

IL MODELLO ORGANIZZATIVO DI RETE NEL PIANO DI ATTIVITA' 2017

per Direttori di Distretto

Relatore: Loredana Masseria

09/05/2017

21 febbraio 2017 Città della Scienza e della Salute

Argomenti:

- Piano di attività 2017
- I nuovi CAS
- I piani di comunicazione aziendali

- Piano di attività 2017
- I nuovi CAS
- I piani di comunicazione aziendali

Qual è il filo conduttore lega gli argomenti di questa sezione...?

...la qualità/valore

- ▶ Il **governo clinico** viene definito infatti nel documento “A First Class Service: Quality in the new NHS” come *“il sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati standards di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l’eccellenza clinica”* (Donaldson).

La Clinical Governance

5

Clinical=Attenzione al termine utilizzato in italiano CLINICO che è riduttivo rispetto all'inglese **clinica** che nella lingua anglosassone identifica tutte le professioni sanitarie e non soltanto quella medica

Governance= E' il governo delle IPERCOMPLESSITA' orientato alla promozione integrata della qualità e dell'efficienza dell'assistenza

...fa riferimento alla creazione di un ordine che non può essere imposto dall'esterno, ma è il risultato dell'interazione, della concertazione, di una molteplicità di attori che si autogovernano, influenzandosi reciprocamente

09/05/2017

Evidenziamo alcuni punti focali della Clinical Governance:

- Implementazione costante del monitoraggio e il riesame del lavoro all'interno del servizio
- Mettere in discussione gli aspetti professionali e organizzativi
- Collaborazione multidisciplinare
- Superare i confini culturali di riferimento
- Coinvolgere gli attori del processo
- Puntare al miglioramento continuo
- La formazione continua

Scrivi al Dip@rtimento

Se hai domande da porre, criticità da segnalare, proposte da fare, argomenti da discutere, scrivi a [✉](#) così allo sviluppo e al miglioramento della rete.

Ops! non trovi più quello che cerchi? nessun timore perchè, per un certo periodo di tempo, sarà ancora odierna: vecchioportale.reteoncologica.it



Breast Unit: Appello alle Istituzioni Donna Italia

Abbiamo il piacere di segnalarVi questo importante video <http://www.europadonna.it> e anche su <http://video.rmalattie/tumore-al-seno-l-appello-servono-piu-breast-un/272913?video>.

Si tratta di un appello alle Istituzioni affinché accelerino di oncologia multidisciplinari previsti dalle raccomandazioni

EVENTI del DIPARTIMENTO

OPERATORI

Rete Oncologica: competenza e ascolto al servizio della tua salute



Home / Area Operatori

EVENTI del DIPARTIMENTO

- Hot topics in ovarian cancer
Eventi con la partecipazione del Dipartimento
Venerdì, 7 Apr 2017 (13:00-19:00)
- Congresso Regionale Piemonte e Valle d'Aosta
CIPOMO: la sfida dell'oncologia per una Sanità in Rete, tra ospedale e territorio
Eventi con la partecipazione del Dipartimento
Lunedì, 10 Apr 2017 (09:30-19:00)
- Le metastasi ossee. Esperti a

Gruppi per patologie

- Terapie di supporto
- Infermieri
- Medici di Medicina Generale
- Direttori di Distretto
- Altri Professionisti
- Protocolli di ricerca attivi

ULTIMI ARTICOLI

- L'astensione del percorso diagnostico-terapeutico del tumore del colon-retto in quei pazienti con determinati criteri che definiscono la condizione di fragilità
Oncogeriatría / Documenti di consenso
- L'astensione dell'esecuzione della biopsia prostatica nel paziente anziano fragile con verosimile neoplasia prostatica
Oncogeriatría / Documenti di consenso



▶ Piano di attività 2017

Collegamenti con i Servizi Territoriali e i Medici di Medicina Generale

Azioni previste

- Coinvolgimento dei Responsabili di Distretto e dei MMG nella definizione dei percorsi di cura per le diverse patologie neoplastiche, per quanto di loro competenza
- Incontri a livello aziendale per definire le procedure che assicurino la continuità assistenziale al paziente oncologico con particolare attenzione all'accesso alla rete attraverso i CAS, alle corrette informazioni alle dimissioni, ai controlli di follow up, alla presa in carico da parte dei servizi di Cure Palliative
- Organizzazione di una continuativa informazione alla rete

Obiettivo prefisso:

- Assicurare al paziente e ai suoi familiari la partecipazione da parte del Medico di Medicina Generale nei momenti significativi del percorso di cura e la continuità assistenziale tra i servizi ospedalieri e quelli territoriali

Formazione

Azioni previste

- Continuazione delle attività formative avviate centralmente dalla rete con l'utilizzo delle nuove modalità didattiche: formazione sul campo, formazione a distanza, formazione in aula con lavori a piccoli gruppi. La formazione coinvolge tutto il personale della rete: amministrativi, infermieri, medici, farmacisti, psicologi, operatori delle diverse professioni sanitarie
- Collaborazione con gli uffici di formazione delle aziende sanitarie per organizzare programmi formativi locali di interesse oncologico

Controllo delle tempistiche diagnosticative dei diversi tumori presso ciascun cas

- Monitoraggio dei tempi degli esami previsti per diagnosi e stadiazione presso i diversi cas e pubblicizzazione dei dati

Formazione del personale del cas per potenziare il ruolo di accoglienza, regia e registrazione dei percorsi di cura per ciascun tumore

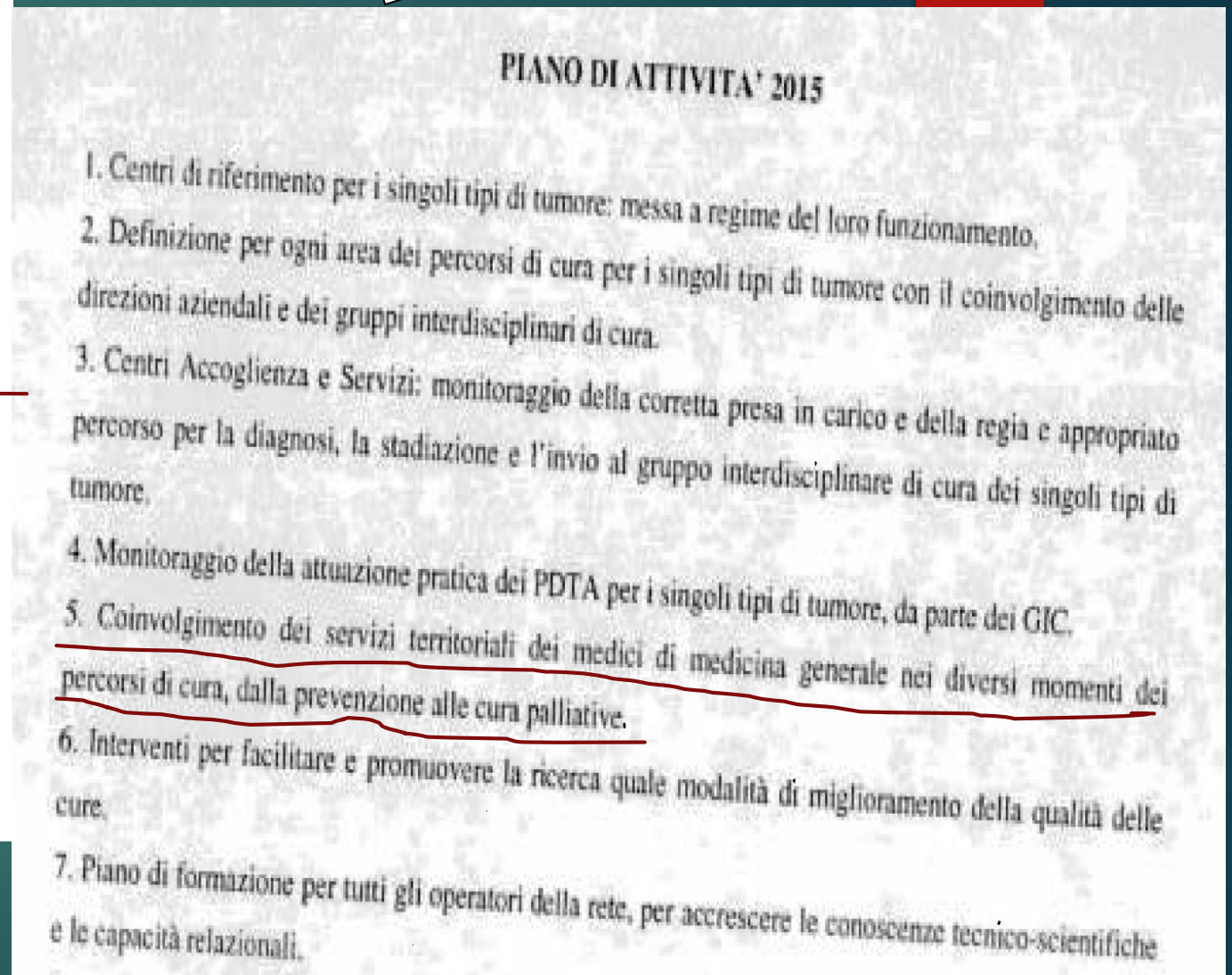
- Monitoraggio dei servizi forniti dai cas e analisi di eventuali differenze tra i cas il cui personale partecipa regolarmente ai corsi formativi rispetto ai cas il cui personale non partecipa

Interventi informativi e formativi per aumentare l'attenzione dei pazienti e dei medici di medicina generale sui sintomi iniziali per una diagnosi tempestiva

- Prosecuzione delle iniziative relative ai tumori del colon retto e al melanoma
- Proposta di una nuova neoplasia: i tumori del polmone
- Promozione su questi tre temi di ulteriori iniziative nelle diverse aziende della rete
- Valutazione in un campione, dell'attuale stadiazione alla diagnosi dei carcinomi del colon retto e del polmone
- Progetto di informazione ai cittadini per aumentare la consapevolezza di fronte ai problemi oncologici, in un'ottica di empowerment e per evitare inapproprietezze per difetto e per eccesso

Diagnosi e stadiazione tempestiva del tumore polmonare

- Monitoraggio degli attuali tempi di diagnosi e stadiazione del tumore polmonare presso i diversi cas



REGIONE PIEMONTE BU20S1 19/05/2016

Deliberazione della Giunta Regionale 16 maggio 2016, n. 30-3307

Art. 3 bis, commi 5 e ss. d.lgs n. 502/1992 e s.m.i.. Assegnazione obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali finalizzati al riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2016. Approvazione criteri e modalita' di valutazione.

OBIETTIVO 9.1 - Dipartimento funzionale interregionale ed interaziendale di rete oncologica 32

OBBIETTIVO 9.1 - Dipartimento funzionale interregionale ed interaziendale di rete oncologica**SETTORE REFERENTE** Assistenza Specialistica e Ospedaliera

Completa realizzazione di quanto disposto dalla normativa regionale vigente in materia di organizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali nell'ambito del Dipartimento di Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta. L'obiettivo si compone di due aree d'intervento:

1. Organizzazione e funzionamento del Centro Accoglienza e Servizi (CAS). L'organizzazione ed il funzionamento del CAS sono disciplinati dalla D.G.R. n. 26-10193 del 01.08.2003 e s.m.i. e dall'approvazione delle linee guida metodologico-organizzative del CAS e del Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC).
2. Elaborazione ed approvazione con deliberazione del direttore generale dei PDTA per le singole patologie tumorali

INDICATORE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organizzazione e funzionamento del CAS Numero di pazienti presi in carico dal CAS/numero di pazienti con accesso all'Azienda Sanitaria con patologia oncologica. 2. PDTA per le singole patologie tumorali N° di PDTA deliberati dall'ASR, firmati da tutti i componenti del GIC, per patologia tumorale/ N° totale di PDTA da deliberare dall'ASR
FONTE DATI	<ol style="list-style-type: none"> 1. SDO e visite CAS codificate come da nomenclatore 2. Deliberazioni dei DG delle ASR inviate al Dipartimento. <p>Per la valutazione dell'obiettivo il settore si avvarrà del supporto del Dipartimento della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta</p>
VALORE DELL'OBIETTIVO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organizzazione e funzionamento del CAS 80% (tale valore è considerato appropriato a fronte del primo anno di inserimento dell'obiettivo in oggetto) 2. PDTA deliberati e inviati al Dipartimento (Nei PDTA devono essere evidenziati sia gli HUB di riferimento per la patologia tumorale del caso, sia il percorso di invio allo stesso.) 100% (riferito a tutte le patologie tumorali per le quali l'ASR risulta essere di riferimento)
SCALA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organizzazione e funzionamento del CAS L'obiettivo si considera raggiunto al 50% se almeno il 60% dei pazienti con patologia oncologica con accesso all'ASR sono stati presi in carico dal CAS; È raggiunto al 100% se almeno l'80% dei pazienti con patologia oncologica con accesso all'AS sono stati presi in carico dal CAS. 2. PDTA deliberati e inviati al Dipartimento SI/NO (0-1)
TRAKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio ▪ 31.12.2016
PUNTEGGIO	4/100

Specifica sui requisiti minimi del CAS in base alla DGR 26-10193 DEL 01.08.2003 e s.m.i.

Composizione del CAS:

- Responsabile medico dedicato all'attività di Centri Accoglienza e servizi (CAS) anche part time
- Infermieri/i professionale/i
- Amministrativo con dimestichezza nell'uso dei sistemi informatici
- eventuale altro personale volontario
- Più di recente le figure professionali del CAS si sono arricchite della presenza dello psico-oncologo, dell'assistente sociale.

Nella DGR 24-3092 del 29.03.2016...

Il piano di attività del Dipartimento è un adempimento **obbligatorio**, al fine di non inficiare l'attuazione delle attività del Dipartimento stesso, alcune delle quali sono obiettivo dei Progetti Operativi 2013-2015.

Durante tutto il 2016 vengono svolti incontri con le singole direzioni aziendali e con i professionisti individuati, per la verifica del possesso dei requisiti minimi previsti per i centri di riferimento e per la definizione del cronoprogramma degli interventi da attuare per garantire i requisiti carenti per i centri sottoposti a monitoraggio in base alla DGR n. 51-2485 del 23.11.2015

Nel **2016** le aziende per gli adempimenti della DGR 51/2015:

- ▶ Hanno definito il modello organizzativo dei CAS con indicazione dei responsabili e riferimenti clinico/infermieristico/amministrativo
- ▶ Per ciascun CAS sono stati indicati i nominativi dello psiconcologo e dell'assistenza sociale
- ▶ Hanno individuato i **professionisti di riferimento** per: le **Criticità**/carenze rispetto ai centri di riferimento; i controlli delle **Qualità** delle prestazioni, modalità e tempi della loro raccolta; la redazione di un piano di **Comunicazione** per diffondere la conoscenza del nuovo modello organizzativo agli operatori aziendali, ai direttori di distretto, ai mmg, pazienti e cittadini
- ▶ Hanno definito per ciascuna patologia degli esami diagnostici previsti nel PDTA, modalità e tempi di prenotazione, modalità di invio del paziente al GIC di riferimento
- ▶ Hanno individuato i componenti dei GIC per le patologie di cui l'azienda è centro di riferimento con nomina del responsabile
- ▶ Hanno definito la modalità prescrittiva dei farmaci

Punti 1-5 – Si prevede per i CAS:

- 1- Monitoraggio del funzionamento dei **CAS** con raccolta sistematica degli indicatori
- 2- Verifica locale dei CAS i cui indicatori si discostano dai valori previsti
- 3- Monitoraggio dei piani di comunicazione aziendali relativi ai CAS
- 4- Prosecuzione degli incontri con gli operatori dei CAS (medici, infermieri, amministrativi, assistenti sociali, psiconcologi)
- 5- Miglioramento della comunicazione della diagnosi: Interventi formativi e modelli organizzativi.

Specifica sui piani di attività 2017 punti 1 e 2

- ❖ Monitoraggio del funzionamento dei **CAS** con raccolta sistematica degli indicatori
- ❖ Verifica locale dei CAS i cui indicatori si discostano dai valori previsti

Prime valutazioni degli indicatori per il CAS a cura della direzione sanitaria



Punti 6-9 si prevede per i GIC:

6 - Monitoraggio del funzionamento dei GIC con raccolta sistematica degli indicatori

7 - Verifica delle prestazioni dei GIC i cui indicatori evidenzino gravi inapproprietezze, anche con la promozione di attività di audit

8 - Verifica del rispetto degli impegni previsti dai cronoprogrammi aziendali e di area per l'entrata in attività dei centri di riferimento

9 - Incontri periodici con i responsabili dei GIC per ciascuna patologica per affrontare criticità organizzative e proposte di soluzioni

Contenuti piano di attività 2017

Punto 10 – Prosecuzione delle attività e collaborazione con le commissioni Unità Coordinamento Rete (UCR) sui seguenti argomenti:

- valutazione documenti di consenso redatti dai gruppi di studio, valutazione dei PDTA aziendali e di area
- programmazione delle attività di biologia molecolare
- iniziative aziendali per concretizzare i punti della **bussola dei valori**
- programmi di prevenzione oncologica
- semplificazione delle procedure informatizzate per gli esami di diagnosi, stadiazione e follow up.

Altri contenuti nel piano di attività 2017

20

Gli impegni assunti dalla rete (dal p. 13):

- Ricerche promosse dalla rete: Progettazione, organizzazione, monitoraggio
- Valutazione dei nuovi farmaci presso la commissione tecnica oncologica dell'Assessorato
- Prosecuzione/attivazione di **incontri** periodici con gli operatori
- **Progetto protezione famiglie fragili**: proposta del modello organizzativo a tutte le Aziende e avvio in quelle disponibili che presentano le caratteristiche richieste
- Prosecuzione delle **iniziative formative** della rete per migliorare le competenze tecnico-scientifiche, cliniche, assistenziali, relazionali, organizzative
- Prosecuzione delle iniziative della rete a **tutela della salute degli operatori** e nei confronti del burnout
- Avvio **informatizzazione** della rete (con la regione) e potenziamento del sito
- Collegamento con le altre reti regionali, per identificare modelli e collaborazioni comuni.

09/05/2017

Piano di attività 2016 sui MMG e DISTRETTI:

il punto 16

- iniziative formative e organizzative per migliorare il coinvolgimento dei **medici di medicina generale** nei principali momenti dei percorsi oncologici:
- prevenzione primaria: cambiamenti stili di vita
- prevenzione secondaria: motivazione alla partecipazione agli screening
- prevenzione terziaria: follow up e riabilitazione fisica e psicologica
- sospetto diagnostico e invio corretto al CAS e ai centri di riferimento per patologia
- riferimento per il paziente nella scelta di trattamenti alternativi di pari efficacia
- gestione domiciliare degli effetti collaterali dei trattamenti
- partecipazione ai programmi di cure palliative
- assistenza ai familiari in lutto

punto 17 – prosecuzione delle iniziative avviate **con i direttori di distretto** per migliorare la continuità assistenziale tra ospedale e servizi territoriali anche promuovendo progetti specifici presso singoli distretti per sperimentare modelli organizzativi innovativi

PIANO ATTIVITA' 2017 SPECIFICA SU MMG E DISTRETTI

P. 17-18-19

- **Costituzione di una commissione consultiva permanente rappresentante la medicina territoriale (MMG, specialisti ambulatoriali, medici di continuità assistenziale,) per programmare le iniziative formative e organizzative per il miglioramento del rapporto dei servizi di rete con i servizi territoriali relativamente ad alcuni momenti dei percorsi oncologici**
- **Promozione nei distretti disponibili di progetti di sperimentazione di nuovi modelli collaborativi per assicurare la continuità delle cure, il follow up e momenti riabilitativi per i pazienti oncologici**
- **Iniziative per passare dalla pratica del follow up alla cultura del survivorship care secondo le indicazioni del relativo gruppo di studio**

Sito Rete oncologica

[Home](#)

[Area Operatori](#)

Direttori di Distretto

Direttori di Distretto

Il Dipartimento funzionale interaziendale e interregionale rete oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta nel ritenere sempre più importante **il ruolo dei Direttori di Distretto, ha ritenuto opportuno costituire uno staff che affianchi la Direzione del Dipartimento**, composto da professionisti motivati e rappresentanti le diverse realtà regionali, per assumere decisioni relative alla continuità assistenziale dei pazienti oncologici. Tale gruppo potrà con più continuità e incisività concorrere alle decisioni che dovranno essere assunte dalla direzione del Dipartimento.

▶ I NUOVI CAS

“Il **CAS** non è una struttura rigida ma è un modello culturale di gestione del paziente”.

“Il **CAS** non è una struttura rigida ma è un modello culturale di gestione del paziente”.

....**IL MODELLO CULTURALE** rimanda a suggestioni mentali differenti...

- ▶ **PRINCÌPI**
- ▶ **MORALE**
- ▶ **QUALITA'**

- ▶ La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il Servizio Sanitario Nazionale.
- ▶ La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana.
- ▶ Il **Servizio Sanitario Nazionale** è costituito dal complesso delle **funzioni**, delle **strutture**, dei **servizi** e delle **attività** destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio.

Un modello culturale rimanda anche alle **DIMENSIONI DELLA QUALITA'** declinate dalla **Clinical Governance** per lo sviluppo di:

- ❖ La capacità di soddisfare le aspettative ed i valori delle persone assistite, dei loro familiari (qualità percepita)
- ❖ La competenza professionale (qualità tecnica)
- ❖ L'uso razionale delle risorse disponibili (efficienza tecnica ed allocativa)
- ❖ La gestione del rischio, intesa come minimizzazione del rischio per i pazienti (safety)

Qualità tecnica = Migliorare i servizi

“Il **CAS** non è una struttura rigida ma è un modello culturale di gestione del paziente”.

La Qualità come Sostanza

Per Aristotele la Qualità era uno degli elementi della Sostanza.

Per Pirsig la Qualità si identifica con la Sostanza.

“Il **CAS** non è una struttura rigida ma è un modello culturale di gestione del paziente”.

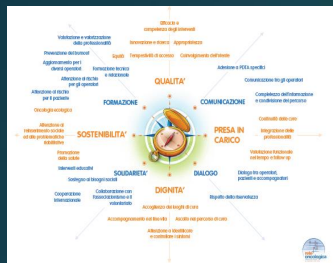
Quindi il modello **Rete Oncologica** punta a:

- un continuo miglioramento delle cure e dei servizi al paziente attraverso un approccio multidisciplinare orientato agli aspetti della **Qualità professionale** (attenzione, sensibilità, informazione, coinvolgimento nelle decisioni, interconnessione, conferimento di responsabilità), prestando attenzione alla **Qualità tecnica** (conoscenze, buona pratica clinica, supervisione) e alla riduzione del rischio clinico e degli eventi avversi (imparare dagli errori e condividere l'insegnamento).

“Il **CAS** non è una struttura rigida ma è un modello culturale di gestione del paziente”.



“Il CAS non è una struttura rigida ma è un modello culturale di gestione del paziente”.



La *Rete* Oncologica traduce i **VALORI IN AZIONI**

DGR Piemonte n° 26 – 10193 del 1/8/2003

Il Regolamento di Polo prevede l'istituzione dei

- **Centro di Accoglienza e Servizi (CAS)** e dei
- **Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC),**

definendoli **concretizzazioni** di un modo innovativo di garantire la continua interazione tra il **paziente** e la **Rete Oncologica**

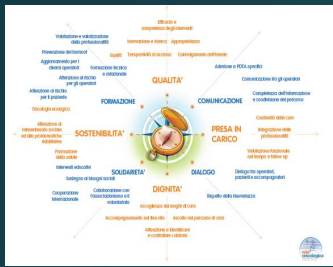


II

Centro Accoglienza Servizi

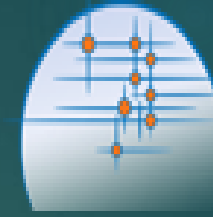
09/05/2017





Centro

Accoglienza Servizi



rete
oncologica
PILANOVE I VALI D'ACQUA
ci prende cura di te

33

- ▶ In senso **soggettivo** al centro del CAS è la **persona** (paziente) ma è anche un **gruppo di professionisti** inseriti nella struttura
- ▶ In senso **oggettivo** il CAS è il **luogo**, il **punto di riferimento**

Il CAS riceve pazienti con diagnosi accertata o sospetta neoplasia inviati da:

- **Medico di famiglia**
- **Medico specialista**
- **Pronto soccorso – DEA**
- **Reparto di degenza alla dimissione**
- **Programma di screening**

E' il **Luogo** dell'accoglienza dove la **Persona** viene presa in carico **globale e trasversale** con la pianificazione personalizzata del miglior percorso diagnostico terapeutico assistenziale possibile.



Accoglienza

Servizi

- ❖ E' **empatia, disponibilità, accettazione** della persona che accede al luogo
- ❖ E' il momento in cui si pongono le basi per un rapporto di fiducia.
Termina con la **presa in carico**.

Nel **CAS** il paziente viene preso in cura, non solo curato.

- viene condivisa la terapia
- si cura dell'aspetto psicologico e socio-sanitario
- si espletano le funzioni amministrative attraverso:

- ❖ Rilascio E048
- ❖ Prenotazione esami
- ❖ Illustrazione degli esami strumentali cui il paziente si sottoporrà e spiegazione delle preparazioni



Il commento di infermieri e amministrativi del CAS)

35

- ▶ Pia, infermiera, sull'incontro con il paziente mi dice , *«Il primo impatto è fondamentale per stabile un rapporto di fiducia. Hanno bisogno di un sorriso e di essere rassicurati. Avvertiamo il paziente che faremo domande delicate e personali anche di tipo familiare ed economico ma, in genere, le persone hanno bisogno di raccontarsi e di essere ascoltate.»*
- ▶ ...poi con orgoglio precisa che *«E' l'infermiere a dare il supporto al percorso diagnostico terapeutico; a mantenere i contatti con la famiglia e a supportarla; a fornire la necessaria educazione terapeutica. Attivo e coordino i GIC e seguo la continuità assistenziale del paziente. La nostra formazione è costante».*

Laura, amministrativa, dice che *“Il paziente è rassicurato dal fatto che per lui vengono scelti i centri di riferimento migliori per la sua patologia. Facciamo i corsi della rete anche noi per migliorare l'approccio empatico con il paziente e così contribuiamo ad aiutarlo nell'accettare la nuova situazione.”*

Servizi

I Servizi nel CAS sono le tutte le **attività** che derivano dalla valutazione personalizzata e multidimensionale dei bisogni del paziente:

- ➔ Orientamento del paziente all'interno della rete
- ➔ Valutazione e attivazione dei servizi socio-assistenziali
- ➔ Attivazione del supporto dello psico-oncologo sia per i pazienti sia per i familiari
- ➔ Programmazione delle prestazioni necessarie sia nelle fasi iniziale sia nella fasi successive del percorso (follow up)
- ➔ Attivazione delle cure palliative (se necessario)

09/05/2017



Le infermiere: *noi abbiamo declinato in
maniera diversa l'acronimo CAS*

37

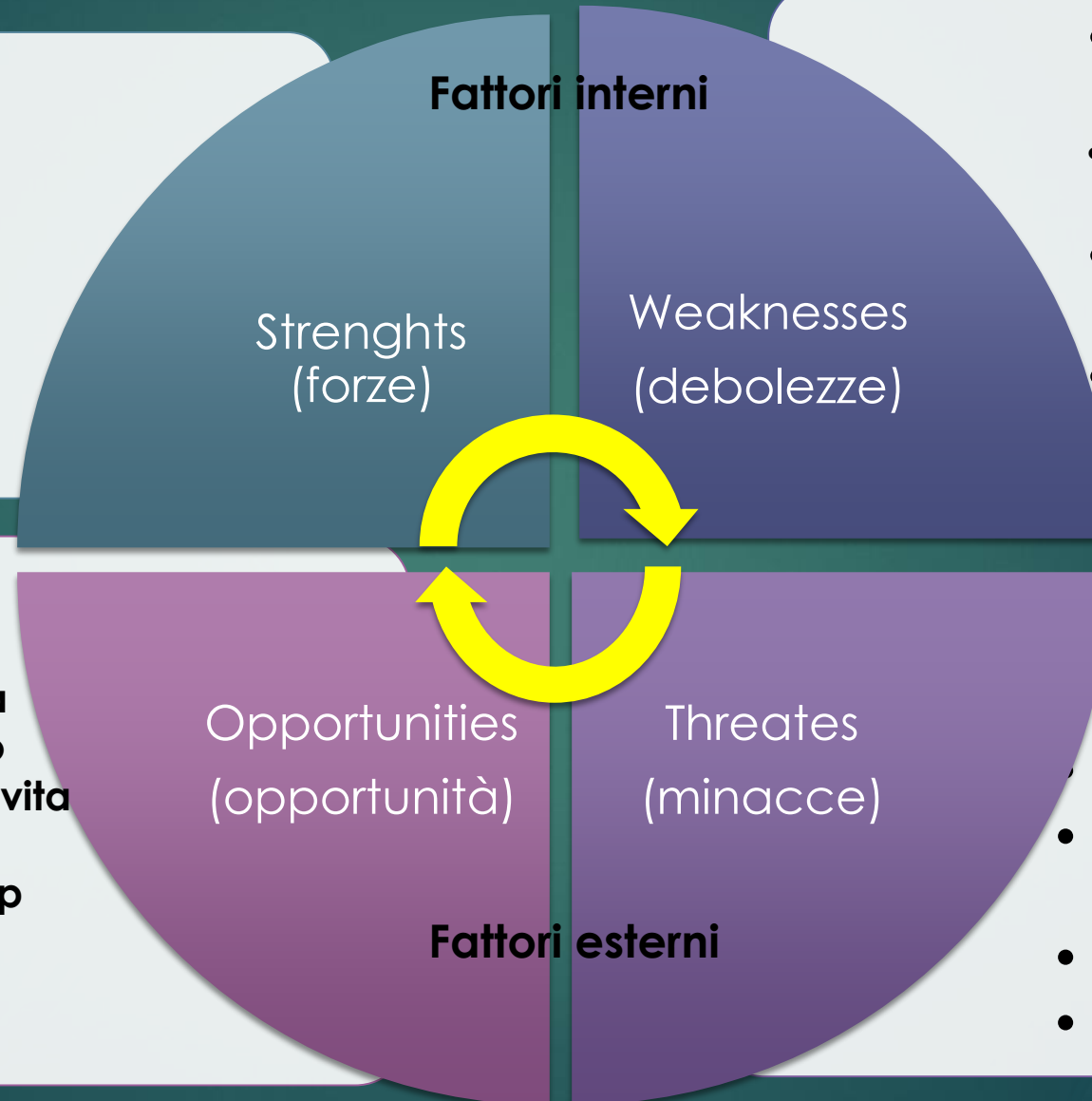
09/05/2017

**CAS =
COSTRUIAMO ASSIEME
STRADE...STRATEGIE**

- ▶ Costruiamo strade non solo per i pazienti ma anche all'interno della rete, tra operatori.

- LA RETE C'E' (cas, gic, pdta)
- Bussola Valori
- Supporto Istituzioni
- Risorse
- Professionalità
- Formazione costante

- **I rapporti con Distretti**
- **Sviluppo rete informatica**
- **Sviluppo attività sostegno**
- **Sviluppo attività su stili di vita e promozione salute**
- **Sviluppo della survivorship care**



- Disomogeneità sul territorio
- Cartella sanitaria informatizzata incompleta
- Resistenza al cambiamento
- Rapporti con i MMG (doppia direzione)

- Medicina alternativa
- Disinformazione e non conoscenza
- Mala sanità e media
- Disaffezione al SSN

Specifiche sulle opportunità: dalla pratica del “follow up” alla cultura di “survivorship care”

Consensi Conference/DOCUMENTO DI CONSENSO - Roma, 10-11- sett.15

La sorveglianza dopo la diagnosi e il trattamento per una neoplasia non ha solo il significato di anticipazione diagnostica della recidiva ma deve riguardare tutte le condizioni che influiscono sulla qualità della vita:

- **Tossicità e secondi tumori** (valutare se è necessaria la sorveglianza clinico-strumentale specifica)
- **Comorbidità** (valutare il contesto clinico rappresentato dalle patologie associate e da condizioni di disagio psico-sociale)
- **Promozione della salute:** le visite di follow up sono una importante occasione per offrire indicazioni relative ai cambiamenti dello stile di vita che possono influire positivamente sulla prognosi.

SVILUPPO:

-rapporti con i distretti
-Attività di sostegno
-Stili di vita e promozione salute
-Survivorship care

Opportunities
(opportunità)

Lo sviluppo della survivorship care

40

Una persona guarita dopo terapia oncologica deve ricevere la proposta di un programma di cura, riabilitazione e controlli periodici, concordata tra gli specialisti di riferimento e il proprio **Medico di Medicina Generale**, se e nella misura in cui sono ritenuti opportuni.

Il programma, tenuto conto della malattia e delle cure ricevute, deve essere proporzionato alle condizioni generali di salute ed attento ai bisogni psicologici e sociali del paziente.

I CAS territoriali si prestano specificatamente a questo tipo di percorso.

➤ I PIANI DI COMUNICAZIONE AZIENDALI

La DGR 51-2485 del 23/11/2015 prevedeva un rigido cronoprogramma degli adempimenti in essa previsti.

Parallelamente allo sviluppo dei modelli organizzativi aziendali dei CAS, dei PDTA oncologici e della definizione dei GIC, nel 2016 è stato previsto il cronoprogramma per i piani della comunicazione.

Cos'è il piano della comunicazione (Levi 2004)

Il piano di comunicazione è uno strumento che serve a programmare le azioni di comunicazione di una organizzazione in un certo arco temporale.

Consente la finalizzazione della comunicazione, ne individua gli attori, ne indica i «prodotti», con quali strumenti e quali risorse.

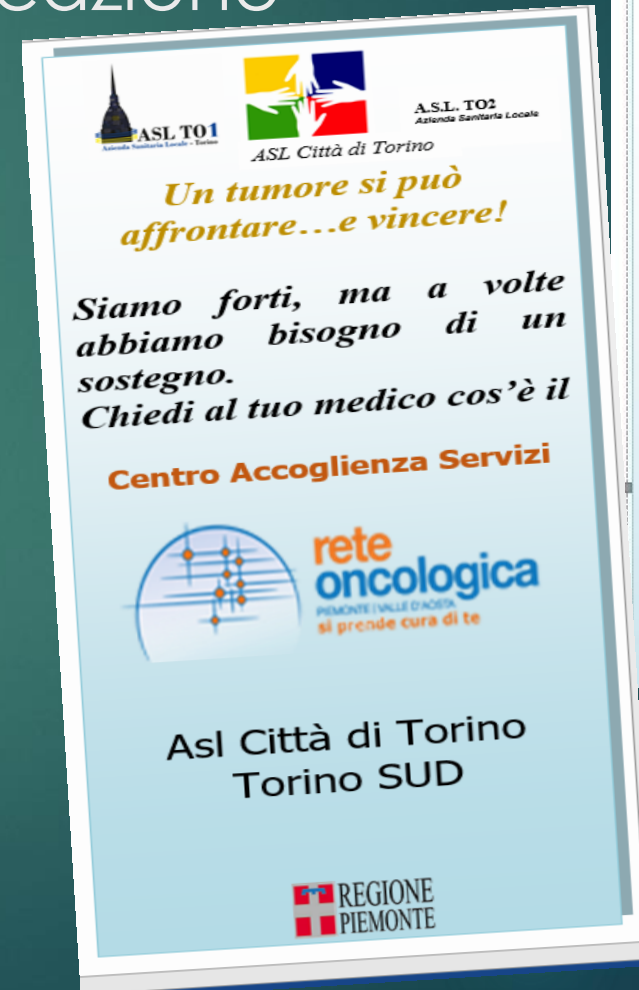
..quindi è un modo di procedere

...un insieme di contenuti..

A cosa serve il piano della comunicazione

44

- a stabilire una strategia di comunicazione
- a dotare le informazioni di senso
- ad individuare gli interlocutori
- a pianificare le azioni
- a coordinare gli attori
- ad ascoltare



Cosa abbiamo fatto:

45

La progettazione strategica

- identificazione degli obiettivi
- analisi del contesto interno ed esterno all'organizzazione coerentemente agli obiettivi previsti
- individuazione degli obiettivi coinvolti e dei destinatari delle diverse azioni di comunicazione previste

09/05/2017

poi

La progettazione operativa

- La traduzione degli obiettivi strategici individuati in obiettivi di comunicazione
- La scelta degli strumenti e delle attività più idonee al raggiungimento degli obiettivi di comunicazione

Cronoprogramma dei piani di comunicazione stabiliti dalla rete: l'importanza della tempistica

47

30 giugno 2016

Predisposizione del piano rivolto agli operatori ospedalieri sui CAS: cosa sono, a cosa servono, come si attivano e qual è il valore aggiunto.

30 settembre 2016

Predisposizione del piano rivolto a operatori territoriali, MMG, Direttori di Distretto, operatori ambulatoriali esterni sui CAS: cosa sono, a cosa servono, come si attivano e qual è il valore aggiunto.

31 dicembre 2016

Predisposizione del piano rivolto a cittadini e pazienti sui CAS: cosa sono, a cosa servono, come si attivano e qual è il valore aggiunto.

31 marzo 2017

Predisposizione del piano di comunicazione rivolto agli operatori ospedalieri, territoriali, cittadini e pazienti sui GIC, ai centri di Riferimento e ai percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziale (PDTA).

09/05/2017

I professionisti dei piani della comunicazione

48

09/05/2017

AREA	AZIENDA	NOMINATIVO
TORINO SUD EST	AOU CITTÀ DELLA SALUTE ASLTO5	DI MARCO ITALIA RISSO CLAUDIO
TORINO NORD	ASLTO2 ASLTO4 GRADENIGO COTTOLENGO	VIOLA GIUSEPPINA ROSATO LODOVICO REGIS GIANNA CASASSA FRANCESCA CARLEVATO MARIA TERESA FROLA MAURIZIA
TORINO OVEST	AO MAURIZIANO AOU SAN LUIGI ASLTO1 ASLTO3 IRCCS CANDIOLO	LACIDOGNA GAETANO CLAUDIO AMPRINO MASSERIA LOREDANA DEIDER MAURO ZOLLESI GERMANA
PIEMONTE NORD-EST	AOU MAGGIORE della Carita' ASLBI ASL NO ASLVC ASLVCO	CAPPONI ANDREA CECOT ELEONORA ARENA VALERIA VALLANA ELENA TALIANO CLAUDIA FICILI BARTOLOMEO BELLOTTI ANNA ROSA
PIEMONTE SUD-EST	AO SS. ANTONIO BIAGIO CESARE ARRIGO ASL AL ASL AT	DACQUINO MARIA TERESA CHESSA FRANCESCA FORNO GIANLUCA
PIEMONTE SUD-OVEST	AO S. CROCE E CARLE ASL CN1 ASL CN2	BRUNO ILARIO AIMAR BRUNA BRUNO ILARIO ORTEGA CINZIA

Cosa hanno fatto le aziende



Newsletter

Pieghevoli

Convegni

Comunicati stampa

Corsi su stili di vita: Fitwalking, cucina, mindfulness

Giornate dedicate alla rete oncologica

Corsi FAD

Cartoline

Incontri con MMG

Corsi ECM per MMG

Coinvolgimento delle farmacie, delle circoscrizioni, delle associazioni di volontariato

Incontri UCAD



Fase attuale dei piani di comunicazione aziendali

Valutazione

L'attività di valutazione permette di assumere informazioni utili sullo stato di attuazione dei processi, attività o azioni progettate e programmate sulla base degli obiettivi fissati durante la fase di pianificazione.

Si cerca di capire lo stato di realizzazione delle attività, verificare i risultati ottenuti, l'impatto e gli effetti sul contesto di azione del piano.

Alcune criticità

- Coordinamento: gap tra coordinamento strategico e coordinamento operativo
- Problema culturale: per alcuni può essere un adempimento burocratico-formale
- Resistenze al cambiamento: adattabilità dello strumento alla struttura organizzativa esistente
- Flussi di comunicazione poco costanti: necessità di mantenere una collaborazione e condivisione di contenuti e strumenti più a lungo termine.

Ma in Italia si guarisce più che nel resto d'Europa

La Repubblica
del 4 febbraio 2017

ALBERTO MANTOVANI

IN OCCASIONE della Giornata contro il cancro, l'Organizzazione mondiale della sanità ci ricorda alcune cifre di questa malattia che, nonostante i progressi, costituisce ancora un enorme problema di salute. Ogni anno in tutto il mondo si ammalano circa 14 milioni di persone, che secondo le stime diventeranno 21 entro il 2030.

Viviamo in un momento di grande speranza dal punto di vista delle nuove strategie di cura: sono entrate in clinica - e avranno un ruolo sempre più importante - le terapie basate sul sistema immunitario, come l'immunoterapia. Ma non possiamo certo dimenticare l'importanza della prevenzione e della diagnosi precoce, come sottolineato dall'Oms.

Nel nostro Paese la fotografia è chiara: 1.000 nuove diagnosi di cancro ogni giorno, 3 milioni di malati, di cui 2 vivi a più di 5 anni, 700 mila guariti. Se guardiamo alla sopravvivenza dei malati - risultato di diagnosi precoce e terapie adeguate - e confrontiamo i nostri dati con il resto d'Europa, noi facciamo meglio della media europea. Rispetto al Nord Europa - ben più ricco di noi - otteniamo risultati identici o addirittura, per alcuni tumori, migliori.

Un successo di cui non possiamo essere fieri, che ad almeno due fattori: tutto la nostra logica, estremamente e all'avanguardia fra i cinque - i primi tre - migliori del mondo. Una ricerca da istituzioni private e da charities come il ministero della Sanità e da charities come la Fondazione italiana per la ricerca sul cancro (Airc) che si è messa in cura e trattamenti migliori.

Il secondo nostro fattore vincente è il Servizio sanitario nazionale, che garantisce a tutti l'accesso ai punti di cura, a tutti i livelli globali. Questo punto ci ricorda l'importanza della condivisione, anche a livello globale: per le terapie contro il cancro sta infatti facendo un problema serio anche per i Paesi in via di sviluppo. Fondamentale, dunque, dividere strumenti di prevenzione, come i vaccini, di diagnosi precoce e cura.

è professore
di Direzione
dell'Istituto
di Milano
italiano più

Fuori campo

52

09/05/2017

Un successo di cui possiamo essere fieri, che è legato ad almeno due fattori. Innanzitutto la nostra ricerca oncologica, estremamente attiva e all'avanguardia, che ci vede fra i cinque - se non fra i primi tre - migliori Paesi al mondo. Una ricerca sostenuta da istituzioni pubbliche come il ministero della Sanità e da charities come l'Associazione italiana per la ricerca sul cancro (Airc), che si è messa in cura e trattamenti migliori.

Il secondo nostro fattore vincente è il Servizio sanitario nazionale, che garantisce a tutti l'accesso ai punti di cura. Questo punto ci ricorda l'importanza della condivisione, anche a livello globale: per le terapie contro il cancro sta infatti facendo un problema serio anche per i Paesi in via di sviluppo. Fondamentale, dunque, dividere strumenti di prevenzione, come i vaccini, di diagnosi precoce e cura.

La rete aiuta i malati di cancro. Non facciamola

COMINCIAMO col dire che le reti oncologiche sono previste dalla legge perché tutti pensano che assicurino una migliore assistenza. In poche parole sono un sistema che integra diversi presidi sanitari per curare al meglio il malato di cancro, con un'autorità centrale (l'ospedale specializzato), i medici di base, le asl territoriali che organizzano gli screening (ad esempio, le residenze assistite per gli anziani e l'assistenza domiciliare; che permette così un flusso integrato delle prenotazioni, di non lasciare il malato nel vuoto tra un set di prestazioni e l'altro e persino di risparmiare parecchio. Non solo, la legge e le reti prevedono l'auspicata figura del case manager, un sanitario a cui ogni malato si può rivolgere per capire e gestire le mille e mille fasi della sua cura e post-cura. Stiamo parlando di 3,5 milioni di italiani lasciati soli a combattere per anni. La rete gli serve. E quindi scoprire, da un monitoraggio realizzato da Cittadinanza attiva-Tribunale dei diritti del malato, sostenuto da Msd Italia, che solo sei regioni le hanno attivate è agghiacc-



ciante. Bene quindi Piemonte, Lombardia, Trentino, Toscana, Umbria e Veneto, anche se con colossali distinguo: il Piemonte marcia come un treno, la Lombardia ha messo molto in rete sulla carta e poca in clinica. Ma cosa aspettano gli altri? Il paese si riempie la bocca con la guerra al cancro, spende milioni in nuovi farmaci che prolungano la vita di qualche mese (e ben venga perché è vita), poi non riesce a organizzare il sistema che massimizza il potere delle cure: stiamo parlando di monitoraggio degli esiti, di gestione dei percorsi: niente di glamour, solo la base per poter combattere efficacemente la malattia. Ma le regioni non rispondono. Chissà perché? Non sarà che la rete obbliga asl e ospedali a mettersi in relazione con altri, perdendo con ciò un po' di sovranità e un bel po' di umma umma? Non sarà che i medici non condividono i pazienti nemmeno sotto tortura perché li considerano "proprietà privata"? Oppure perché poi non ci sono scuse sulle liste d'attesa, né chiacchiere a vanvera sull'informatizzazione che non c'è e invece per le reti è essenziale? Bah, chissà.

FOCUS ON

VIVERE CON UN TUMORE

Il sospetto e poi la diagnosi di "tumore" cambiano la vita del paziente e della sua famiglia. Oltre alla competenza scientifica, è indispensabile che il medico abbia la possibilità di lavorare "in rete" in modo interdisciplinare con tutti gli altri professionisti e il personale sanitario coinvolto, dal fisioterapista all'assistente sociale. Il paziente deve essere preso in cura, non solo curato. Un esempio di modello di rete oncologica in Italia è quello della Regione Piemonte (www.reteoncologica-piemontese.it).

Anno 2000

Anno 1982



Anno 1983



Anno 2002



840.000 euro

Anno 2006

Anno 2010

venduti circa 4.370.000 francobolli

Fuori campo

Teresa:

“...sai che c'è...che la Rete mi ha coccolata, mi sono sentita protetta, mi ha permesso le cure più appropriate e ho avuto la certezza di guarire.....ma dopo, paradossalmente quando sono «guarita» e son tornata nella realtà di tutti i giorni, mi sono sentita più fragile, sola....”

Grazie a tutti!

LOREDANA MASSERIA
Loredana.masseria@ascittaditorino.it



56

21 febbraio 2017 Città della Scienza e delle Salute
09/05/2017