



MOTORE SANITÀ' "ONCOLOGIA E CRONICITÀ"

Bologna 25 ottobre 2018

Bologna, 25 ottobre. Motore Sanità ha organizzato il convegno dal titolo "Oncologia e Cronicità" in cui si è evidenziato come il tema dell'assistenza alla cronicità, legato inevitabilmente a quello dell'invecchiamento della popolazione, essendo il paziente spesso una persona affetta da più patologie croniche incidenti contemporaneamente (comorbidità o multimorbidità) e le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da altri determinanti (status socio-familiare, ambientale, accessibilità alle cure, ecc.) rappresenta la sfida del futuro con il coinvolgimento di tutti gli attori che concorrono alla presa in carico completa del paziente stesso.

La giornata di lavori si è articolata in due sessioni: al mattino si è trattato il tema della cronicità in generale, legato alle malattie di riferimento con maggiore incidenza quali la BPCO, lo scompenso cardiaco e il diabete; al pomeriggio è stato affrontato il tema dell'oncologia, sempre più connesso alla cronicità, perché sempre più spesso i pazienti oncologici anziani e non, hanno patologie concomitanti che complicano la cura specifica del tumore. Secondo **Claudio Zanon**, Direttore Scientifico Motore Sanità - l'evoluzione della medicina fa sì che se da una parte si vada verso terapie sempre più innovative, costose e promettenti, ma tali terapie sono spesso terapie "rateizzate" sia dal punto di vista assistenziale sia da quello economico con conseguente cronicizzazione della terapia in parte erogata a domicilio e con un impatto sulla gestione in rete del paziente ed una necessaria implementazione dell'home care e della medicina territoriale.

Ha aperto i lavori della prima sessione **Luca Barbieri**, Responsabile Servizio Assistenza Territoriale, Regione Emilia-Romagna con un intervento dal titolo "Cronicità: La Sfida È La Gestione Territoriale" nel quale ha dichiarato: "In coerenza con gli obiettivi del Piano Nazionale Cronicità, la Regione Emilia-Romagna ha avviato da anni percorsi finalizzati alla presa in carico della cronicità, con riscontro sia nella programmazione socio-sanitaria regionale (es. la DGR 2128/2016: "Case della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa") sia nei documenti relativi a specifici PDTA relativi a patologie croniche." Luca Barbieri ha continuato l'intervento affermando che: "Il PNC ha inoltre individuato le diverse fasi principali del percorso assistenziale della persona con patologia cronica con particolare riferimento alla rilevanza di dotarsi, da parte delle regioni, di strumenti innovativi per la "stratificazione e targeting della popolazione". Tra questi, la Regione Emilia-Romagna, già dal 2012, ha elaborato e validato una metodologia statistica che permette di stratificare la popolazione sulla base del profilo di rischio di fragilità: un approccio di medicina di iniziativa indispensabile per definire le strategie e gli interventi più appropriati rispetto a quei sottogruppi di popolazione che potrebbero maggiormente beneficiarne, ottimizzando il trattamento multidisciplinare e personalizzando l'assistenza, nel rispetto del principio di equità e di centralità del paziente e delle sue scelte."

Nell'intervento "Le Patologie Respiratorie (Asma E BPCO) Come Esempio Di Gestione Della Cronicità" **Carlo Descovich**, Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Governo Clinico, AUSL Bologna, ha riportato il caso studio riguardante, appunto, le malattie respiratorie nella sua AUSL di riferimento, dichiarando che ancora oggi i margini

di miglioramento sono ancora tantissimi visto il rapporto al 50% dei casi trattati rispetto ai richiedenti cure. “Quello a cui si mira è l’attivazione di programmi riabilitativi respiratori adeguati che adesso coprono l’1% dei bisogni per pazienti affetti da BPCO. La risposta a questo gap è la persecuzione di PDTA: questo metodo, per quanto riguarda l’applicazione sulla BPCO, storicamente sembra dare ottimi risultati sperimentati.” In Emilia-Romagna si sta cercando di creare strumenti che favoriscano la continuità assistenziale abbattendo la frammentazione dei servizi sanitari sul territorio: bisogna dare seguito a quanto fatto finora e mettere in comunicazione gli ospedali per acuti e l’assistenza territoriale, che si può suddividere in ambulatoriale, domiciliare e residenziale/semiresidenziale. “Bisogna creare – sentenza infine Carlo Descovich - meccanismi che plasmino organizzazioni che permettano agli specialisti e professionisti sanitari di seguire il paziente”.

Nell’intervento “Diagnosi, Presa In Carico, Appropriatezza E Ospedalizzazioni”, **Alberto Rocca**, Direttore della Unità Operativa di Pneumologia, Ospedale Bellaria, Bologna, ha chiarito inizialmente la differenza tra malattie acute e malattie croniche e la diversa presa in carico che ne comporta. “La presa in carico del malato cronico comporta tutto: dalla diagnosi, alla stratificazione della gravità della malattia e inoltre gli interventi terapeutici necessari, la definizione di ciò che è fattibile sul territorio e di cosa si deve invece prevedere un intervento da parte di altre strutture ospedaliere”. Secondo Alberto Rocca, inoltre, l’orientamento della medicina di precisione è quello di identificare non i fenotipi ma degli endotipi che ci permettano di caratterizzare il paziente sulla base di *biomarker* che permettano di fare anche, nei confronti delle patologie polmonari ostruttive croniche, una terapia mirata come avviene oggi in campo oncologico.” La BPCO può sembrare una malattia ampiamente conosciuta ma in realtà è una sindrome che va tuttora ampiamente studiata perché non ancora conosciuta nella sua profondità. “La BPCO – continua Alberto Rocca – è una malattia sotto-diagnosticata. Non si può fare, sia in Italia sia a livello internazionale, una stima corretta sulla prevalenza: si dice che la stima sia intorno al 5% ma in vari Stati questo dato è stato confutato, stimandola fino al 13%”. Un tratto fondamentale della sindrome BPCO sono le riacutizzazioni perché influenzano largamente il dato dell’ospedalizzazione”. Alberto Rocca afferma che nonostante i risultati promettenti contro la BPCO, le evidenze suggeriscono come la creazione di linee guida isolate risulti inadeguata così come la diffusione passiva delle linee guida raramente esiti in importanti cambiamenti nella pratica clinica. Si ritiene infatti che il 30-40% di pazienti non riceva trattamenti di provata efficacia nonostante l’acquisizione di linee guida: per minimizzare questo gap Alberto Rocca concorda con gli altri relatori intervenuti precedentemente, sostenendo che bisogna implementare la creazione di PDTA con lo scopo di guidare la pratica evidence-based e migliorare l’interazione fra i servizi sanitari. “In relazione alla Cronicità – dice in chiusura Alberto Rocca – l’ospedale va concepito come uno snodo di alta specializzazione del sistema di cure, che interagisca con lo Specialista Ambulatoriale e con l’Assistenza Primaria; se ciò non viene si verifica uno spreco di risorse. Infine bisogna anche pensare di mantenere il più possibile la persona malata al suo domicilio e impedire o comunque ridurre il rischio di istituzionalizzazione: alla base c’è la comunicazione”.

Nell’intervento “Il Punto Di Vista Del MMG Nella Gestione Della Cronicità” sono intervenuti **Matteo Siena**, Medico di Medicina Generale, Bologna e **Franco Miola**, Medico di Medicina Generale di Copparo, Ferrara.

Matteo Siena definisce i Medici di Medicina Generale in “prima linea” con i pazienti perché spetta a loro un primo contatto con i pazienti, insieme agli specialisti del Pronto Soccorso. “Il decorso di una malattia cronica è un’esperienza quadridimensionale: fisica, sociale, psicologica e spirituale; il MMG ha un ruolo fondamentale in tutti questi aspetti nella presa in carico e cura del paziente cronico. Inoltre se il paziente si sente circondato da persone che capiscono il suo problema e che gli possono stare vicino, anche fisicamente succede la malattia può rallentarne l’evoluzione. Da ciò si deve pensare ad un nuovo modello organizzativo: si parte dalla persona sana sulla quale si può fare prevenzione, l’acuzie, la cronicità e la fragilità. In quest’ottico bisogna passare dai silos verticali al concetto di macroaree trasversali: in particolare della prevenzione, delle patologie acute, della cronicità e della fragilità”. Matteo Siena sottolinea che infine “insieme alle Linee Guida, insieme ai PDTA e ai percorsi integrati di gestione di primo-secondo livello, bisogna mettere a punto il Piano Individuale di Assistenza e cioè la personalizzazione della cura del paziente (che non è la mera automatica somma dei percorsi) perché il MMG cura le persone e non le patologie”.

Franco Miola, continua l’intervento riferendosi alla propria esperienza sulla provincia di Ferrara: nel modello gestione di questa Provincia è chiave il ruolo dei Medici di Medicina Generale insieme agli Infermieri. A suo dire “gli elementi chiave per la realizzazione di un programma per la gestione della cronicità sono: una rete integrata telematica, con medici di iniziativa (Medici di Medicina Generale e infermieri), la presa in carico attraverso PDTA, la valutazione di quest’ultimi, la condivisione con altri operatori sanitari e specialisti con i quali si entra in contatto nella presa in carico dei pazienti cronici, la prossimità (ruolo fondamentale della “casa della salute”) e infine la flessibilità organizzativa”. I tre PDTA principali della provincia di Ferrara sono: diabete, scompenso cardiaco e BPCO. Un focus si è posto sugli indicatori che i PDTA deve avere: indicatore di struttura, indicatore di processo, indicatore di esito. “Al 31 Agosto 2018 su 23.070 diabetici con esenzione, 11.252 sono in Gestione Integrata, e cioè il 49% con i MMG e gli infermieri e sempre al 31 Agosto 2018 i pazienti con scompenso cardiaco in Gestione Integrata sono 234. Alla stessa data, i pazienti affetti da BPCO in stadio A in Gestione Integrata in Provincia di

Ferrara sono 196". Franco Miola ricorda la figura fondamentale dell'infermiere: da una parte per il ruolo organizzativo e di indirizzo agli assistiti "prendendoli per mano", dall'altra parte per il ruolo clinico-assistenziale con funzioni di monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente attraverso anche contatti telefonici, oltre che con interventi ambulatoriali e domiciliari, eseguendo interventi di educazione sanitaria e terapeutica per migliorare la capacità di gestione della malattia da parte del paziente e dei caregiver". Infine in chiusura del suo intervento Franco Miola parla anche delle Case della Salute "La presente intesa (Protocollo d'intesa 17 novembre 2014 tra Salute Mentale, ASSP, Ufficio di Piano Distretto, Cure Primarie – AUSL FE) è volta a costruire un sistema formale e stabile di condivisione della presa in carico delle situazioni valutate complesse dal punto di vista sociale e sanitario".

Achille Gallina Toschi, Presidente Federfarma Emilia-Romagna nel suo intervento "La Farmacia Dei Servizi Supporto Alla Gestione Del Paziente Cronico" ha delineato il ruolo di Federfarma Emilia-Romagna affermando: "Siamo da tempo impegnati sul fronte dei pazienti oncologici, in particolare per ridurre il rischio di insorgenza di interazioni farmacologiche. Un rischio estremamente concreto dal momento che i malati oncologici utilizzano molti farmaci non solo per la cura della patologia in sé, ma di patologie secondarie e correlate". Il Presidente fornisce dati interessanti "Si stima che un paziente oncologico assuma in media sette farmaci: l'utilizzo di questi medicinali, unito a quello sempre più frequente di integratori alimentari e fitoterapici, sta aumentando il rischio di insorgenza di interazioni che, in alcuni casi, possono avere ripercussioni importanti sulla sicurezza e sull'efficacia stessa delle terapie". Achille Gallina Toschi conclude la mattinata di lavori sottolineando che "i farmaci oncologici di ultima generazione hanno rivoluzionato i processi di cura e gli esiti, ma è fondamentale che vengano assunti nel modo corretto e per farlo è indispensabile coinvolgere tutta la rete assistenziale in un processo di ottimizzazione della riconciliazione farmacologica".

Al pomeriggio ha riaperto i lavori **Kyriakoula Petropulacos**, Direttrice Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, Regione Emilia-Romagna, sottolineando il miglioramento della qualità della vita, la riduzione delle liste d'attesa, la presa in carico territoriale più specialistica: tutto ciò deve essere incrementato da un maggior interloquire tra gli operatori del sistema. "L'iniziativa di oggi è interessante perché mette un focus sull'appropriatezza nelle terapie per la presa in carico dei pazienti cronici". Infatti sul tema della cronicità in campo oncologico ha dichiarato che non si intende solo la cronicizzazione di pazienti affetti da patologie "comuni" ma anche di quelle categorie di pazienti che subiscono trattamenti oncologici che, grazie all'organizzazione sul territorio in Emilia-Romagna, possono essere effettuati con successo anche fuori dagli ospedali perché la ricerca in campo farmacologico possono essere gestite a livello territoriale. Kyriakoula Petropulacos ha richiamato anche la necessità di una maggior trasparenza tra i clinici e le case farmaceutiche visti i recenti avvenimenti."

Carmine Pinto, Direttore Dipartimento Oncologico e Tecnologie Avanzate, IRCSS Istituto in Tecnologie Avanzate e Modelli Assistenziali in Oncologia, Reggio Emilia, in un intervento dal titolo "Il Tumore Come Case Study Della Cronicità" ha dichiarato che "Il miglioramento della sopravvivenza, "guariti" e nuovi bisogni consiste in: uguale accesso per tutti i pazienti alle migliori cure, passaggio dal follow-up al "survivorship care", gestione nuove tossicità, gestione degli effetti collaterali a lungo termine, valutazione dei costi sociali, riabilitazione oncologica, riabilitazione psico-sociale, reinserimento lavorativo, riabilitazione nei diritti". Per quanto riguarda il tema "Cronicità e Oncologia" Carmen Pinto afferma che "l'oncologia rappresenta un peculiare modello per il governo di una "cronicità" impattante sia in termini di volumi che assistenziali che di rete per il SSN; inoltre che l'introduzione dell'innovazione nelle strategie di cura ed i cambiamenti nella popolazione dei pazienti richiedono un nuovo e integrato modello assistenziale socio-sanitario; che la necessità di intercettare globalmente all'interno di questo modello di "vecchi e nuovi bisogni" dei pazienti; che la necessità di definire un modello organizzativo in rete con differenziazione di diversi e specifici segmenti assistenziali; che la necessità di sviluppare informazione, formazione e ricerca".

Ha introdotto la tavola rotonda "Il ruolo di territorio, ospedale, reti e MMG nella resa in carico del paziente oncologico" **Anselmo Campagna**, Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, Regione Emilia-Romagna, specificando che la Regione Emilia Romagna ha sempre sostenuto e sviluppato modelli di rete per la presa in carico delle patologie e dei bisogni più complessi che possono trovare una risposta appropriata solo in un intervento integrato tra più servizi e professionalità. "In particolare – continua Anselmo Campagna - proprio in queste settimane sono stati avviati i lavori per la revisione della rete oncologica regionale mediante l'attivazione del "Coordinamento di rete oncologica". Il tavolo ha compiti di indirizzo strategico, di consultazione in ambito tecnico-professionale nonché di promozione della ricerca e dell'innovazione. L'approccio alla patologia oncologica in una prospettiva di cronicità – afferma in conclusione - trova nei modelli organizzativi che integrano i servizi ospedalieri e territoriali, da quelli di prevenzione a quelli di assistenza alle fasi terminali, la medicina generale e le risorse specialistiche, l'unica risposta in grado di bilanciare da un lato l'accessibilità a prestazioni di alta specializzazione e dall'altra servizi di prossimità che possono accompagnare la persona nel suo percorso di malattia".

Ha continuato **Loredana Pau**, Consigliera e Responsabile delle relazioni con le Associazioni di Europa Donna Italia, affermando che la cronicità oggi è una dimensione che interessa un numero sempre crescente di donne affette da tumore al seno, il primo tumore femminile. “Ad oggi in Italia sono oltre 35.000 le donne che convivono con un tumore al seno avanzato o metastatico e il modello di riferimento per una gestione appropriata del loro percorso di cura e assistenza è il centro di senologia multidisciplinare. Uno dei diritti fondamentali di queste pazienti, che Europa Donna si impegna a tutelare, è l’accesso garantito a Breast Unit efficienti, in linea con i requisiti ministeriali, e che abbiano al proprio interno anche un’associazione di volontariato. L’associazione svolge un ruolo insostituibile di collegamento tra la struttura e i molteplici e complessi bisogni della paziente metastatica”.

Luigi Cavanna, Direttore Dipartimento di Oncologia-Ematologia AUSL Piacenza - Direttore di UOC di Oncologia Medica, ASL Piacenza ha parlato del ruolo dell’ospedale nella cura del malato oncologico. “Nel nostro Paese ogni giorno sono eseguite circa 1000 nuove diagnosi di tumore maligno. Le diagnosi precoci, le nuove possibilità di cura aumentano sia il numero di persone guarite sia il numero di persone che vivono sempre più a lungo con un tumore. È fondamentale – secondo Luigi Cavanna - trovare nuovi modelli organizzativi fra ospedale e territorio che permettano da un lato di migliorare la qualità di vita dei malati oncologici e dall’altro al sistema sanitario italiano di reggere al continuo aumento di richieste quali/quantitative”.

A delineare il punto di vista delle Reti Assistenziali è intervenuto **Antonio Frassoldati**, Direttore Dipartimento Oncologia Clinica, AOU Ferrara. In Emilia Romagna è dal 2001 che si parla di Rete Oncologica con il Piano Sanitario Regionale 1999-2001 dove si è introdotto il discorso, andandosi poi a sviluppare nell’arco degli anni, puntando alla specializzazione dei centri. Nel 2017 è nata la rete dei Centri di Riferimento dei Tumori Rari, nel 2018 la rete dei Centri specializzati in Senologia e sempre nel 2018 è stato creato il Gruppo di Coordinamento della Rete Oncologica: il modello di riferimento è quello del Cancer Clinical Care Network. “La necessità di una rete nasce da un problema epidemiologico: oltre 32.000 nuovi casi di tumore nel 2016 in RER, ed oltre 16.000 decessi, con sopravvivenza a 5 anni media del 56% nel sesso maschile e 65% in quello femminile. Le evidenze scientifiche sono quindi alla base di tutto, valutando poi inoltre la possibile disuguaglianza di processi ed esiti assistenziali; in seguito la possibilità di variabilità delle pratiche professionali non giustificata; anche i costi elevati per il SSN di pratiche sanitarie ad alto impatto organizzativo o tecnologico; indicazione della programmazione nazionale e regionale”. Precisazione chiave dell’intervento, secondo Antonio Frassoldati, è “l’obiettivo della rete è mettere il paziente al centro, e questo deve avvenire sotto vari punti di vista, tra cui: la sua presa in carico, la costruzione del suo percorso per le diverse fasi di malattia, dalla prevenzione alla terminalità, infine anche il supporto alla sua rete familiare/sociale”.

Ai lavori è intervenuta anche **Anna Maria Marata**, Servizio Assistenza Territoriale, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, Regione Emilia-Romagna, affermando che il poter associare sempre più spesso il termine tumore al termine cronicità rappresenta sicuramente un importante passo avanti in medicina: ciò dipende dal progresso nella diagnostica, nella chirurgia e nella terapia, i quali hanno infatti trasformato alcune forme di tumore in malattie a lunga sopravvivenza. “L’innovazione farmacologica – dichiara Anna Maria Marata- ha fatto grandi passi negli ultimi anni e passi ancora più grandi sono previsti per il prossimo futuro in particolare l’avvento della genetica nella decisione terapeutica sta aprendo nuovi importanti scenari”. Altro importante progresso negli ultimi anni, infine, è stato quello di rendere le terapie oltre che più efficaci anche più fattibili e meglio tollerabili. Nella tavola rotonda moderata da Anna Maria Marata dal titolo “Innovazione, Smart Therapies e Miglioramento Della Clinical Governance” sono intervenuti **Ilaria Massa**, Responsabile Gruppo Outcome Research IRCCS - IRST Mendola, **Francesco Merli**, Direttore Struttura Complessa di Ematologia, IRCCS Istituto in Tecnologie Avanzate e Modelli Assistenziali in Oncologia, Reggio Emilia e **Claudio Zamagni**, Direttore SSD Oncologia Medica, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna.

Ilaria Massa ha dichiarato che il cancro è il cuore di questa tempesta perfetta che sta colpendo il nostro SSN e per mantenere il nostro sistema universalistico bisogna interrogarsi principalmente sulla sostenibilità. In particolar modo “la somministrazione sottocute ha un impatto sull’organizzazione riducendo i tempi di preparazione, i tempi occupati sulla poltrona e anche le liste di attesa.”

Francesco Merli ha continuato affermando che per quanto riguarda l’ematologia ci sono criticità legate all’aumento della sopravvivenza: da una parte il maggior afflusso di pazienti nei day services, dall’altra parte l’impiego maggiore di farmaci innovativi. “Abbiamo nuovi obiettivi: da un punto di vista organizzativo, bisogna esserci una migliore pianificazione dell’attività di day services; da un punto di vista in cui si deve mettere in paziente al centro, bisogna contrarre i tempi di permanenza in sala d’attesa”. Infine per quanto riguarda l’incremento della spesa sanitaria, che ad agosto 2018 è pari al 30%, i correttivi possibili possono essere: appropriatezza prescrittiva, EBM, impiego dei biosimilari, seguire le linee guida, soprattutto quelle interne.

Secondo Claudio Zamagni il panorama delle terapie oncologiche è in rapido cambiamento: “mentre le chemioterapie infusive mantengono ancora un ruolo in molte situazioni, i nuovi farmaci prevedono, in molti casi, vie di somministrazione diverse dall’endovenosa e in particolare sono sempre più numerose le terapie orali. Questo, unitamente ai vantaggi in termini di sopravvivenza che comportano periodi di cura sempre più lunghi, richiede l’adeguamento dell’organizzazione delle strutture oncologiche, che dovrà anche tenere in considerazione

che non necessariamente la semplificazione della via di somministrazione significa minore complessità nella gestione della persona affetta da tumore.”

Nella tavola rotonda dedicata alle Associazioni di Pazienti, dal titolo: “Il Tempo Per Il Paziente Oncologico: Una Organizzazione Della Cura Che Rispetti Le Esigenze E La Qualità Di Vita Del Paziente” hanno preso parte **Elisabetta Vercesi**, Coordinatore Area Ricerche, Bollini Rosa e Bollini Rosa Argento, Fondazione ONDA, e **Davide Petruzzelli**, Presidente “La Lampada Di Aladino Onlus”

Elisabetta Vercesi ha dichiarato che “il momento della terapia rappresenta per ogni paziente una circostanza molto importante, un primo passo per affrontare la propria malattia. Per questo si rende sempre più necessario che gli ospedali garantiscano una presa in carico del paziente incentrata sulle sue esigenze non solo dal punto di vista clinico, ma anche dal punto di vista sociale. Dalle ricerche di Onda condotte su pazienti oncologici e in particolare con tumore alla mammella, un elemento ricorrente è proprio il tema del tempo correlato alle cure ricevute in ospedale. Le pazienti necessitano di potersi riappropriare del proprio tempo di vita spesso circoscritto e limitato dalla permanenza in ospedale dovuta ai tempi di attesa e alla somministrazione della terapia. Per questo Onda nel 2018 ha condotto una ricerca a livello nazionale, in collaborazione con Elma Research, su 101 pazienti con tumore alla mammella HER2+ per esplorarne il percorso diagnostico-terapeutico in relazione al tempo, con focus sulle differenti modalità disponibili di somministrazione della terapia, endovena e sottocute. Il percorso terapeutico assume quindi un valore cruciale per la paziente non solo rispetto all’efficacia della cura sulla patologia, ma anche come strumento per recuperare l’autonomia perduta, la propria individualità e il ruolo lavorativo e relazionale spesso purtroppo compromessi”.

A seguire invece **Davide Petruzzelli** ha dichiarato che “in questi anni i sistemi di cura si sono via via sempre più incentrati sull’organo malato, sulla cellula, fino alla mutazione che questa cellula esprime... ma è indispensabile considerare che dietro a ogni malattia c’è una persona con tutto il fardello che porta con sé, che spesso rappresenta in termini quantitativi tanto quanto la malattia stessa. È necessario affermare la centralità del paziente, slogan molto in uso, ma non ancora sufficiente se tutte le sue esigenze familiari, lavorative e relazionali non entrano organicamente nella gestione della malattia. L’innovazione potrebbe derivare da un nuovo approccio che non si limiti solo all’analisi e alla valutazione della parte medico-sanitaria nel senso stretto, ma che tenga anche in considerazione le altre importanti dimensioni della vita della persona. Probabilmente ci accorgeremo che, oltre a dare qualità di vita ai pazienti e indirettamente alla loro sfera sociale e di relazione, contribuiremo alla sostenibilità del nostro sistema sanitario (che ci cura tutti e spesso con buona qualità, diciamo ogni tanto), ogni anno sempre più in bilico. Una valutazione che tenga conto non solo dei costi diretti, ma anche dell’impatto di quelli indiretti (sociali, produttività, caregiver, etc.), nell’ottica complessiva di cura della persona e non solo della malattia che porta con sé.”

La tavola rotonda “Day hospital, case della salute, home care e tecnologia: quale futuro e quali attori nel trattamento cronico e prolungato del cancro” è stata introdotta da **Alberto Bellelli**, Sindaco di Carpi, Coordinatore Regionale ANCI Unioni dei Comuni, secondo il quale nel raffronto con la Sanità bisogna cercare di recepire le necessità delle comunità che si rappresentano. L’elemento della cronicità, oggi legato all’oncologia, va affrontato ad esempio nelle diverse prospettive sul territorio delle case di cura, delle case della salute, della cura a domicilio e del relativo impatto sui caregiver. “Bisogna reinvestire ciò che era stato investito per la deospedalizzazione in nuove tecnologie che permettano di creare nuove sostenibilità future: in particolare, secondo la sua esperienza professionale, gli enti locali e altri soggetti stanno affrontando qualcosa che prima o poi la società deve affrontare.”

Luca Baldino, Direttore Generale AUSL Piacenza, intervenuto ai lavori, ha rilevato che non si è più in grado di prendere in carico i pazienti cronici solamente in ospedale: bisogna gestire il paziente e i propri disagi a 360 gradi, per esempio in case di cura o in case della salute. “Si è riscontrato anche che i diversi stimoli che i pazienti recepiscono portano al tema dell’equità d’accesso, perché se messi al centro con sostegno di svariate figure professioniste, si incorre in minor modo alla deviazione del percorso terapeutico. Per questo motivo - conclude - bisogna fare un patto sociale con i cittadini nel quale si concentra la casistica con la clinica: in un percorso di presa in carico di un paziente oncologico si chiede al cittadino una maggiore mobilità, in cambio del tentativo da parte degli enti di portare più vicino i servizi. Tutto ciò può incrementare l’efficacia e l’aderenza terapeutica.”

Ha terminato i lavori **Paola Boldrini**, Senato della Repubblica, Membro della XII Commissione Permanente Igiene e Sanità. A suo parere essere curati a domicilio, in un contesto più familiare e confortevole, ma al contempo sapere di avere a disposizione le migliori tecnologie in un ambiente ospedaliero di prossimità è sicuramente la nuova sfida che abbiamo davanti per riuscire a tracciare percorsi di salute ottimali per tutti i cittadini in un’ottica di sviluppo sempre più importante della medicina territoriale. “La cronicizzazione delle patologie oncologiche ci impone una riflessione ancor più risolutiva ed immediata ma - dichiara la senatrice Boldrini - sono certa che tutti gli addetti ai lavori, dalla classe medica al mondo dell’associazionismo sapranno rispondere al meglio per riuscire a dare il giusto sostegno già dal momento di presa in carico del paziente.”

Il convegno “**Oncologia e cronicità**” di **Motore Sanità** è stato realizzato con il contributo incondizionato di



Per ulteriori informazioni e materiale stampa, visitate il nostro sito internet www.motoresanita.it

Ufficio stampa Motore Sanità
comunicazione@motoresanita.it
Cell. 327 8920962