo familiare assente o critico).

Il progetto è nato nel 2014, dall'Associazione ADO attiva nelle Cure palliative e con la collaborazione di un Istituto scolastico, con lo scopo di:

- fornire assistenza domiciliare ai pazienti oncologici in fase preterminale e terminale;
- affiancarsi in maniera coordinata alle attività erogate dai nuclei di cure palliative dell'ASL;
- attivare gli OSS;
- affiancamento agli OSS di giovani delle ultime classi delle scuole superiori con declinazione alla formazione in ambito umanistico;
- cooperazione tra ente pubblico e del terzo settore;
- razionalizzazione delle risorse del territorio;

I giovani hanno avuto una formazione mirata da parte dell'Associazione se concordata con i docenti di riferimento nelle seguenti aree:

- medicina palliativa;
- servizi sociali
- psicologica;
- etica.

Inoltre hanno seguito un percorso preparatorio interno alla scuola guidato dalla docente responsabile così strutturato:

- autocandidatura;
- colloquio di preselezione per verifica dell'attitudine psicologica e delle motivazioni;
- condivisione con le famiglie del percorso;
- formazione con la docente sull'atteggiamento e le prestazioni richieste dall'esperienza;
- formazione peer-to-peer con i compagni che l'anno precedente hanno vissuto l'esperienza.

Quindi i giovani hanno effettuato 8 ore di formazione presso l'Associazione e successivamente hanno svolto l'alternanza scuola volontariato presso un Hospice, per circa 100 ore ciascuno, nell'arco di 3 settimane, affiancando principalmente gli OSS della struttura ma anche medico, infermiere, psicologo, assistente sociale.

### Conclusioni

Gli aspetti emotivi sono stati attenzionati alle fasi di ingresso e precedenti all'esperienza, durante e a conclusione dell'attività svolta con la supervisione di psicologo.

Per quanto riguarda il Servizio Sociale i giovani hanno avuto modo di conoscere l'approccio di lavoro dell'Assistente Sociale ed affiancare ad una immagine stereotipata e fuorviante di tale figura, una visione proattiva, promozionale, generativa proprio all'interno di un tema complesso e delicato come quello delle cure palliative nelle patologie incurabili ([www.saperiforti.uniupo.it](http://www.saperiforti.uniupo.it)).

Visto il percorso di studi dei giovani coinvolti (umanistico-scientifico), oltre ai precedenti obiettivi essi hanno potuto conoscere in un contesto assistenziale diversi modelli professionali di intervento tra questi anche quello di Servizio Sociale (facendone in tal modo la loro scelta di indirizzo universitario).

### Bibliografia

- AIOM (2016), *I numeri del cancro in Italia*
- Ascoli U., Pavolini E. (2018), *Giovani e volontariato. Quali prospettive e quali sfide*, Università Politecnica delle Marche.
- Federazione Cure Palliative (2012), *Percorsi formativi e core curriculum del volontario in cure palliative*
- Istat (2013), *Attività gratuite e a beneficio degli altri*.
- Istat (2017), *Censimento permanente delle istituzioni non profit*.
- Ministero della Salute, *Piano Oncologico Nazionale 2010-2012*
- Registro Tumori Veneto, [https://gecoopdata.registrotumoriveneto.it/incidenza\\_asl.php?asl=9](https://gecoopdata.registrotumoriveneto.it/incidenza_asl.php?asl=9).
- [www.saperiforti.uniupo.it](http://www.saperiforti.uniupo.it)

