

# Progetto "LOOP" (*Lower Umbria, Up & Down Project*)

## *Attività di Delocalizzazione tra Ospedale e Territorio in Oncologia*

Release: 16 Novembre 2021

### Schema del Progetto

#### **Aziende Sanitarie Partecipanti:**

- Azienda Ospedaliera Santa Maria, Terni
- Azienda USL Umbria2

#### **Gruppo di Lavoro:**

- Sergio Bracarda
- Fabio Pierotti
- Andrea Cannata
- Stefano Federici
- Gianluca Rossi
- Paola Calcagno
- TBD
- TBD

#### **INDICE:**

- 1) Scenario Evolutivo dell'Assistenza in Oncologia
- 2) Fase Pilota e Contesto Locale (Bassa Umbria)
  - A. **"Follow Out"**: *Follow Up Oncologico sul Territorio*
  - B. **"Follow You"**: *Erogazione e Controllo di Terapie Oncologiche sul Territorio*
  - C. **"Near to You"**: erogazione di altre attività sul Territorio
  - D. **"Take it Easy"**: prelievi emato-biochimici sul Territorio
- 3) Razionale del Progetto LOOP
- 4) Obiettivi del Progetto LOOP (generali e specifici)
- 5) Requisiti Minimi (*Informatici, Amministrativi, Organico*), Costi
- 6) Agenda del Progetto: Timelines e Indicatori
- 7) Definizioni (Best Setting Model, MicroReti, Caregivers)
- 8) Metodi di Valutazione dell'Intervento
- 9) Modello Organizzativo e Sistema Informatico

## 1) Scenario Evolutivo dell'Assistenza in Oncologia

La dinamica epidemiologica della popolazione Italiana, unita ai progressi dei trattamenti in Oncologia sta portando ad un aumento crescente di pazienti definibili come **Long Term Survivors**, o perchè **guariti** dopo un trattamento oncologico iniziale (chirurgico, medico, radioterapico, multidisciplinare) o perchè traslati in una fase di cosiddetta "**cronicizzazione**" della patologia oncologica, grazie alla sempre miglior conoscenza della biologia e genetica dei tumori e alla disponibilità di farmaci innovativi, anche applicati a singoli casi dopo valutazione biomolecolare (in particolare nell'ambito di un **Molecular Tumor Board**, **MTB**, realtà già esistente nella nostra struttura Aziendale).

A questo scenario si associa un **progressivo incremento dell'età media della popolazione italiana**, compresa quella affetta da problemi oncologici, superati o in corso (con una prevalenza attuale in Italia di circa 3.5 milioni di pazienti Oncologici. Dati AIRTUM 2020).

L'insieme di queste dinamiche rende necessaria una profonda rivisitazione dell'organizzazione del SSN e delle sue articolazioni Regionali (SSR), tenendo presenti anche le eterogeneità delle realtà territoriali in Italia (oscillanti fra aree metropolitane densamente popolate e aree periferiche a minor densità abitativa) e la crescente difficoltà a raggiungere il Centro specialistico ove viene erogata la cura e/o il follow up, per motivazioni anagrafiche, sociali (realtà familiari e lavorative) ed economiche (costo economico dello spostamento).

Considerando mandatorio il mantenere la **mission universalistica del nostro Sistema Sanitario**, si rende necessario ripensare alla sua organizzazione strutturale e logistica in un'ottica di "PDTA" (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali) che non miri solo a raccordare le esistenti risorse locali in un percorso a senso unico ma renda questo percorso più articolato, interattivo e, soprattutto, potenzialmente bidirezionale.

Questa bidirezionalità dei percorsi oncologici potrebbe realizzarsi raccordando, ovviamente, le risorse esistenti ma anche creando o valorizzando nuove figure assistenziali, quali: Case manager, BioInformatici, BioIngegneri, Project Leaders, Infermieri di ricerca, Data Managers e Study Coordinators, Psicologi e tante altre ancora, come Geriatri, Nutrizionisti e Palliativisti, che potrebbero arricchire i vari nodi di un network assistenziale interattivo caratterizzato da una interessante complementarità, assistenziale ed organizzativa.

Questa "vision" organizzativa va considerata anche al momento della presa in carico del paziente oncologico (e cioè, subito dopo la sua "accoglienza", professionale e umana, nel percorso di cura), riconsiderando le figure presenti all'interno dei **Gruppi Oncologici Multidisciplinari e Multiprofessionali (GOMM, secondo la declinazione data a tali gruppi a Terni)** che devono aprirsi a nuove figure e nuove modalità di confronto e comunicazione.

Il **Progetto "LOOP"** intende fare un primo passo in questa direzione, o meglio, una "**doppia mossa**": a) Portare alcune attività dall'Ospedale centrale sul Territorio con il duplice obiettivo di ridurre l'affollamento delle strutture Ospedaliere per attività assistenziali di bassa e media intensità di cura, e portare tali attività più vicine al paziente (delocalizzazione); b) Liberare risorse per mettere a punto percorsi di presa di di presa in carico (diagnostica e terapeutica) più rapidi ed efficaci, un **LOOP Oncologico e Informatico** al tempo stesso, ove il sapere e l'organizzazione non sono divise ma integrate fra Ospedale centrale e Territorio, fra Domicilio e Città, fra Assistenza Specialistica e Cure Primarie e Secondarie.

Con sano realismo, il nostro Progetto di interazione/delocalizzazione inizierà con una **Fase Pilota** che avrà lo scopo di testare il modello di assistenza sanitaria oncologica da noi ipotizzato in un'area ben definita della bassa Umbria, lavorando di concerto con la USL, MMG e Associazioni di Volontariato.

## 2) Fase Pilota e Contesto Locale (Bassa Umbria)

**Obiettivo della Fase Pilota** sarà quello di creare una visione unitaria del paziente oncologico e dei suoi percorsi di cura diagnostici e assistenziali-terapeutici (dal PDTA al PuDTA), delle sue problematiche sociali e delle sue attese.

In altre parole, integrare in una cornice organizzativa e tecnologica unitaria di sistema le risorse assistenziali disponibili per garantire non solo umanità ed equità di accesso alle cure ma anche efficienza e sostenibilità del Sistema, cercando di impiegare al meglio la spinta all'innovazione e la disponibilità di risorse derivate, come unico aspetto positivo, dalla *Pandemia da Covid19*.

**Contesto Locale:** l'area della bassa Umbria è caratterizzata da una bassa densità abitativa e piccole cittadine isolate, con l'eccezione della Città di Terni.

In relazione alla necessità di identificare una appropriata area geografica per l'avvio della Fase PILOTA del progetto di delocalizzazione di alcune attività Oncologiche a bassa/media intensità di cura da AOSP Terni si è ritenuto che l'area di pertinenza del **Centro di Salute Tacito**, in quanto comprensiva sia di una parte dell'area cittadina di Terni che di alcune cittadine della bassa Valnerina (Arrone, Ferentillo, Montefranco, Polino) per una popolazione complessiva di circa 45.000 abitanti, proprio perché rappresentativa di una realtà territoriale eterogenea potesse essere adeguata a testare il modello organizzativo di delocalizzazione Ospedale-Territorio suggerito dal Progetto LOOP.

### 3) Razionale del Progetto LOOP

Integrare e riprogettare le risorse sanitarie e organizzative esistenti nell'area di intervento del Progetto in un modello flessibile e adattivo che consideri alcuni parametri di riferimento fondamentali:

- Ottimizzazione dei percorsi di diagnosi e cura alla luce dei continui e importanti, progressi della medicina oncologica e della conseguente necessità di rendere tali percorsi facilmente accessibili e, al tempo stesso sostenibili.
- Necessità di incrementare al massimo le adesioni ai programmi di screening esistenti e di implementare, ove indicato, programmi di diagnosi precoce, onde ridurre al massimo il rischio di diagnosi tardive e ricadute di malattia (con il relativo impatto prognostico, umano sul SSR).
- Consapevolezza di possibili lunghi periodi di cura per una quota non banale di pazienti oncologici (terapie adiuvanti in assenza di malattia dopo trattamenti potenzialmente curativi, trattamenti prolungati nel tempo per patologie oncologiche "cronicizzabili") con la conseguente necessità di portare almeno parte di queste attività in prossimità del domicilio del paziente.
- Necessità di mettere in opera modelli diagnostici evoluti di presa in carico sia della fase iniziale di malattia che di sue possibili evoluzioni successive (recidive di malattia, sviluppo di seconde neoplasie (spontanee in quanto dovute ad instabilità genetica o adattative) che siano rapidi, efficienti e modulabili in base alle continue evoluzioni della ricerca medica, e da collocare sia nell'ambito della ricerca clinica (anche organizzativa) che in quello della pratica clinica quotidiana.

Il nome del Progetto **-LOOP-** intende sottolineare proprio questa circolarità di settings e organizzazioni complementari con conseguenti riflessi di autopotenziamento e miglioramento del sistema (Self Learning Curves) da monitorare ed implementare in modo continuativo tramite l'uso di Indicatori e AUDIT di Sistema.

Uno scenario disegnato per sperimentare il passaggio dal "**Best Setting Model**" ad un modello ancor più innovativo che potremmo definire "**Patient Centric Dynamic Model (PaCDyM)**", avente lo scopo di ottimizzare la "**Presa in Carico Totale**" del Malato Oncologico in un'ottica di qualità, equità e sostenibilità delle cure nella quale inserire un processo di autoapprendimento e condivisione di percorsi:

In poche parole, un "**Laboratorio della Salute**".

## 4) Obiettivi del Progetto LOOP

### Obiettivi Generali:

- Coordinare le attività centrali e periferiche delle sedi del Progetto in modo da ottimizzare la gestione dei percorsi nei pazienti cronici facilitandone l'accesso ai Servizi.
- Riduzione dei Costi di Sistema (SSR) mediante una informatizzazione adeguata e condivisa ed una articolazione degli accessi al sistema basandosi su principi di complessità degli stessi e di prossimità al domicilio del paziente (Value-Based Healthcare).
- Miglioramento del Network di comunicazione tra Operatori sanitari (medici oncologi, altri specialisti, medici del territorio, infermieri/case manager, MMG) e fra loro e i Caregiver (Familiari, Associazioni di Volontariato)
- Creazione, attraverso il Progetto, di un modello assistenziale evolutivo, modulare ed esportabile, anche in contesti differenti da quello originale.

### Obiettivi Specifici:

#### A) Attività sul Territorio ("*Down to*"):

**"Follow-Out"**: Follow Up specialistico dopo trattamento primario potenzialmente curativo, dura in media 5 anni (10 nel caso della patologia mammaria, gravata da una maggior incidenza di recidive tardive).

A loro volta i primi 5 anni si suddividono in genere in una prima fase di due anni caratterizzata da un maggior rischio di recidive (e maggior frequenza di controlli) e nei tre anni successivi (a rischio progressivamente decrescente).

I Pazienti inseriti in questa seconda fascia di controlli (*in media effettuati ogni 6 mesi*), potrebbero essere oggetto di parte del progetto di delocalizzazione, con tre possibili vantaggi sotto elencati.

**"Follow-You"**: Pazienti sottoposti a trattamenti oncologici con **Farmaci Orali** (in una prima fase limitata ai solo casi trattati con farmaci non-chemioterapici e con patologia oncologica mammaria, prostatica e, in parte, polmonari). Questi pazienti potrebbero rappresentare una seconda quota di casi da includere nel Progetto di delocalizzazione LOOP.

**"Near to You"**: Visite Psicooncologiche, Valutazioni Nutrizionali (da condividere con servizi Psicologici e Nutrizionali della USL2).

**"Take it Easy"**: **Prelievi emato-biochimici** (con prelievo in sede più prossima al domicilio del paziente e accredito dei risultati anche c/o DH Oncologia AOSP Terni).

#### ***Possibili vantaggi derivanti dalla delocalizzazione di tali attività:***

##### **"Follow-Out"**:

- *Riduzione degli accessi all'Ospedale con risparmio dei tempi e dei costi di trasferimento del paziente e dei suoi Caregivers.*
- *Possibile programmazione di eventuali esami strumentali e di laboratorio direttamente sul territorio (tempistiche appropriate per prenotazioni di esami a CUP, presente nel Centro di Salute Tacito).*
- *Successivo più facile passaggio alle fasi successive di Follow-Up con MMG (con definizione di PDTA concordati, anche con MMG, e di percorsi facilitati di rientro in area specialistica nel caso di dubbi clinici, recidive o riscontro di seconde neoplasie).*

**“Follow-You”:** Riassumiamo i vantaggi della delocalizzazione di **Terapie Orali**, rispetto a quelle **iv**:

- *Assenza di rischi derivanti da possibili reazioni allergiche infusionali (e quindi della relativa organizzazione indispensabile a gestire le emergenze: personale addestrato alla gestione delle urgenze, eventuale accesso rapido a rianimatori).*
- *Possibile rapida consegna, mediata dal case manager, dei farmaci erogati dalla Farmacia USL con contemporanea compilazione di questionari di qualità di vita e riduzione dei tempi di percorso (percorso visita+ farmaco=0).*
- *Programmazione di eventuali esami strumentali e di laboratorio sul territorio (esami di Laboratorio in media mensili (verificabili anche in AOSP Terni), esami strumentali in genere programmabili a distanza di mesi (quindi, con tempistiche compatibili con prenotazioni a CUP di 1° livello).*

**“Near to You”:** *Riduzione degli accessi in Ospedale con risparmio dei tempi e costi di trasferimento del paziente e dei Caregivers, maggior fruibilità di servizi fino ad ora considerati, anche psicologicamente, “ancillari”*

**“Take it easy”:** *l’effettuazione di parte almeno dei prelievi emato-biochimici sul territorio potrebbe consentire una riduzione degli accessi in Ospedale con risparmio dei tempi e costi di trasferimento del paziente e dei Caregivers, e quindi una ulteriore quota di attività da delocalizzare, specie se collegati (con disponibilità del risultato) a visite di controllo o terapie orali. Da verificare la disponibilità di risorse infermieristiche adeguate per attivare sul territorio questa attività.*

## **B) Attività da sviluppare In AOSP Terni (“Up to”):**

- **Attivazione di PDTA interni rapidi per casi ad elevata complessità diagnostica (da inserire nelle attività dei GOMM)**
- **Attivazione di Ambulatori di Counseling di 1° e 2° Livello (Nutrizionale, Genetico, PsicOncologico, Onco-Geriatrico) con accessi eventualmente aperti anche al Territorio.**
- **Ottimizzazione del Programma di Simultaneous Care (in Degenza Oncologica) da effettuarsi insieme al personale dell’Hospice/Cure Palliative dell’Azienda USL2.**
- **Ulteriore Promozione della Ricerca Clinica** come strumento di innovazione diagnostico-terapeutica e di sostenibilità di sistema (attività già presente e di livello internazionale), al fine di elevare ulteriormente e in modo continuativo il livello qualitativo dell’assistenza in ambito terapeutico, riducendo al contempo i costi sanitari dei trattamenti stessi.
- **Promozione anche della Ricerca in Ambito Organizzativo** (ove è compreso anche questo progetto in quanto strumento di ricerca clinico-organizzativa): riorganizzazione di sistema, sostenibilità, misurazione di outcomes e di qualità percepita: QoL, PROMs, PREM.s.
- **Attività di Teleconsulto:** (valutazioni singole o di Team su casi complessi. Condivisioni di casi con Colleghi di altre Aziende Sanitarie.
- **Attività di Telemedicina:** (alcune delle visite da effettuarsi nella Fase di Follow-Up Specialistico (<5anni), in casi definiti adeguati dallo Specialista, e non trasferibili sul territorio (casi complessi o ad alto rischio).

## C) Attività Comuni

- **Creazione di GOMM InterAziendali**, al fine di condividere scelte e percorsi possibili nel rispetto delle proprie prerogative. Possibile valutazione dei casi discussi anche per terapie sperimentali disponibili in AOSP Terni (con paralleli aumenti della qualità terapeutica e riduzione dei costi).
- Aggiornamento periodico e condivisione di **PDTA** (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali) Oncologici delle patologie oncologiche oggetto del Progetto da parte di tutti gli operatori sanitari coinvolti nello stesso.
- Identificazione dei **requisiti minimi** (strutturali, informatici, professionali e amministrativi), delle **strutture** più adeguate per la delocalizzazione delle attività identificate nel Progetto (Follow Up, Terapie orali, altre attività, prelievi) e dei Target di upgrade per l'innovazione diagnostica e di sistema.
- Identificazione di **Indicatori** quantitativi e qualitativi atti a misurare in modo semplice, automatico e ripetibile le attività svolte nel progetto
- Verifica della utilizzabilità di **LOG80** quale supporto informatico principale del Progetto, eventuali suoi aggiornamenti e integrazioni con altri programmi informatici (ad esempio per Telemedicina, altro).
- Identificazione delle **risorse umane** necessarie alla realizzazione del progetto, definizione dell'organigramma complessivo e dei ruoli da coprire nei vari nodi del Progetto. **Promozione e tutela della mobilità dei professionisti sul territorio** in modo da rendere possibile l'erogazione dei servizi ivi dislocati e favorire l'interazione fra operatori, caregiver e pazienti (rete logistica).
- Favorire una interazione positiva fra servizi ospedalieri e territoriali, promuovendo conoscenza e partecipazione a programmi di prevenzione primaria, screening, diagnosi tempestiva.
- Favorire la **continuità assistenziale globale fra Ospedale e Territorio** (simultaneous care, assistenza domiciliare, Hospice e Ospedali di comunità).
- **Definire una Campagna informativa** alla popolazione su obiettivi e opportunità offerte dal progetto, compresa la graduale e progressiva esposizione di dati di derivanti dal progetto stesso.
- **Informatizzazione** come strumento di condivisione e aggiornamento continuo del dato indipendentemente dalla sede di erogazione dei servizi. Tutte le sedi di assistenza legate al Progetto dovranno poter accedere alle informazioni presenti nella storia clinica del paziente oncologico (domicilio, cure intermedie, specialisti dell'Ospedale), assicurando in tal modo una visione globale del caso e una gestione unitaria dei dati e delle prestazioni che caratterizzano il percorso di cura, riducendo in tal modo anche il rischio di duplicazione delle prenotazioni (uso ottimale delle risorse)
- **Attività di formazione e aggiornamento continuo del personale oncologico** (medici, comparto, amministrazione).

## 5) Requisiti Minimi (*Informatici, Amministrativi, Organico*), Costi

- a) Implementazione di Cartella Clinica Informatizzata (Log 80) in AOT e USL2 in modo da poter accedere ed aggiornare in tempo reale i dati dei Pazienti da ogni punto di accesso identificato.
- b) Riconoscimento Amministrativo delle attività svolte (Codifica Regionale).
- c) Definizione del Coordinamento di Progetto e attivazione di consulenza con USL2, Proiezione autorizzata di Personale Oncologico Medico e Infermieristico sul territorio;
- d) Personale dedicato al Progetto: Segreteria (minimo 2 infermiere Case Manager che a rotazione si proiettano anche sul territorio insieme ai medici. Attività: tenuta delle Agende di prenotazione, aggiornamento dei DataBase della attività (output da LOG80?) anche ai fini dell'effettuazione di AUDIT periodici, Inserimento di casi da discutere nei GOMM). Raccordo funzionale con attività epidemiologiche e biostatistiche.
- e) Condivisione eventuale delle Attività con Oncologia Territoriale (AGENAS GdL 4) e MMG
- f) Adeguata dotazione organica in Oncologia AOT al fine di non-penalizzarne in loco le attività assistenziali e di ricerca anche collegate alla messa in opera dei percorsi rapidi di presa in carico.
- g) Solo per AOSP Terni, Software e Hardware per Telemedicina e Teleconsulto, loro codifica regionale. Per Telemedicina definizione del software/hardware minimale sia per Ospedale che per utente (opportunità della presenza a fianco del paziente di un Caregiver o MMG).

**Tabella: Costi delle attività di delocalizzazione:**

Voce	Specifica	Valore, in Euro
Messa a punto di Sistema Informatico condiviso	LOG 80, App eventuali	
Autorizzazione alla Delocalizzazione sul Territorio di Medici Oncologi dell'AOSP Santa Maria, Terni	Autorizzazione Amministrativa, anche ai fini della copertura Assicurativa. Rimborso Spese?	
Bando per 2 Infermiere/Case Manager per la durata del Progetto	Compenso per la durata del Progetto	
Riunioni del Gruppo InterAziendale del Progetto		
Formazione del Personale		
Comunicazioni e Pubblicazioni sull'andamento del Progetto		

## 6) Agenda del Progetto: Timelines e Indicatori

- A. Completamento della Cartella informatizzata LOG-80 con relativa formazione del Personale (eventuale definizione di password gerarchiche per limitare l'accesso esterno ai dati ?)
- B. Conferma o modifica dell'area identificata come sede del Progetto Pilota (con Azienda USL2)
- C. Identificazione del Personale da coinvolgere nel programma di delocalizzazione (e sua autorizzazione, amministrativa e assicurativa nel caso di personale dipendente; Bando di selezione nel caso di personale specifico per il Progetto: Case manager, altro), coinvolgimento delle Associazioni di Pazienti.
- D. Identificazione delle tipologie (e a seguire dei nominativi) dei pazienti ai quali proporre la partecipazione al progetto. Definizione dei PDTA di percorso per i pazienti con percorso di rientro degli stessi in AOSP Terni in caso di richiesta dei pazienti o necessità (recidive o progressioni di malattia che richiedano trattamenti non orali. *Valutazione della opportunità di richiedere consenso informato alla partecipazione al Progetto.*
- E. Identificazione di indicatori da monitorare per valutare aspetti quantitativi e qualitativi del Progetto:
  - 1) numero di visite delocalizzate,
  - 2) tipologia delle attività delocalizzate
  - 3) valutazione del tempo risparmiato rispetto all'accesso in Ospedale,
  - 4) distanze percorse dal domicilio,
  - 5) percezione di qualità, umanità ed efficienza da parte del paziente e dei caregivers (in particolare dei familiari): QoL, PROMs e PREMs,
  - 6) Possibile valutazione comparativa degli indicatori misurati nella popolazione oggetto del Progetto rispetto a popolazione simile residente nell'area di copertura dello stesso distretto (o di altro distretto) e mantenuta in controllo non delocalizzato in AOP Terni,
  - 7) Valutazione dell'impatto della delocalizzazione sull'attività in AOSP Terni (Attività Up: incremento dei percorsi di Diagnosi breve, tempo intercorso tra presa in carico GOMM e inizio Terapia).
  - 8) Valutazione dell'impatto della delocalizzazione sugli accessi non programmati in Ospedale.
  - 9) Definizione di una Agenda di Incontri periodici di verifica e Auditing (6 mesi) del Progetto con release periodico di dati dello stesso e suo verosimile aggiornamento esperienziale "in corsa" (Dynamic Project) fino alla definizione di un modulo organizzativo base replicabile dello stesso.

## 7) Definizioni

### Best Setting Model

L'identificazione delle informazioni più importanti su **Attività da svolgere** e **Setting disponibili** consente una descrizione "strutturata" delle caratteristiche di questi due elementi.

Unita a due serie di regole collegate a vincoli e risorse consente di identificare "**il miglior setting (luogo più appropriato) che soddisfi i requisiti minimi per erogare le attività**" previste nel PDTA (massimo valore possibile).

1. La **prima serie di regole** riguarda i vincoli, ovvero i **requisiti affinché una specifica attività possa essere erogata con la qualità più elevata**: i setting che non possiedono le caratteristiche per soddisfare tali vincoli **non** possono essere selezionati come **luoghi di erogazione appropriati**.
2. La **seconda serie di regole** analizza le **risorse necessarie** per usufruire di un determinato setting in termini di **costi** per il Sistema Sanitario e per il paziente (prossimità, costi sociali, ...): i setting risultati appropriati in funzione del punto precedente possono essere ordinati in funzione del **miglior uso di risorse**.

**Strutturare le informazioni, consente inoltre di agire in modo modulare**: la singola valutazione di ogni attività consente, all'introduzione di ogni nuovo setting, di **ricalcolare** la configurazione di ogni precedente attività per valutare i nuovi possibili scenari e trasferimenti di attività presso nuovi luoghi erogativi.

**La semplice determinazione di criteri e regole che facciano identificare prestazioni delocalizzabili e i setting più appropriati, non è tuttavia sufficiente per ottenere un cambiamento strutturale, se non si accompagna ad un processo culturale, condotto sugli operatori e sull'intera comunità.**

### MicroRete

E' "**un insieme di soggetti coinvolti nell'erogazione di un servizio sanitario in un determinato setting**".

Ne fanno parte il gestore del PDTA (Centro Oncologico/MMG), i professionisti coinvolti, il paziente e i caregivers.

**Identifica le persone direttamente coinvolte in parti specifiche di ampi PDTA, descrive i processi collegati all'erogazione dei servizi.**

### Caregiver

In Italia il 17,4% della popolazione (oltre 8,5 milioni di persone) svolge un ruolo di Caregiver. Si tratta, spesso, di persone anziane, ma ci sono anche 390 mila giovani tra i 15 e i 24 anni. Giovani che prendendosi cura di un familiare con regolarità, rischiando di pagare un prezzo altissimo in termini di realizzazione personale e famiglia.

Il Caregiver è quindi una figura centrale, per la quale è importante capire quali strategie mettere in atto per favorirne l'engagement, anche attraverso consultazioni con Associazioni di Pazienti.

**Facilitare il contatto tra Curante e Caregiver**: fare in modo che il Caregiver possa essere informato ed aggiornato in modo agevole, sui cambiamenti della condizione clinica del paziente e possa sentirsi supportato nel suo ruolo di assistenza (quasi sempre svolto in competizione/complementarietà con altre attività) è un aspetto centrale.

**Individuare le azioni che il Caregiver svolge assieme/al posto del paziente** per superare eventuali limiti attraverso innovazioni tecnologiche, organizzative, culturali: prenotazioni, rinvii, annullamenti di procedure o trattamenti, supporto all'aderenza terapeutica (monitoraggio di terapie domiciliari o di terapie concomitanti in caso di ricoveri), comprensione di eventuali limitazioni legate alle condizioni del paziente (stato di malattia, situazione abitativa, stato psicologico, ...) ma anche del caregiver (situazione lavorativa, possibilità di contatti regolari con il paziente, eventuali situazioni di conflitto tra caregiver e paziente).

## 8) Metodi di Valutazione dell'Intervento

L'efficacia della delocalizzazione può essere misurata, mediante lettura dei flussi correnti delle attività ambulatoriali delocalizzate (compresa la somministrazione di farmaci,) conteggio del numero di pazienti e di procedure eseguite.

Attività Delocalizzate:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Numero di pazienti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>non deve diminuire, a garanzia di un'accessibilità stabile o crescente (universalità, uguaglianza);</li> </ul>
"Attività Down"	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapporto tra numero di procedure e numero di pazienti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>deve rimanere stabile, a garanzia di equità e coerenza con i percorsi di cura e quale misura implicita di una diffusione di pratiche condivise.</li> </ul>

Attività NON Delocalizzate:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Numero di pazienti presi in carico per attività ad alta complessità o in momenti di malattia ad alta intensità di cura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>deve rimanere stabile e con il tempo in caso aumentare, incrementando l'accessibilità ai percorsi di cura;</li> </ul>
"Attività Up"	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tempi di attesa per le prestazioni di cura con liste di attesa critiche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>devono ridursi, dimostrando una maggiore capacità di presa in carico.</li> </ul>

Valorizzazione della professionalità degli operatori sanitari:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Misurazione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mediante valutazione dei PROMS (patient reported outcome measures) e PREMS (patient reported experience measures).</li> </ul>
----------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Misurazione di esiti clinici:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Progetti di Outcome Research</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>basati sui dati raccolti e generati dal sistema informativo.</li> <li>Possibili punti di partenza per misurazioni di esito da affiancare alle normali modalità di misurazione dei livelli di servizio</li> </ul>
-------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Valutazioni economiche:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilizzo più appropriato di Luoghi e Setting di Cura.</li> <li>Crescita della spesa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>dovrebbe portare ad una <b>crescita di produttività</b> con conseguente incremento del valore economico delle attività svolte, sia aumentando il numero di attività complesse per le quali è richiesto un approccio necessario a ridurre i tempi di accesso, sia favorendo una capacità di attrazione extra territoriale.</li> <li>In termini complessivi di salute deve essere analizzata in funzione di un miglioramento degli esiti clinici.</li> </ul>
-------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Tabella 1: Fase Pilota, Centro di Salute Tacito (copertura, circa 45.000 abitanti), Casistica anno 2022.**

Pazienti residenti nel territorio servito dal CdS Tacito e candidati a Progetto Delocalizzazione

<b>Periodo</b>	<b>N. Totale di Pazienti</b>	<b>N. Totale di Accessi</b>	<b>N. di Accessi Medi Giornalieri</b>
<b>Anno 2022</b>			
GENNAIO			
FEBBRAIO			
MARZO			
APRILE			
MAGGIO			
GIUGNO			
LUGLIO			
AGOSTO			
SETTEMBRE			
OTTOBRE			
NOVEMBRE			
DICEMBRE			

*Obiettivo minimale: Stabilità degli Accessi***Tabella 2: Fase Pilota, Prestazioni ambulatoriali candidate a Delocalizzazione Territoriale**

<b>Prestazioni</b>	<b>N. Totale di Pazienti</b>	<b>N. Totale di Accessi</b>	<b>N. di Accessi Medi Giornalieri</b>
Visita Oncologica di Controllo (Follow Up)			
Visita Oncologica per Terapie Orali			
Visita Nutrizionale			
Visita PsicOncologica			
Prelievi Ematobiochimici			
<b>Totali</b>			

## 9) Modello Organizzativo e Sistema Informatico

Il Centro Oncologico Ospedaliero definisce il PDTA, che può prevedere un Follow Up o prescrizione di una Terapia Oncologica orale (non chemioterapia) con sua prosecuzione presso il Centro di Salute.

Il Centro Oncologico Ospedaliero (tramite Case Manager) attiva il processo di delocalizzazione delle attività presso il Centro di Salute Tacito, ne monitora l'andamento attraverso i dati inseriti nel sistema informatico dagli operatori (che consentono un controllo e aggiornamento costante delle attività svolte e condizioni cliniche rilevate: parametri vitali, eventuali esami ematici), verifica la compilazione di Questionari da parte di pazienti e caregivers (utili anche per Indicatori).

Il sistema informativo consente anche una gestione coordinata del farmaco con la farmacia USL, tracciandone approvvigionamento e dispensazione e contribuendo, così, alla programmazione.

La proporzione di pazienti che ricevono terapie orali presso il Centro di Salute rispetto al Totale dei pazienti inviati è definito come altro indicatore per il monitoraggio (KPI)

**Tabella 3: Fase Pilota: Scheda di rilevazione per "Best Setting Model"** (caratteristiche minime strutturali e professionali necessarie per una appropriata erogazione delle attività. Requisiti coerenti anche con le misure indicate dal Ministero della Salute).

**Casa della Salute (Narni, 18.000 residenti), Casistica anno 2022.**

Attività	Farmaco orale / Visita di Follow Up	
Tipo requisito	Requisito	Specifiche
Strutturale	Sala d'aspetto	Adeguata anche per distanziamento sociale
Strutturale	Ambulatorio,	Locale ove visitare il paziente
Professionale	Medico Oncologo	Competenza specialistica
Professionale	Farmacista Ospedaliero	Attività delocalizzata rispetto a Farmacia USL. <b>Figura non necessaria per Follow Up</b>
Professionale	Infermiere Case Manager	Monitoraggio e Input del Sistema di delocalizzazione. Contatto con il paziente e programmazione delle sue attività. Eventuale consegna e contabilità del farmaco,
Tecnologico	Connettività Internet	Indispensabile per accesso a Programma LOG 80
Tecnologico	Palmare (opzionale)	Compilazione di Questionari con accreditalmento diretto del dato su Sistema Informativo impiegato o App ad esso collegate
Istituzionale	Accreditalmento attività sanitarie svolte	Registrazione delle attività delocalizzate svolte e delle presenze con accreditalmento centrale delle stese a Struttura Assistenziale Erogante (AOSP TR).

