

Deliberazione n. VII/18346 del 23.7.2004

**Oggetto: INTERVENTI IN CAMPO ONCOLOGICO, IN
ATTUAZIONE DEL PSSR 2002-2004.**

LA GIUNTA REGIONALE

VISTE le seguenti leggi:

- la l.r. 11 luglio 1997, n. 31 recante “Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali” e successive modifiche e integrazioni;
- la legge 23 dicembre 2000, n. 388 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2001)”, all’art. 85 nel quale sono date indicazioni rispetto all’attivazione di programmi di screening individuando oltremodo le risorse disponibili, successivamente ripreso dall’art. 40 della l. 448/2001;
- la legge 16 novembre 2001, n. 405 “Conversione in legge, con modificazioni, del d.l. 18 settembre 2001, n. 347, recante: “Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria”, in cui sono previste azioni puntuali di contenimento della spesa sanitaria con particolare riferimento alla spesa farmaceutica;
- la Legge Costituzionale n. 3/2001 che modifica il Titolo V della Costituzione, valorizzando il ruolo delle Regioni e stabilendo che la tutela della salute rientra tra le materie a legislazione concorrente fra Stato e Regioni;
- la legge 15 giugno 2002, n. 112 “Conversione in legge, con modificazioni, del d.l. 15 aprile 2002, n. 63, recante disposizioni finanziarie e fiscali urgenti in materia di riscossione, razionalizzazione del sistema di formazione del costo dei prodotti farmaceutici, adempimenti e adeguamenti comunitari, cartolarizzazioni, valorizzazione del patrimonio e finanziamento delle infrastrutture”;
- la legge 8 agosto 2002, n. 178 “Conversione in legge, con modificazioni, del d.l. 8 luglio 2002, n. 138, recante: “Interventi urgenti in materia tributaria, di privatizzazioni, di contenimento della spesa farmaceutica e per il sostegno dell’economia anche nelle aree svantaggiate”;
- la legge 27 dicembre 2002, n. 289 (Legge Finanziaria per il 2003) laddove all’art. 52 e seguenti prevede interventi nel settore sanitario volti a razionalizzare la spesa e fronteggiare la tematica oncologica;

VISTI altresì:

- il decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria";
- il DPCM 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”, pubblicato sulla G.U. n. 133 dell’8.2.2002;
- il Decreto del Ministero dell’Economia e delle Finanze del 29 novembre 2002 emanato in applicazione del d.l. 6 settembre 2002 n. 194 convertito, con modificazioni, dalla legge 31 ottobre 2002 n. 246;

VISTO il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, pubblicato sul Supplemento Ordinario n. 95 della GU n. 139 del 18.6.2003 che individua, tra gli obiettivi da raggiungere per ridurre le malattie neoplastiche:

- la promozione della salute, tramite lo sviluppo di azioni miranti a promuovere sul territorio stili di vita salutari ed una corretta informazione ai cittadini che consenta agli stessi di evitare i rischi e di attuare comportamenti salutari;

- la prevenzione e la diagnosi precoce unitamente a terapie adeguate;
- lo sviluppo della rete dei centri di eccellenza quale modalità clinico organizzativa per rispondere adeguatamente alle esigenze dei pazienti con patologia oncologica;

RICHIAMATO il Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004 che individua - tra gli obiettivi prioritari di salute – la prevenzione, diagnosi e cura della patologia oncologica, da attuarsi tramite azioni mirate, quali:

- il potenziamento della rete di osservazione dei registri tumori della Lombardia, al fine di aumentare la conoscenza sulla patologia neoplastica;
- l'attivazione di campagne specifiche di educazione ed informazione sanitaria, al fine di ridurre l'incidenza dei tumori connessi all'alimentazione, al consumo di tabacco, all'inquinamento da traffico veicolare delle acque potabili, da amianto, ecc...;
- il potenziamento delle strategie di reclutamento della popolazione a rischio da sottoporre a screening di prevenzione dei tumori con la collaborazione dei medici di medicina generale ed il rafforzamento dell'informazione e dell'educazione alla salute, al fine di aumentare la tempestività della diagnosi precoce;

CONSIDERATO che il cancro costituisce la seconda causa di morte in Italia e la Lombardia è ancora tra le regioni italiane in cui si riscontra la maggiore mortalità per tumori;

VISTA la d.c.r. 29 luglio 1999, n. VI/1294 che ha approvato il Piano Oncologico Regionale per il triennio 1999-2001 ed ha istituito i dipartimenti oncologici, quale modalità organizzativa complessa con il coinvolgimento di tutte le competenze professionali e le risorse tecnologiche disponibili sia a livello di singola struttura sia a livello di strutture aggregate, per rispondere agli obiettivi specifici posti dal Piano stesso, quali: la prevenzione, la diagnosi precoce, i miglioramenti terapeutici ed assistenziali;

VISTO l'Accordo tra il Ministro della Sanità e le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sulle linee guida concernenti la prevenzione, la diagnosi e l'assistenza in oncologia - ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 – approvato nella Conferenza Stato regioni dell'8 marzo 2001;

RAVVISATA l'esigenza di realizzare un sistema globale che si basi sul principio che tutta l'attività oncologica sia impostata, organizzata e gestita al servizio della persona malata e della sua famiglia, cioè uno strumento che favorisca le azioni che consentano di facilitare il percorso del paziente oncologico, accogliendolo, indirizzandolo, accompagnandolo attraverso tutto l'iter sanitario e sociosanitario, monitorando l'adeguatezza delle cure prestate e l'evoluzione del suo stato di salute;

VISTA la d.g.r. n. VII/8379 del 15.3.2002 che ha approvato l'estensione all'intero territorio Regionale del progetto Carta Regionale dei Servizi - SISS, il quale, nell'ambito dell'area dei servizi alla persona, ha individuato la messa a punto del sistema informativo socio-sanitario con la creazione di un network virtuale che collega la D.G. Sanità con le strutture sanitarie lombarde e la distribuzione ai cittadini lombardi della carta sanitaria personale a microprocessore e che renderà disponibili servizi per migliorare l'erogazione delle prestazioni ed esercitare la capacità di pianificazione e controllo della spesa;

VISTO il d.d.g. Sanità n. 2238 del 2.2.2001 e successivi atti di integrazione, con cui è stata istituita presso la D.G. Sanità, la Commissione Oncologica Regionale, prevista dalla sopraccitata d.c.r. n. VI/1294/99 che, tra l'altro, ha elaborato – sulla base degli obiettivi

sopraccitati del PSSR 2002-2004 e delle considerazioni suesposte - la proposta di piano di interventi, quale documento allegato A al presente atto, di cui forma parte integrante e sostanziale;

RITENUTO di precisare che, i punti nodali dell'allegato piano di interventi consistono:

1. nella realizzazione di una rete integrata di servizi sanitari e sociosanitari per l'assistenza ai malati oncologici, meglio definita come "la rete oncologica lombarda (ROL)", *unareteperlavita* di cui fanno parte tutte le strutture e le persone che rivolgono la loro attività di cura ed assistenza al paziente oncologico nelle varie fasi della malattia, in particolare:
 - i Dipartimenti Provinciali Oncologici che si caratterizzano per la disponibilità di risorse tecnologiche, prestazioni e servizi, professionalità e capacità circa la diagnosi e cura della patologia oncologica;
 - le organizzazioni socio-sanitarie locali (Aziende o strutture) e centrali (D.G. Sanità e D.G. Famiglia e solidarietà sociale);
 - gli operatori socio-sanitari (MMG, PLS, ecc.);
 - i cittadini;
2. nell'utilizzo, nella "rete oncologica lombarda", del progetto CRS-SISS di cui alla citata d.g.r. n. VII/8379/2002, in quanto rappresentante il sistema infrastrutturale ottimale che può rendere immediato lo scambio delle informazioni nel rispetto dell'autonomia delle Aziende, strutture ed operatori e della normativa relativa alla privacy;

VISTA la d.g.r. 15324 del n. 28.11.2003 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2004";

RITENUTO di dover stimare, per la realizzazione delle attività previste dal suddetto documento nel triennio 2004-2006, un fabbisogno di risorse - aggiuntive a quelle già correntemente utilizzate - complessivamente di € 24 milioni, così articolate nelle rispettive annualità:

- per l'anno 2004 - € 8 milioni;
- per l'anno 2005 - € 8 milioni;
- per l'anno 2006 - € 8 milioni;

RITENUTO inoltre di articolare, per l'anno 2004, l'impiego delle risorse secondo le seguenti finalità:

- | | |
|--|------|
| - potenziamento dei programmi di screening | 30%; |
| - potenziamento della Rete Oncologica Lombarda | 30%; |
| - formazione | 10%; |
| - ricerca | 10%; |
| - altri interventi innovativi previsti dal piano | 20%; |

RITENUTO altresì di rinviare a successivi provvedimenti, da adottarsi entro il 30 marzo di ciascun anno, l'articolazione delle risorse per gli anni 2005 e 2006;

VISTO il parere favorevole della Commissione Consiliare competente espresso nella seduta del 15 LUG. 2004;

VAGLIATE ed assunte come proprie le predette considerazioni;

A VOTI UNANIMI, espressi nelle forme di legge,

DELIBERA

Per le motivazioni espresse nelle premesse del presente provvedimento che qui s'intendono integralmente riportate:

1. **di approvare** il piano di interventi in campo oncologico, in attuazione del PSSR 2002-2004 (allegato A parte integrante della presente deliberazione);
2. **di stabilire** che per il 2004 le risorse - aggiuntive a quelle già correntemente utilizzate - dedicate all'attuazione del presente piano, pari ad € 8 milioni, siano così impiegate:

- potenziamento dei programmi di screening	30%;
- potenziamento della Rete Oncologica Lombarda	30%;
- formazione	10%;
- ricerca	10%;
- altri interventi innovativi previsti dal piano	20%;
3. **di rinviare** a successivi provvedimenti, da adottarsi entro il 30 marzo di ciascun anno, l'articolazione delle risorse per gli anni 2005 e 2006.

IL SEGRETARIO



REGIONE LOMBARDIA

Direzione Generale Sanità

INTERVENTI IN CAMPO ONCOLOGICO

una rete per la vita

REGIONE LOMBARDIA

INTERVENTI IN CAMPO ONCOLOGICO

Direzione Generale Sanità
Via Pola 11 • 20100 Milano
Tel. 0267651 • Fax 0267653127

Il presente documento è stato elaborato dai componenti della Commissione Oncologica Regionale : AMIGONI Maurizio, AGNELLO Mauro, BRIVIO Elisabetta, BARALDO Gedeone, CARRERI Vittorio, DELL'OCA Mario, ZOCCHETTI Carlo, AITINI Enrico, ALQUATI Palmiro, ANDREONI Bruno, ASCARI Edoardo, BARNI Sandro, BOCCA Massimo, BOIARDI Alberto, BOLLINA Roberto, BOTTURI Marco, CASCINELLI Natale, CONFALONIERI Franco, CORSI Carlo, COSENTINO Dorian, CRISTOFORI Enrico, CROCE Enrico, DECENSI Andrea, DELILIERI LAMBERTENGHI Giorgio, DIONIGI Renzo, GARDANI Gianstefano, LABIANCA Roberto, LEO Ermanno, LUPORINI Gino, MARCOLLI Giuseppe, MARINI Giovanni, MAZZONE Antonino, MEZZETTI Maurizio, MORRA Enrica, PIAZZA Elena, PIEROTTI Marco, RAVASI Gianni, SANTORO Armando, SBALZARINI Giovanni, SCANNI Alberto, SPERANZA Raffaella e TASCHIERI Angelo Maria

e grazie alla collaborazione di : ANGHINONI Emanuela, ANVERSA Anna, ARIANO Eugenio, BERTAZZI Pier Alberto, BISANTI Luigi, BLANCO Giuseppe, BONFANTI Marina, BOSIO Marco, DOTTI Carla, FATIGATI Antonio, IANNELLO Giancarlo, LOTTAROLI Stefano, LUZZI Loredana, MAGRINI Stefano, MASERA Giuseppe, NAVA Maurizio, SALAMANA Maurizio, SANDRINI Fabio, SCRABBI Lucia, PETROVICH Lorenzo, SIENA Salvatore, TERSALVI Carlo Alberto e ZUCCO Furio

Sommario

LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA IN UN SISTEMA LIBERO E SANO	6
--	----------

INTRODUZIONE	8
---------------------------	----------

CAPITOLO 1: IL QUADRO DI RIFERIMENTO....10

IL BISOGNO	10
LA MORTALITA'	10
L'INCIDENZA.....	13

DATI QUANTITATIVI SULLA DOMANDA DI PRESTAZIONI	15
IRICOVERI.....	15
LA CHEMIOTERAPIA AMBULATORIALE.....	20
LE PRESTAZIONI DI RADIOTERAPIA	24

I SERVIZI E LE STRUTTURE ACCREDITATE PER RISPONDERE ALLA DOMANDA DI ASSISTENZA	25
LE CURE PRIMARIE	25
L'ASSISTENZA OSPEDALIERA	26
LE STRUTTURE RESIDENZIALI PER PAZIENTI TERMINALI Hospice	33
I CENTRI DI RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	33

CAPITOLO 2: I RUOLI E LE FUNZIONI.....35

LA REGIONE E LA COMMISSIONE ONCOLOGICA.....	35
LE ASL.....	37
LE CURE PRIMARIE	38
LE AZIENDE OSPEDALIERE	40
GLI IRCCS.....	43
L'UNIVERSITA'	44
LE ASSOCIAZIONI, IL VOLONTARIATO ED IL TERZO SETTORE.....	45

CAPITOLO 3: GLI OBIETTIVI.....48

REALIZZARE UNA RETE INTEGRATA DI SERVIZI SANITARI E SOCIALI PER L'ASSISTENZA AI MALATI ONCOLOGICI	48
LA RETE ONCOLOGICA LOMBARDA	48
INTEGRAZIONE TRA ROL, DIPO e UOCP	50
LE MACROAREE E GLI OBIETTIVI DELLA RETE	52
ROL - MACROAREA 1: EDUCAZIONE ED ORIENTAMENTO AL PUBBLICO.....	52
LA COMUNICAZIONE DEL POR	53
ROL - MACROAREA 2: PROGRAMMI DI PREVENZIONE PRIMARIA.....	54
LOTTA AL TABAGISMO.....	55
EDUCAZIONE ALIMENTARE.....	57
LA QUALITA' DELL'ARIA	58
I TUMORI PROFESSIONALI	59
RIDUZIONE DEL RISCHIO DA RADIAZIONI IONIZZANTI	60
PREVENZIONE DEL MELANOMA.....	62
ROL - MACROAREA 3 : PROGRAMMI DI PREVENZIONE SECONDARIA	62
POTENZIAMENTO DEI PROGRAMMI DI SCREENING	62
MAMMELLA	64
COLON-RETTO.....	66
CERVICE UTERINA	67
ROL - MACROAREA 4 : CURA DELLA PERSONA MALATA.....	68
IL PAZIENTE AL CENTRO DEL SISTEMA	68
LA PROPOSTA OPERATIVA	70
LO SVILUPPO DELLA QUALITA' NELLA PATOLOGIA ONCOLOGICA	73
LA RADIOTERAPIA	76
L'ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	77
LA CHIRURGIA PLASTICA	77
ROL - MACROAREA 5 : GESTIONE DEL MALATO IN FASE AVANZATA	78
REALIZZAZIONE DELLA RETE PER LE CURE PALLIATIVE: U.O.C.P., STRUTTURE RESIDENZIALI PER PAZIENTI TERMINALI E CURE PALLIATIVE	78
INDIVIDUAZIONE DI FORME DI SOSTEGNO: IL VOUCHER.....	80
ROL - MACROAREA 6 : CONOSCENZA E RICERCA.....	81
SVILUPPO DELLA RETE DI MONITORAGGIO EPIDEMIOLOGICO BASATA SUI REGISTRI TUMORI.....	81
ANATOMIA PATOLOGICA E REGISTRO TUMORI.....	82
REGISTRO REGIONALE DEGLI IMPIANTI PROTESICI MAMMARI	83
LA RICERCA IN EUROPA: IL SESTO PROGRAMMA QUADRO	83
LA GENETICA.....	84
EPIDEMIOLOGIA GENETICA DEL TUMORE POLMONARE E DELL'ABITUDINE AL FUMO.....	85

CAPITOLO 4: LE RISORSE88

IL FABBISOGNO DI RISORSE	88
LE RISORSE AGGIUNTIVE	93

ALLEGATI

ALLEGATO A (Lotta al tabagismo).....	94
ALLEGATO B (tumori professionali)	97
ALLEGATO C (Qualità dell'aria).....	101
ALLEGATO D (File F).....	103
ALLEGATO E (Centri di Radioterapia).....	108

LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA IN UN SISTEMA LIBERO E SANO

Probabilmente la mancanza fino ai tempi recenti di un atto importante come il Piano Socio-Sanitario Regionale ha accreditato l'immagine della Lombardia come quella di una regione che agisce in carenza di programmazione sanitaria. E' una immagine completamente errata, non tanto (e non solo) perché da diversi anni la Regione si è dotata di parecchi strumenti formali di programmazione che agiscono a vari livelli e su differenti aspetti del Servizio Sanitario Regionale (Piani Organizzativi Aziendali, Piani Strategici Triennali, Piano Oncologico Regionale 1999-2001, fino al recente Piano Socio-Sanitario Regionale, senza per altro dimenticare i più generali documenti di programmazione regionale come il Documento Direttore, il Piano Regionale di Sviluppo, ed il DPEFR) ma soprattutto perché si vorrebbe, da parte di alcuni, accreditare l'idea che la "programmazione" può essere solo "pianificazione centralistica" (più o meno rigida), applicando un concetto di devoluzione che semplicemente sostituisce al tanto vituperato centralismo statale un altrettanto inaccettabile centralismo regionale.

Il Servizio Sanitario Regionale (SSR) lombardo, così come sancito dalla legge regionale n. 31 del 1997 ed ulteriormente perfezionato dalle linee di sviluppo strategico proposte nel Piano Socio-Sanitario Regionale 2002-2004 (PSSR), si caratterizza invece per una idea del tutto differente, e nuova, di programmazione sanitaria, i cui elementi principali sono descritti nella "Introduzione" del PSSR e vengono ora richiamati:

- ***Orientare lo sviluppo del sistema superando burocrazia e formalismo, a favore di una gestione che vede nel cittadino il punto di riferimento di tutta l'azione organizzativa***
- ***Individuare obiettivi prioritari sui quali coinvolgere, impegnare, e responsabilizzare tutti gli attori del SSR attraverso un'opera costante di condivisione delle finalità da perseguire, delle risorse da destinare, e dei criteri di valutazione dei risultati raggiunti***
- ***Favorire lo sviluppo e l'articolazione dei livelli di governo del sistema, dando piena attuazione alla sussidiarietà verticale ed orizzontale***
- ***Orientare la crescita dei servizi coniugando integrazione e competizione in una logica di "rete", tenendo conto della complessità del sistema***
- ***Fornire indicazioni e suggerire modelli operativi e gestionali che permettano di garantire la compatibilità tra i bisogni e le risorse, all'interno di un quadro caratterizzato da uno "sviluppo sostenibile".***

Nel concetto di programmazione sostenuto dalla Regione Lombardia trovano spazio e si incontrano sia la libertà di azione dei soggetti impegnati nella erogazione dei servizi sia la libertà di scelta del cittadino, per dare con ciò efficaci ed efficienti risposte ai bisogni socio-sanitari, perché un sistema complesso come quello socio-sanitario può dare risposte efficaci (e con un uso efficiente delle risorse disponibili) solo allorquando si determina un alto livello di partecipazione e di collaborazione tra le molteplici istanze che provengono

dalla società civile, dalle istituzioni, dal mondo degli erogatori, dai mass-media, e dai singoli cittadini.

In questo nuovo contesto programmatico il piano di interventi in campo oncologico che viene qui proposto non solo prosegue le attività iniziate con il precedente POR ma cerca di approfittare di tutte le opportunità offerte dal recente PSSR.

Non sarà infatti difficile riscontrare nel piano oncologico concetti come i seguenti:

- ***aumento della flessibilità del sistema, con particolare riferimento alla responsabilizzazione dei livelli locali***
- ***aumento dell'efficienza e della qualità dei servizi***
- ***maggior responsabilizzazione del cittadino***
- ***massima utilizzazione delle evidenze scientifiche.***

Questi concetti rappresentano gli indirizzi principali delle politiche sanitarie europee, sono ripresi esplicitamente nel PSSR e sono diventati lo spunto specifico per strutturare il presente piano di interventi e per identificarne gli obiettivi di maggiore rilievo.

Allo stesso modo lo sviluppo a livello locale di una partecipazione e corresponsabilizzazione dei diversi attori che rappresentano l'incontro tra la domanda e l'offerta diventa l'elemento di spicco di un modello di federalismo solidale, bilanciato nei processi ed omogeneo nei risultati.

Ecco allora che chi avrà la pazienza di leggere per intero questo piano di interventi, o per lo meno di scorrerne con un po' di attenzione le pagine, non farà fatica a riscontrare in esso i caratteri distintivi e gli elementi fondamentali di un nuovo modo, non centralista, di fare programmazione sanitaria in senso pieno e forte, una programmazione che mette il cittadino al centro del sistema, che coniuga integrazione e competizione, che stimola la sussidiarietà, che in un quadro di sviluppo sostenibile libera le risorse e le indirizza in maniera efficiente verso i bisogni, garantendo livelli massimi di efficacia nell'affronto della patologia oncologica.

Con un piccolo, ma rilevante, particolare: non si tratta di un libro di teoria della programmazione bensì di un atto concreto e specifico di programmazione sanitaria, che impegna la Regione Lombardia in precise azioni per il periodo 2004-2006, al fine di organizzare al meglio e con la migliore efficacia possibile la lotta contro uno degli insiemi di patologie che maggiormente affliggono la popolazione che ha scelto di vivere in questa regione.

L'ASSESSORE
Carlo Borsani

INTRODUZIONE

E' sempre la persona con i suoi bisogni il punto di partenza e di arrivo di tutte le politiche intraprese dalla Regione Lombardia nella convinzione che per rendere il sistema sanitario lombardo più accessibile, solidale, di alta qualità occorra valorizzare l'attività di tutti i soggetti in attuazione del principio di sussidiarietà, che, nell'ambito sanitario promuove una politica tesa ad avvicinare le istituzioni al cittadino, garantendo la libera scelta, promuovendo la parità di diritti e di doveri tra soggetti di diritto pubblico e soggetti di diritto privato.

In ambito oncologico la Regione Lombardia si caratterizza per l'ampia offerta di servizi, per la qualità delle proprie strutture e per l'altissimo grado di professionalità dei propri operatori ma è necessario non accontentarsi dei risultati già acquisiti e guardare oltre. L'ulteriore salto di qualità deve essere conseguito razionalizzando l'esistente avendo sempre come riferimento la centralità del paziente.

Gli obiettivi da perseguire sono quelli di sempre: la ricerca, la prevenzione, la diagnosi precoce, la risoluzione o la cronicizzazione della situazione patologica e la qualità della vita dei pazienti terminali. Ciò che deve mutare è la modalità per realizzarli. Il lavoro da fare è quello di unire le risorse in un grande network (unareteperlavita) per ricercare sinergie e collaborazione tra tutti coloro che si occupano di patologia oncologica. Aziende Ospedaliere, ASL, Università, volontariato, etc, devono integrarsi e sapersi confrontare per farsi carico dei problemi del malato oncologico. Occorre facilitare al paziente ed alla sua famiglia il riconoscimento delle strutture a cui rivolgersi con sicurezza in caso di bisogno. Diviene decisivo il ruolo degli operatori sanitari e di un adeguato sistema informativo in grado di monitorare le variabili ed i processi che rappresentano la storia del paziente per favorire il perseguimento di migliori e tempestivi percorsi di cura ed alleviare il più possibile la sofferenza al malato.

A livello europeo il VI Programma Quadro pone attenzione specifica allo sviluppo dei programmi di ricerca per la lotta alle patologie tumorali, in particolare attraverso la genomica e la qualità e sicurezza dei cibi. A livello regionale si tratta di adottare gli strumenti più idonei per trovare le giuste sinergie nell'ambito dei partenariati europei, per sviluppare la ricerca in questo settore ed avere ricadute positive in termini di cura ed assistenza.

Un altro aspetto rilevante è quello della prevenzione¹: fra i Livelli Essenziali di Assistenza² sono previsti in modo specifico i programmi di screening per l'individuazione precoce della patologia oncologica

Tra l'altro la Lombardia è una delle regioni italiane in cui si riscontra la maggiore mortalità per tumori e questo nonostante sia sede di strutture di alta qualità e di professionisti di valore assoluto in campo nazionale ed internazionale: è evidente che ci si ammala mediamente di più che nelle altre regioni. Prioritaria diviene quindi l'attività nell'ambito della prevenzione primaria per ridurre il numero di uomini e donne che si ammalano.

E' per i suddetti motivi che la Regione Lombardia ha posto la lotta ai tumori fra le linee di intervento prioritario previste nel Piano Socio Sanitario Regionale 2002–2004 ed identificando nel presente piano il principale strumento di attuazione di tale attività.

Il piano è stato suddiviso in quattro parti: la prima riporta il contesto di riferimento (bisogno, domanda, offerta) da cui ha preso il via la progettazione, la seconda definisce i ruoli ed i compiti dei vari soggetti che a qualsiasi livello si occupano della malattia, la terza descrive gli obiettivi e le azioni principali per attuarli. L'ultima parte è stata dedicata alle risorse, elemento chiave per una programmazione sostenibile.

Modalità di aggiornamento e di verifica: sulla scorta della scelta di programmazione strategica compiuta con il Piano Socio Sanitario Regionale che prevede l'aggiornamento e la verifica annuale dello stesso attraverso il Documento di Programmazione Economico Finanziaria Regionale, anche il piano oncologico, documento di programmazione specifica di settore, viene annualmente aggiornato e verificato.

Il piano così concepito si cala nella realtà e diventa strumento “di assicurazione” per il cittadino dalla fase di prevenzione a quella della cura della malattia.

¹ Da tener presente che l'art. 35 della Carta europea dei diritti fondamentali del dicembre 2000 “protezione della salute” recita: “Ogni individuo ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionale. Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana.”

² Con DPCM 29.11.2001 sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza così articolati: prevenzione, assistenza distrettuale, assistenza specialistica.

IL QUADRO DI RIFERIMENTO

IL BISOGNO

Mortalità ed incidenza sono gli indicatori epidemiologici che meglio descrivono lo stato di salute di una popolazione, ed assieme ad alcune variabili demografiche (età, sesso) e socio-culturali (abitudini di vita, stato socio-economico, ...) permettendo di identificare il bisogno sanitario dei cittadini. Non può che partire da una analisi di queste informazioni qualunque seria azione programmatica che assuma la fisionomia di un piano.

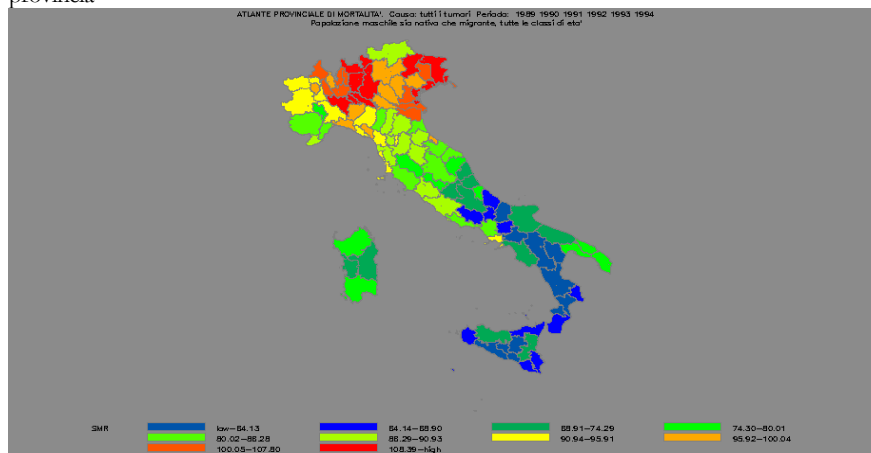
L'origine dei dati riportati nelle successive tabelle è diversa. Per quanto riguarda i tassi di mortalità nazionale sono state utilizzate le informazioni provenienti dall'ISTAT, per i tassi di mortalità a livello regionale è stato utilizzato l'Atlante di Mortalità della Regione Lombardia 89-94. Il registro dei tumori di Varese è invece l'origine dalla quale sono stati rilevati i dati di incidenza.

Nel presente paragrafo sono riportate le informazioni di contesto utili per avere un quadro generale di riferimento, ma si rimanda alle pubblicazioni originali per una trattazione esaustiva degli argomenti.

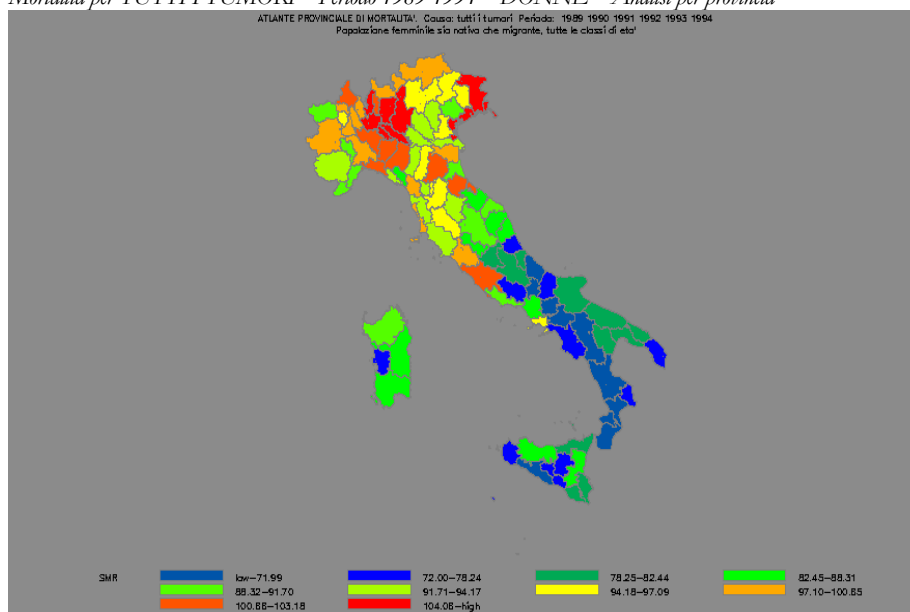
LA MORTALITA'

Come noto, i tassi di mortalità per tumori in Lombardia, sia nei maschi che nelle femmine, sono elevati rispetto al resto del paese. Le mappe che riportano i tassi di mortalità provinciali dettagliano il confronto.

Mortalità per TUTTI I TUMORI – Periodo 1989-1994 – UOMINI – Analisi per provincia



Mortalità per TUTTI I TUMORI – Periodo 1989-1994 – DONNE – Analisi per provincia



I tassi di mortalità regionali relativi alle principali patologie oncologiche sono stati recentemente elaborati e pubblicati sotto forma di atlante di mortalità per il periodo 1989-1994 dall'Osservatorio Epidemiologico della Direzione Generale Sanità (si vedano i dettagli al sito: www.sanita.regione.lombardia.it/pubblicazioni/Atlante/primapagina.htm). In particolare, per diversi tipi di tumore (totale, stomaco, intestino, fegato, polmone, mammella, utero, ovaio, prostata, vescica, sistema linfemopoietico, e leucemie) sono riportati sotto forma di mappa di mortalità i dati relativi ai singoli comuni lombardi ed alla loro aggregazione per ASL, separatamente nei due sessi. I tumori in Lombardia (anni 1989-1994) rappresentano la seconda causa di morte dopo le malattie del sistema cardiocircolatorio con una sostanziale differenza nei due sessi (anche nel resto

d'Italia si verificano queste circostanze ma i tassi di mortalità risultano molto più bassi).

Infatti i maschi deceduti per tutti i tipi di tumore (36,89 – tasso standardizzato con metodo diretto x 10.000 maschi) sono molto più numerosi delle femmine (25,14). La media italiana è rispettivamente di 29,73 per gli uomini e 21,87 per le donne.

Periodo 89-94	Maschi		Femmine	
	Lombardia	Italia	Lombardia	Italia
Tutti i tumori	36.89	29.73	25.14	21.87

Il tipo di neoplasia che provoca più decessi nei maschi è senza dubbio il tumore maligno del polmone (10,95 contro una media italiana di 8,76) con un rapporto proporzionale maschio/femmina di circa 6 a 1, anche se, in termini di incidenza, questa marcata differenza va riducendosi nel tempo. Il tipo di neoplasia che provoca più decessi nelle femmine è invece, da sempre, il tumore maligno della mammella (4,80 contro una media italiana di 3,92).

Al secondo posto per mortalità ed in aumento in termini di incidenza, è, per entrambi i sessi, il tumore maligno del colon-retto, che si distribuisce quasi uniformemente tra maschi e femmine (3,61 nell'uomo e 3,46 nella donna). Per questo tipo di neoplasia le medie italiane si avvicinano a quelle lombarde (rispettivamente 3,04 e 3,11).

Tabella 1 - Mortalità per causa e sesso in Lombardia ed in Italia (tassi x 10.000)

Anni 89 -94	LOMBARDIA		ITALIA	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne
T.M. dello stomaco	3,59	2,56	2,59	1,98
T.M. colon, retto e dell'ano	3,61	3,46	3,04	3,11
T.M. primitivi del fegato	2,05	0,75	1,26	0,57
T.M. trachea, bronchi e polmoni	10,95	1,94	8,76	1,61
T.M. della mammella	-	4,8	-	3,92
T.M. dell'utero	-	1	-	1,13
T.M. dell'ovaio	-	1,18	-	0,97
T.M. della prostata	2,1	-	1,96	-
T.M. della vescica	1,5	0,42	1,43	0,38
T.M. del tess. Linfat.ed emop.	2,34	2,06	2,03	1,81
Leucemie	0,95	0,18	0,92	0,78
Tutti i tumori	36,89	25,14	29,73	21,87

Il tumore maligno che segue per numerosità in entrambi i sessi è quello dello stomaco, che risulta in forte riduzione in termini di incidenza, ma che mantiene, in termini di mortalità, una proporzione simile ai tumori del grosso intestino, specie per gli uomini (3,59) rispetto alle donne (2,56).

I tumori maligni dei tessuti linfatico ed ematopoietico causano un notevole numero di decessi sia nei maschi (2,34) che nelle femmine (2,06). Pur se in numero minore nel resto d'Italia la proporzione rimane simile (2,03 contro 1,81). L'innalzamento dell'età media porta ad un aumento della mortalità per i tumori maligni della prostata (2,10 rispetto ad una media italiana di 1,96).

I tumori primitivi del fegato ed i tumori maligni della vescica causano una mortalità più elevata nell'uomo che nella donna, con una proporzione che oscilla tra 2,5 e 3,5 a 1, in accordo con la media italiana che però anche per questi tipi di neoplasia presenta tassi leggermente più bassi.

Vale la pena di evidenziare, per finire, l'unica neoplasia maligna che in Lombardia presenta tassi di mortalità più bassi che nel resto d'Italia: si tratta del tumore dell'utero (1,00 contro 1,13), patologia che probabilmente risente, considerata la natura del tumore, di una maggiore sensibilizzazione alla prevenzione e diagnosi precoce.

L'INCIDENZA

I tassi riportati nelle successive tabelle (maschi e femmine) si riferiscono al periodo 1978 – 1997 e sono stati di recente resi disponibili dal Registro tumori di Varese. I tassi riportati sono standardizzati sulla popolazione mondiale. Si commentano di seguito le tendenze temporali più significative:

- Per i tumori del cavo orale e della faringe è evidente la riduzione nel sesso maschile (da 14,5 x 10.000) del quinquennio 78-82 a 11,9 dell'ultimo quinquennio considerato). Per il sesso femminile si registra invece, un lieve ma costante incremento. I diversi andamenti nei due sessi riflettono probabilmente le differenti abitudini relative al fumo di sigaretta: in riduzione nei maschi ed in aumento nelle femmine.
- I tassi relativi al tumore dello stomaco sono in diminuzione in entrambi i sessi, il dato è in sintonia con quanto si registra in molti paesi occidentali.
- Il tumore del colon retto è stabile in entrambi i sessi mentre sono in aumento nei maschi il tumore primitivo del fegato e ed il tumore del pancreas, forse questi ultimi dovuti ad un aumento della assunzione di alcool.
- Il tumore del polmone è in sensibile calo nei maschi mentre aumenta nelle femmine in conseguenza dell'aumento in queste ultime del consumo di tabacco.
- Il tumore della mammella è in sensibile aumento. L'analisi per classi di età mostra che l'aumento è notevole nelle classi di età più anziane
- Analogo andamento si registra per il tumore della prostata dove nelle classi più anziane l'incidenza è quasi raddoppiata e probabilmente indotta dalle nuove procedure diagnostiche (ecografia transrettale e PSA).
- In riduzione sono sia i tumori della cervice uterina, che quelli del corpo dell'utero e dell'ovaio.
- In aumento sono invece i tumori della vescica sia nel sesso maschile che femminile.

Maschi	78-82	83-87	88-92	93-97
Cavo orale e faringe	14,5	13,4	13,1	11,9
Esofago	7,1	7,6	6,8	5,4
Stomaco	30	32,2	26,6	23,6
Colon retto	37	38,6	43,5	40,4
fegato	7	10,5	13	14,5
Pancreas	7,9	8,4	8,8	9,1
Laringe	16	15	12,7	10,2
Polmone	81,2	82,8	77,6	68,2
Melanoma, cute	3,9	4,3	5,2	5,2
Prostata	19,8	25,3	28,2	40,7
Testicolo	3,6	4	3,8	3,9
Vescica	22,2	24,9	35	36,1
Rene e vie urinarie	8,5	11	14,9	14,5
Encefalo e altro SNC	6	5,5	6,3	7,1
LMNH	9,1	11,2	13,9	13,5
Linfoma di Hodgkin	4,4	3,6	3,5	3,5
Leucemie	9,6	10,1	10	9,9

Femmine	78-82	83-87	88-92	93-97
Cavo orale e faringe	1,2	1,6	1,6	1,7
Esofago	0,8	0,8	0,7	0,7
Stomaco	16,6	14,8	12,7	11,2
Colon retto	26	25,1	26,9	25,6
fegato	2,2	2,8	3,3	2,8
Pancreas	4,2	4,7	5,7	5
Laringe	0,6	0,6	0,6	0,5
Polmone	5,9	8,3	8,5	9,7
Melanoma, cute	4,5	4,6	5,6	5,8
Mammella	60,1	66	73,5	77
Utero,collo	9,8	7,2	6,4	5,8
Utero,corpo	12,6	14	12,6	11,7
Ovaio	10,6	10,6	10,3	9,6
Vescica	3,4	4	5,1	5,6
Rene e vie urinarie	2,9	4,2	5,4	6,1
Encefalo e altro SNC	4,4	4,9	4,5	5,9
LMNH	4,8	7	10,1	9,7
Linfoma di Hodgkin	2,6	2,9	2,9	2,5
Leucemie	7,8	5,8	6,6	6,2

DATI QUANTITATIVI SULLA DOMANDA DI PRESTAZIONI

I RICOVERI

I dati utilizzati per l'analisi sono quelli tratti dall'archivio della Regione Lombardia relativo alle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) per gli anni 1999, 2000 e 2001. Tutte le SDO contenute nell'archivio sono state sottoposte ai controlli formali ed ai cicli di correzione quando previsti. Sono stati trattati nell'analisi descrittiva i ricoveri oncologici avvenuti in Regione Lombardia per i propri residenti non sono ricompresi i ricoveri dei residenti che hanno utilizzato strutture extra regionali.

Per selezionare i casi ricoverati per problemi oncologici non è possibile affidarsi alla classificazione per DRG in quanto solo una parte dei casi sono attribuiti a specifici raggruppamenti oncologici. Per assicurare una maggiore specificità la selezione è avvenuta sulla base della diagnosi principale di dimissione codificata con il sistema ICD9 (o ICD9-CM) operando la selezione dei codici compresa tra 140 e 239. Nell'analisi sono pertanto considerati anche i tumori benigni.

Sono stati inoltre inclusi i ricoveri con codici di neoplasia ricompresi tra le diagnosi secondarie ma che presentavano come principale alcuni codici "V", ed esattamente quelli che individuano i ricoveri per radio o chemioterapia o i pazienti con anamnesi personale di tumore maligno. La qualità dei dati è progressivamente migliorata dall'introduzione del rimborso a DRG: anche per questo nel confronto delle serie temporali è necessario valutare ed interpretare con prudenza gli eventuali scostamenti.

La tabella 1 mostra il numero di soggetti residenti affetti da tumore, che hanno usufruito di almeno un ricovero nel corso dello stesso anno, suddivisi per classi di età ed anno di dimissione. Si evidenzia che il numero di soggetti che ha fatto ricorso durante l'anno 2002 a cure ed assistenza è stato di 165.244 con un aumento grezzo dell' 2,14% rispetto all'anno 2000 e standardizzato dello 1,36%. La scansione per classi di età mostra la riduzione per le fasce di età più giovani e l'aumento in quelle più anziane.

Tabella 1 - Numero di pazienti per fascia di età che ha usufruito di almeno un ricovero per tumore nel corso dell'anno (per la standardizzazione 2002 si sono utilizzati i dati ISTAT 2001)*

Pazienti Eta'	Anno				Tassi				Var % (00/02)
	2000	2001	2002	Var% (00/02)	2000	2001	2002*	Var % (00/02)	
0-14	2.662	2.542	2.520	-5,33%	0,0023	0,0021	0,0021	-7,79%	
15-49	36.447	36.644	36.110	-0,92%	0,0081	0,0081	0,0080	-1,12%	
50-54	13.043	13.145	12.362	-5,22%	0,0204	0,0198	0,0186	-8,65%	
55-59	13.796	13.682	14.011	1,56%	0,0237	0,0247	0,0253	7,11%	
60-64	18.375	18.740	18.822	2,43%	0,0317	0,0316	0,0317	-0,03%	
65-69	20.850	21.148	20.987	0,66%	0,0418	0,0421	0,0417	-0,08%	
70-74	20.557	21.527	22.018	7,11%	0,0493	0,0502	0,0514	4,02%	
75 e +	36.049	37.677	38.414	6,56%	0,0543	0,0548	0,0558	2,87%	
Totale	161.779	165.105	165.244	2,14%	0,0179	0,0181	0,0181	1,36%	

La tabella 2 mostra gli stessi dati della tabella precedente scanditi però per area territoriale. Si evidenzia la forte variazione delle serie temporali tra le varie ASL. Il maggior incremento (+ 8,57%) è quello rilevato presso la ASL della provincia di Milano 2. Aumenti, ma di minore rilievo si segnalano anche per le Asl di Cremona, Pavia, Varese, Milano 1. Al contrario le ASL di Bergamo, Como, e, in misura minore, Brescia, Mantova, Milano Città presentano una diminuzione di soggetti ricoverati.

Tabella 2 - Numero di pazienti per ASL che ha usufruito di almeno un ricovero nel corso dell'anno per tumore (per la standardizzazione 2002 si sono utilizzati i dati ISTAT 2001)*

Pazienti ASL	Anno			Var% (00/02)	Tassi			Var % (00/02)
	2000	2001	2002		2000	2001	2002*	
Bergamo	17.784	17.895	16.818	-5,43%	0,0184	0,0184	0,0173	-6,33%
Brescia + V.ca	21.194	21.603	21.400	0,97%	0,0193	0,0194	0,0192	-0,31%
Como	8.879	9.012	8.762	-1,32%	0,0165	0,0166	0,0161	-1,90%
Cremona	6.278	6.578	6.730	7,20%	0,0188	0,0196	0,0200	6,76%
Lecco	4.719	4.779	4.803	1,78%	0,0152	0,0153	0,0154	1,06%
Lodi	3.810	3.877	3.947	3,60%	0,0188	0,0189	0,0193	2,68%
Mantova	5.387	5.374	5.385	-0,04%	0,0144	0,0143	0,0143	-0,62%
Milano 1	15.266	15.774	16.006	4,85%	0,0165	0,0170	0,0172	4,23%
Milano 2	8.408	8.709	9.194	9,35%	0,0163	0,0168	0,0177	8,57%
Milano 3	16.688	16.958	17.193	3,03%	0,0165	0,0167	0,0169	2,37%
Milano Città	28.296	28.385	28.236	-0,21%	0,0217	0,0218	0,0217	-0,26%
Pavia	9.202	9.685	9.897	7,55%	0,0185	0,0194	0,0198	7,20%
Sondrio	2.825	2.926	2.899	2,62%	0,0159	0,0165	0,0163	2,50%
Varese	13.043	13.550	13.974	7,14%	0,0160	0,0165	0,0170	6,59%
Totale	161.779	165.105	165.244	2,14%	0,0179	0,0181	0,0181	1,36%

La tabella 3 mostra l'andamento del numero totale dei ricoveri (ordinari e day-hospital) fra il 2000 e il 2002. L'aumento complessivo registrato a livello regionale è pari all'1% con un andamento disomogeneo tra le varie classi di tumori.

Si evidenzia l'aumento del numero totale di casi di radioterapia (+ 9,76%) nonché degli episodi per ricovero dei tumori del colon retto (+ 4,55%) e della prostata (+ 13,96%). Si riduce il numero di ricovero riferibili ai tumori maligni della collo e corpo utero (- 5,26%), dello stomaco (- 12,21%), e in forma più limitata, della vescica (- 2,49%) e del polmone (- 2,15%).

Tabella 3 - Numero totale di ricoveri (ordinari e day-hospital) per anno

Descrizione	2000	2001	2002	Var% (00/02)
Chemioterapia	54.843	57.671	54.185	-1,20%
Sessione di Radioterapia	3.157	3.916	3.465	9,76%
T.m. altre sedi e secondari, benigni, in	121.946	125.861	125.019	2,52%
T.m. collo e corpo utero	3.273	3.243	3.101	-5,26%
T.m. colon e retto	10.655	10.752	11.140	4,55%
T.m. fegato e vescichetta biliare	9.901	10.431	9.878	-0,23%
T.m. mammella (femmine)	13.485	13.805	13.858	2,77%
T.m. polmone	15.382	15.014	15.051	-2,15%
T.m. prostata	8.443	9.301	9.622	13,96%
T.m. stomaco	5.366	5.105	4.711	-12,21%
T.m. tessuti linfatico ed emopoietico	22.434	22.465	21.517	-4,09%
T.m. vie aeree e digerente superiore	6.346	6.581	6.358	0,19%
T.m. vescica	11.393	11.218	11.109	-2,49%
Altro	1.021	1.132	965	-5,48%
Totale complessivo	287.645	296.495	289.979	0,81%

La tabella 4 mostra l'andamento temporale dei ricoveri e la variazione tra gli anni 2000 e 2002 per i ricoveri (ordinari e day-hospital) di tipo chirurgico. Si evidenziano: l'aumento complessivo regionale (+ 6,67%) e il forte incremento del numero di interventi chirurgici per i tumori maligni della prostata (+ 29,16%) e la riduzione (- 9,89%) per quelli dello stomaco. Questi valori sono coerenti con la tendenza dei tassi di incidenza per le due categorie di tumori.

Tabella 4 - Numero totale di episodi di ricovero chirurgico (ordinario e day-hospital)

Descrizione	2000	2001	2002	Var% (00/02)
T.m. altre sedi e secondari, benigni, in	63.101	66.768	67.197	6,49%
T.m. collo e corpo utero	2.076	2.112	2.094	0,87%
T.m. colon e retto	6.369	6.593	6.885	8,10%
T.m. fegato e vescichetta biliare	1.405	1.444	1.422	1,21%
T.m. mammella (femmine)	9.201	9.984	10.170	10,53%
T.m. polmone	2.800	2.730	2.803	0,11%
T.m. prostata	3.429	3.924	4.429	29,16%
T.m. stomaco	2.567	2.444	2.313	-9,89%
T.m. tessuti linfatico ed emopoietico	2.724	2.857	3.034	11,38%
T.m. vie aeree e digerente superiore	2.463	2.672	2.565	4,14%
T.m. vescica	8.506	8.880	8.856	4,11%
Altro	771	795	674	-12,58%
Totale complessivo	105.412	111.203	112.442	6,67%

La tabella 5 mostra l'andamento del numero di ricoveri effettuati in regime di day hospital e day surgery. L'aumento dei casi è pari al 8,13%. Da sottolineare il marcato aumento dei ricoveri di radioterapia e la forte riduzione di casi che si

registra tra i tumori dello stomaco (- 19,27%), della vescica (- 20,30%) e di quelli a carico di fegato e vescichetta biliare (- 13,19%).

Tabella 5 - (Numero casi totali di day-hospital e day-surgery)

Descrizione	2000	2001	2002	Var% (00/02)
Chemioterapia	35.844	38.857	37.625	4,97%
Radioterapia	392	1.157	1.213	209,44%
T.m. altre sedi e secondari, benigni, in	36.376	39.678	42.274	16,21%
T.m. collo e corpo utero	531	548	565	6,40%
T.m. colon e retto	1.128	1.084	1.055	-6,47%
T.m. fegato e vescichetta biliare	1.820	2.074	1.580	-13,19%
T.m. mammella (femmine)	2.691	2.683	2.888	7,32%
T.m. polmone	2.549	2.374	2.476	-2,86%
T.m. prostata	2.120	2.693	2.859	34,86%
T.m. stomaco	524	450	423	-19,27%
T.m. tessuti linfatico ed emopoietico	10.420	10.536	9.831	-5,65%
T.m. vie aeree e digerente superiore	846	893	821	-2,96%
T.m. vescica	1.675	1.182	1.335	-20,30%
Altro	664	771	564	-15,06%
Totale complessivo	97.580	104.980	105.509	8,13%

La tabella 6 mostra il numero di casi di day-surgery. Si evidenzia il maggior utilizzo che è stato fatto tra il 2000 ed il 2002, in particolare per gli interventi relativi al tumore della prostata, della mammella.

Tabella 6 - Numero totale di ricoveri effettuati in day-surgery

Descrizione	2000	2001	2002	Var% (00/02)
T.m. altre sedi e secondari, benigni, in	20.068	23.617	25.380	26,47%
T.m. collo e corpo utero	245	250	325	32,65%
T.m. colon e retto	16	38	57	256,25%
T.m. fegato e vescichetta biliare	23	21	28	21,74%
T.m. mammella (femmine)	614	855	1.119	82,25%
T.m. polmone	87	109	145	66,67%
T.m. prostata	249	395	503	102,01%
T.m. stomaco	10	9	7	-30,00%
T.m. tessuti linfatico ed emopoietico	650	728	813	25,08%
T.m. vie aeree e digerente superiore	163	204	182	11,66%
T.m. vescica	459	452	519	13,07%
Altro	90	87	80	-11,11%
Totale complessivo	22.674	26.765	29.158	28,60%

La tabella 7 mostra la distribuzione per area territoriale dei casi di ricovero ordinari e di day-hospital tra le ASL lombarde ed il relativo andamento temporale. Si mette in evidenza l'ampia variabilità degli scostamenti tra il

2000 ed 2002 tra le varie ASL: in particolare si segnalano i valori estremi della ASL di Lecco (+ 8,87%) e della ASL di Bergamo (- 5,65%).

Tabella 7 - Numero totale di episodi di ricovero (ordinari e day hospital) per area territoriale

ASL	2000	2001	2002	Var% (00/02)
Bergamo	31.100	31.360	29.344	-5,65%
Brescia + V.ca	34.557	35.298	34.267	-0,84%
Como	15.755	15.868	15.046	-4,50%
Cremona	11.547	11.493	11.518	-0,25%
Lecco	7.889	9.237	8.589	8,87%
Lodi	6.987	7.139	7.111	1,77%
Mantova	8.783	8.748	8.606	-2,02%
Milano 1	26.748	27.699	27.550	3,00%
Milano 2	16.399	17.098	17.295	5,46%
Milano 3	28.635	29.164	29.034	1,39%
Milano Città	53.760	54.806	52.924	-1,56%
Pavia	18.888	20.581	20.444	8,24%
Sondrio	4.580	4.975	4.819	5,22%
Varese	22.017	23.029	23.432	6,43%
Totale	287.645	296.495	289.979	0,81%

La tabella 8 mostra le variazioni percentuali dei casi di ricovero chirurgici (ordinari e day-surgery) scanditi per ASL. In tutte le ASL si evidenzia un incremento tra il 2000 ed il 2002 nel numero di interventi chirurgici effettuati con la sola eccezione della ASL di Bergamo.

Tabella 8 - Numero totale di episodi di ricovero ordinari chirurgici e day surgery

ASL	2000	2001	2002	Var% (00/02)
Bergamo	12.287	12.941	11.828	-3,74%
Brescia e V.ca	14.248	15.024	15.421	8,23%
Como	5.731	5.949	5.846	2,01%
Cremona	4.059	4.435	4.688	15,50%
Lecco	2.898	3.169	3.070	5,94%
Lodi	2.265	2.357	2.516	11,08%
Mantova	3.457	3.543	3.614	4,54%
Milano 1	10.114	10.521	10.849	7,27%
Milano 2	5.457	5.957	6.452	18,23%
Milano 3	11.121	11.841	12.168	9,41%
Milano Città	18.383	19.114	19.140	4,12%
Pavia	5.276	5.666	5.970	13,15%
Sondrio	1.900	2.032	2.053	8,05%
Varese	8.216	8.654	8.827	7,44%
Totale	105.412	111.203	112.442	6,67%

In tabella 9 si mostra l'andamento della valorizzazione economica relativa ai ricoveri effettuati tra gli anni 2000 e 2002. La spesa (fatturato al lordo degli abbattimenti) è aumentata mediamente del 9,56%. Tra gli aumenti più

consistenti si segnala quello relativo tumori maligni della prostata (+ 17,53%) ed ai tumori maligni del corpo e del collo dell'utero (+ 27,23%).

Tabella 9 - Fatturato (in Euro) per ricoveri ordinari e DH

Descrizione	2000	2001	2002	Var% (00/02)
Chemioterapia	82.011.968	97.336.998	93.345.836	13,82%
Radioterapia	8.933.106	9.592.576	8.325.053	-6,81%
T. m. altre sedi e secondari, benigni,	290.103.653	313.942.631	315.121.442	8,62%
T. m. collo e corpo utero	8.787.427	11.191.410	11.180.526	27,23%
T. m. colon e retto	56.913.843	63.522.738	67.320.697	18,29%
T. m. fegato e vescichetta biliare	32.362.197	35.180.233	36.293.441	12,15%
T. m. mammella	25.444.450	26.512.253	25.661.522	0,85%
T. m. polmone	54.750.155	55.805.559	56.860.020	3,85%
T. m. prostata	17.596.673	19.925.851	20.681.494	17,53%
T. m. stomaco	31.061.590	31.605.701	31.142.541	0,26%
T. m. tessuti linfatico ed emopoietico	62.591.335	66.295.425	70.198.665	12,15%
T. m. vie aeree e digerente superiore	22.746.458	24.383.982	23.598.423	3,75%
T. m. vescica	23.718.244	25.170.121	25.360.760	6,93%
Altro	1.027.234	1.335.144	1.621.084	57,81%
Totale complessivo	718.048.335	781.800.622	786.711.505	9,56%

Conclusioni

Il numero di pazienti che ha usufruito delle strutture di ricovero e cura non ha subito modificazioni sensibili nell'ultimo triennio (+ 2,14%) e con la standardizzazione per numero di abitanti per fascia di età il valore si riduce allo 1,36 %.

Da segnalare che rispetto ad un aumento dello 2,06% tra gli anni 2000 e 2001, il confronto tra l'anno 2001 ed il 2002 mostra un aumento pari allo 0,08%. Anche il numero di ricoveri risulta abbastanza stabile (+ 0,81%) tra il 2000 ed il 2002. Il numero di ricoveri di tipo chirurgico è circa un terzo del totale dei ricoveri e mostra un forte aumento (+ 6,67%) tra il 2000 ed il 2002. Si riducono complessivamente i ricoveri ordinari e di day-hospital di tipo medico a favore di quelli di tipo chirurgico. Sono aumentati i ricoveri di chemioterapia (+ 4,97%) e di radioterapia (+ 209,44%) effettuati in day-hospital.

L'aumento di spesa (al lordo degli abbattimenti) del triennio per i tumori è stato del 9,56 % a fronte di un aumento medio regionale del 8,15%. In definitiva fatte salve le valutazioni di ogni singola ASL la domanda di ricovero risulta complessivamente stabile ed in sintonia con l'andamento più generale che prevede la riduzione dei ricoveri di tipo medico a favore di quelli chirurgici.

LA CHEMIOTERAPIA AMBULATORIALE

Nel caso dei ricoveri (sia ordinari, sia di day hospital) l'attuale sistema di pagamento prospettico a prestazione prevede una tariffa predefinita che comprende al suo interno anche la quota relativa al consumo di farmaci erogati nel contesto dei ricoveri stessi.

Ciò ovviamente non vale nel caso di somministrazione di farmaci in contesti diversi da quello del ricovero, con ovvi problemi di rimborso. Per superare tali problemi, è stato introdotto uno strumento, generalmente noto col nome di “File F”, che consente alle strutture ospedaliere di ricovero e cura accreditate di ricevere un rimborso per i farmaci somministrati e/o forniti ai soggetti trattati al di fuori del contesto del ricovero.

Nato inizialmente come strumento di compensazione interregionale, il File F è stato quindi adattato a strumento della compensazione intraregionale per alcune tipologie di prestazioni farmaceutiche, tra cui farmaci innovativi in fascia H, farmaci non registrati di cui al comma 4, art. 1, legge 648, farmaci dispensati in day hospital per uso domiciliare, farmaci MDB e antitumorali per uso domiciliare, farmaci non registrati per uso domiciliare.

Introdotta nel 1997, tale strumento, superate le prime difficoltà interpretative dovute alla innovatività, ha visto un rapido aumento del suo utilizzo, con tassi di crescita importanti da un anno all'altro.

L'aumento della erogazione di farmaci antitumorali in contesti diversi da quelli del ricovero ricade in questo quadro generale, motivato non solo da preoccupazioni economiche, ma anche da aspetti gestionali e dal verosimile miglioramento dell'attesa di vita dei soggetti che si sottopongono a chemioterapia.

La tabella sottostante mostra i risultati della elaborazione dei dati relativi alla somministrazione di farmaci antitumorali in contesto diverso dal ricovero ospedaliero nel triennio 1999-2001, per quanto riguarda soggetti sottoposti a tale trattamento, numero di accessi, importo totale dei farmaci e indici medi derivati, nonché gli incrementi percentuali osservati rispetto all'anno precedente.

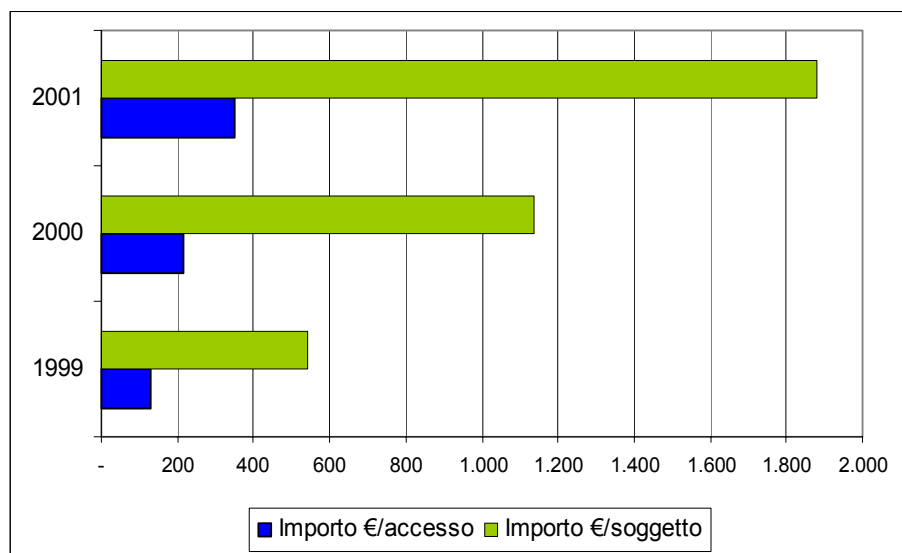
In questa elaborazione non sono stati considerati i cosiddetti “farmaci ancillari”, ma solo i farmaci presenti nel gruppo terapeutico “Antitumorali” del prontuario farmaceutico.

	1999	2000	2000 vs 1999	2001	2001 vs 2000
Soggetti	2.680	6.228	132%	7.159	15%
Accessi	11.267	32.546	189%	38.333	18%
Importo L	2.800.259.071	13.704.130.396	389%	26.073.250.274	90%
Importo €	1.446.213,12	7.077.592,69	389%	13.465.709,99	90%
Accessi/soggetto	4,20	5,23	24%	5,35	2%
Importo €/accesso	128,36	217,46	69%	351,28	62%
Importo €/soggetto	539,63	1.136,42	111%	1.880,95	66%

Si può notare come l'incremento percentualmente maggiore di utilizzo sia avvenuto tra il 1999 e il 2000, per poi ridursi nel passaggio al 2001. Tale riduzione di incremento percentuale non ha però impedito un netto incremento dell'importo totale e degli indici derivati.

Il grafico sottostante esplicita in forma più comprensibile l'andamento di tali indici derivati, l'importo medio in euro per accesso (data in cui si somministrano uno o più farmaci al soggetto, in contesto diverso da quello del ricovero) e l'importo medio in euro per soggetto, cioè l'importo che in media è necessario per ciascun

soggetto sottoposto a somministrazione di farmaci antineoplastici nel contesto del singolo anno.



Si rimanda alle tabelle, poste in allegato al documento, per l'analisi molto interessante relativa ai principi attivi più utilizzati, l'importo totale e l'importo per caso trattato.

Le tendenze in atto per quanto riguarda la somministrazione di antineoplastici in contesti diversi dal ricovero ospedaliero pongono degli interrogativi, specie se si guardano anche le tendenze mostrate dal ricorso al day hospital per la stessa chemioterapia antitumorale. Agli interrogativi sulla sostenibilità economica di tale tendenza espansiva si affiancano anche domande più impegnative sulla effettiva necessità, appropriatezza e diffusione di utilizzo di principi attivi e loro combinazioni.

Per poter approfondire alcune di tali tematiche, nel primo trimestre dell'anno 2002 è stata condotta in 8 strutture ospedaliere di ricovero e cura accreditate una raccolta sperimentale di dati relativi al consumo di farmaci antitumorali nei day hospital per chemioterapia. Le strutture che hanno partecipato a tale raccolta sperimentale, scelte in base alla numerosità della casistica afferente, sono state: IRCCS Istituto Nazionale Tumori (Milano), IRCCS Istituto Europeo di Oncologia (Milano), IRCCS Fondazione Clinica del Lavoro (Pavia), AO Busto Arsizio (Varese), AO Istituti Ospitalieri (Cremona), AO Ospedali Riuniti (Bergamo), AO Spedali Civili (Brescia), AO S. Gerardo (Monza).

I dati relativi ai farmaci antitumorali utilizzati nel corso del day hospital per chemioterapia sono stati raccolti utilizzando lo stesso tracciato record utilizzato dal File F, con alcune modifiche di dettaglio.

Si riporta di seguito una tabella che riassume i dati globali più significativi di tale raccolta sperimentale.

	Accessi da File F	Accessi da SDO	% accessi con somministrazione farmaci	Soggetti	Accessi/soggetto	Importo farmaci €	Importo DH €	% importo farmaci su importo DH	Importo farmaci per accesso file F €
Generale	12.576	15.258	82,42%	2.757	4,56	1.963.732	5.004.579	39,24%	156,15
A	2.947	3.160	93,26%	621	4,75	492.062	1.045.482	47,07%	166,97
B	2.696	3.793	71,08%	543	4,97	428.340	1.257.222	34,07%	158,88
C	2.009	2.394	83,92%	429	4,68	256.008	825.325	31,02%	127,43
D	1.877	2.083	90,11%	360	5,21	186.518	641.308	29,08%	99,37
E	1.193	1.612	74,01%	270	4,42	145.484	517.470	28,11%	121,95
F	766	765	100,13%	255	3,00	332.903	247.024	134,77%	434,60
G	614	897	68,45%	185	3,32	62.402	294.966	21,16%	101,63
H	474	554	85,56%	94	5,04	60.015	175.781	34,14%	126,61

Si riporta qui sotto anche il quadro della somministrazione di farmaci antitumorali in contesti diversi dal ricovero nelle strutture interessate dalla raccolta sperimentale come desumibile dai dati contenuti nel File F per il primo trimestre 2002 (pur tenendo conto della loro non definitività).

	Soggetti da File F	Accessi da File F	Importo farmaci da File F €	Importo farmaci da File F per accesso €	Numero accessi per soggetto da File F
Generale	1.872	5.932	3.090.706	521,02	3,17
A	69	248	219.904	886,71	3,59
B	45	120	265.385	2211,54	2,67
C	105	199	271.345	1363,54	1,90
D	93	430	240.688	559,74	4,62
E	64	212	60.507	285,41	3,31
F	832	2.544	1.014.289	398,70	3,06
G	455	1.186	752.795	634,73	2,61
H	209	993	265.794	267,67	4,75

I risultati più interessanti della raccolta sperimentale riguardano sia la percentuale di accessi di day hospital in cui si somministrano farmaci, antitumorali e/o ancillari (anche se la raccolta degli ancillari non è stata completa ed omogenea in tutte le strutture), sia l'importo medio per accesso di day hospital dei farmaci utilizzati nella chemioterapia, che risulta notevolmente diverso dall'importo medio per accesso visto nel caso della somministrazione di antitumorali in contesti diversi dal ricovero. Questa prima esperienza di raccolta dati sulla erogazione di farmaci nel contesto del day hospital di chemioterapia può dare indicazioni preziose per un confronto della

situazione relativa alla somministrazione di farmaci antitumorali, indipendentemente dal contesto utilizzato per la somministrazione. E' necessaria a questo punto la collaborazione di soggetti istituzionali e società scientifiche per delineare appropriati protocolli/percorsi sia terapeutici sia gestionali relativi ai soggetti che si sottopongono a chemioterapia antitumorale. Si possono inoltre ipotizzare modi di rimborso delle prestazioni erogate anche diversi da quelli attualmente in vigore, associati a rilevazioni periodiche del consumo di farmaci antitumorali al fine di porre in atto correttivi tempestivi nel caso di presenza di aspetti critici. A tal fine si dà mandato alla Giunta di predisporre apposito provvedimento.

LE PRESTAZIONI DI RADIOTERAPIA

I dati utilizzati per l'analisi sono quelli ottenuti dall'archivio regionale della Regione Lombardia relativi alle prestazioni ambulatoriali dell'anno 2002. Sono state trattate nell'analisi descrittiva le prestazioni di radioterapia effettuate dalle strutture lombarde.

Il totale delle prestazioni di radioterapia erogate nell'anno 2002 ai cittadini residenti in Lombardia sono state pari a 383.262. L'84% circa delle prestazioni è ascrivibile a quelle di teleradioterapia con acceleratore lineare e circa lo 8% a quelle di telecobaltoterapia. La media regionale è di 4,20 prestazioni ogni cento abitanti con valori estremi di 5,61 presso la ASL di Sondrio, e di 3,03 nelle ASL di Brescia e Vallecambonica. La spesa sostenuta al lordo degli abbattimenti è pari a 17.752.954 Euro. La spesa media a prestazione è risultata pari a circa 46,32 Euro.

ASL	Telecobalto	Teleterapia con acceleratore lineare	Teleterapia con elettroni	TOTALE prestazioni	Residenti (2001)	Prestazioni * 100ab.
Bergamo	6.882	28.455	4.987	40.324	974.388	4,14
Brescia + V. ca	2.675	27.333	3.691	33.699	1.112.628	3,03
Como	326	19.299	1.407	21.032	542.649	3,88
Cremona	749	14.315	1.573	16.637	335.700	4,96
Lecco	101	11.823	860	12.784	311.674	4,10
Lodi	5.279	3.638	136	9.053	204.592	4,42
Mantova	99	11.011	547	11.657	376.184	3,10
Milano 1	1.163	33.139	2.274	36.576	930.478	3,93
Milano 2	1.483	21.699	1.259	24.441	519.701	4,70
Milano 3	5.965	33.523	2.765	42.253	1.014.862	4,16
Milano Città	4.833	57.474	3.133	65.440	1.301.551	5,03
Pavia	2.351	18.877	1.563	22.791	499.197	4,57
Sondrio	31	8.481	1.458	9.970	177.578	5,61
Varese	246	32.172	4.187	36.605	820.461	4,46
Totale	32.183	321.239	29.840	383.262	9.121.643	4,20

La radioterapia è oggi impiegata nel 60% dei pazienti oncologici e può essere ritenuta necessaria in circa 30.000 casi / anno (secondo una valutazione prudente e sull'insieme della popolazione regionale). Si assiste ad un aumento delle indicazioni per la radioterapia (e quindi ad un incremento della domanda) in nuovi settori dell'oncologia clinica. Dati recenti hanno dimostrato l'efficacia di trattamenti

multimodali e integrati (es., la radiochemioterapia concomitante) sia per quanto riguarda l'attesa di vita che la conservazione della funzione.

I SERVIZI E LE STRUTTURE ACCREDITATE PER RISPONDERE ALLA DOMANDA DI ASSISTENZA

LE CURE PRIMARIE

Il cittadino al centro del sistema socio sanitario e il superamento della logica dell'intervento rivolto alla risoluzione del singolo episodio clinico a favore di un approccio integrato finalizzato a una gestione globale della salute del cittadino richiedono un modello di cure che faccia corrispondere continuità e variabilità di bisogni del paziente con la continuità e la variabilità della risposta assistenziale del sistema.

Tale cambiamento comporta l'integrazione organizzativa dei percorsi assistenziali intraospedalieri ed extraospedalieri e la formulazione di profili di cura, imperniati sul potenziamento delle cure primarie, particolarmente nella gestione delle patologie croniche, comprendenti nuove modalità di interlocuzione e strumenti di governo dei casi.

Tabella 1- Numero di abitanti, medici e numero medio di scelte per provincia (anno 2000)

ASL	POP ASSISTITA 2000	MMG	Assistiti medi x MMG	PLS	assistiti medi x PLS
Bergamo	953.991	760	1.151	89	837
Brescia	990.541	751	1.205	100	820
Como	531.957	423	1.146	54	795
Cremona	332.000	266	1.139	32	814
Lecco	307.577	251	1.125	34	753
Lodi	200.893	163	1.133	21	778
Mantova	370.000	311	1.093	35	816
MI Città	1.300.933	1.134	1.049	119	843
MI 1	916.609	723	1.150	114	778
MI 2	508.489	401	1.137	72	754
MI 3	999.394	810	1.120	122	788
Pavia	492.026	426	1.062	47	750
Sondrio	174.996	151	1.075	17	693
Varese	805.998	665	1.107	92	734
V. Camonica	94.639	75	1.171	8	762
Totali	8.980.043	7.310	1.124	956	781

Lo sviluppo dell'associazionismo medico e, in prospettiva l'integrazione stabile del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta con altre figure professionali – Gruppi delle Cure Primarie – consentirà un consolidamento del livello erogativo delle cure primarie, l'integrazione con il livello specialistico, una più ampia copertura dei problemi ed una reale continuità dell'assistenza.

Il medico di medicina generale già oggi è stato coinvolto nella capillarizzazione delle azioni preventive, sia counseling sia azioni di screening di massa, nella cogestione delle fasi intercritiche dei malati in chemioterapia, nel follow up su popolazioni definite, nelle cure di fine vita. Questo con l'individuazione di consultants all'interno delle cure primarie o tramite l'individuazione di second opinioners nell'ambito della medicina specialistica.

Un consolidamento ed una miglior strutturazione consentiranno al medico di medicina generale di porsi come riferimento continuo, disponibile e sicuro per le cure palliative e per il malato oncologico. Lo sviluppo dell'information communication technology e l'integrazione del medico di medicina generale/pediatra di libera scelta nel progetto della carta regionale dei servizi – sistema informativo socio sanitario darà il necessario supporto di informazione e di conoscenza allo sviluppo dell'integrazione e della continuità dei servizi.

L'ASSISTENZA OSPEDALIERA

Gli ospedali

La tabella mostra le principali strutture di ricovero e cura in cui si effettuano ricoveri per la patologia oncologica. La scansione si riferisce alla situazione esistente nel corso dell'anno 2002. Si può affermare che l'offerta è ampiamente distribuita nel senso che tutte le strutture ospedaliere lombarde erogano prestazioni di tipo oncologico. Va comunque sottolineato che le prime 15 strutture riportate in tabella rispondono a quasi il 50% della domanda.

Tabella 2 - Principali strutture di ricovero e cura

Denominazione	(DO+DH)	cumulata	progressivo
MILANO IST. NAZIONALE TUMORI	20.495	6,2%	1
BRESCIA SPEDALI CIVILI	17.177	11,4%	2
PAVIA OSP. S.MATTEO	14.421	15,8%	3
MILANO IST. EUROPEO ONCOLOGIA	13.843	19,9%	4
MONZA OSP. S.GERARDO	11.130	23,3%	5
MILANO OSP. POLICLINICO	10.954	26,6%	6
BERGAMO OSPEDALI RIUNITI	10.750	29,9%	7
MILANO OSP. NIGUARDA	9.944	32,9%	8
MILANO IST. S.RAFFAELE	8.666	35,5%	9
ROZZANO IST. CL. HUMANITAS	7.585	37,8%	10
MILANO OSP. FATEBENEFRATELLI	6.693	39,8%	11
LEGNANO OSP. LEGNANO-CUGGIONO	6.329	41,7%	12
VARESE OSP. CIRCOLO	6.306	43,6%	13
TREVIGLIO OSP. TREV.-CARAVAGG.	5.726	45,4%	14
BUSTO ARSIZIO OSP. CIRCOLO	5.190	46,9%	15
CREMONA ISTITUTI OSPITALIERI	5.174	48,5%	16
MILANO OSP. S. PAOLO	5.027	50,0%	17
COMO OSP. S. ANNA	5.002	51,5%	18
PAVIA FONDAZ. CLIN. DEL LAVORO	4.573	52,9%	19
MANTOVA OSP. C.POMA	4.410	54,2%	20
LECCO OSP. CIRCOLO	3.876	55,4%	21
MILANO OSP. S.CARLO	3.779	56,6%	22
MILANO OSP. SACCO	3.221	57,5%	23
MILANO I.C.P.	3.155	58,5%	24
MILANO OSP. S. GIUSEPPE	3.089	59,4%	25
MELEGNANO OSP. PREDABISSI	3.058	60,4%	26
GALLARATE OSP. S.ANTONIO ABT.	2.992	61,3%	27
CREMA OSP. MAGGIORE	2.988	62,2%	28
S.DONATO M. IST.POL. S.DONATO	2.978	63,1%	29
BRESCIA C.C. POLIAMBULANZA	2.888	63,9%	30
LODI OSP. MAGGIORE	2.806	64,8%	31
VIMERCATE OSP. CIVILE	2.776	65,6%	32
MILANO C.C. S.PIO X	2.616	66,4%	33
ROMANO DI L. OSP. SS.TRINITA'	2.447	67,2%	34
COMO OSP. VALDUCE	2.406	67,9%	35
ZINGONIA C.C. S.MARCO	2.377	68,6%	36
SARONNO OSP. CIRCOLO	2.364	69,3%	37
MAGENTA OSP. CIVILE	2.335	70,0%	38
SESTO S.G. C.C. MULTIMEDICA	2.324	70,7%	39
BRESCIA C.C. S.ANNA	2.324	71,4%	40
MILANO C.C. IGEA	2.296	72,1%	41
VOGHERA OSP. CIVILE	2.293	72,8%	42
RHO OSP. CIRCOLO	2.252	73,5%	43
DESIO OSP. CIRCOLO	1.997	74,1%	44
SONDALO E.O. BORMIO E SONDALO	1.994	74,7%	45
Altri (143 strutture)	83.660	100,0%	

Quest'ultimo dato è di interesse anche in proiezione futura. *Si può infatti ragionevolmente ipotizzare una sempre maggior concentrazione di domanda presso strutture che oltre ad avere grandi dimensioni si pongono come punto di riferimento scientifico e tecnologico. Le principali strutture rappresentate sono tutte individuate quali sedi di dipartimento oncologico. Tale concentrazione è da assecondare in quanto consente di far convergere risorse qualificate nelle strutture in grado di sviluppare casistica ed esperienza in modo tale da rendere efficace ed efficiente l'intervento. D'altro canto occorre considerare che tale evoluzione va di pari passo con la sempre maggior esigenza dei pazienti di essere attori informati e liberi di effettuare le proprie scelte.*

Le unità operative

La tabella successiva mostra quali sono i reparti ospedalieri, suddivisi per disciplina che effettuano ricoveri (DO e DH) con la percentuale dei ricoveri effettuati per determinare il "peso" di ogni singola disciplina nella cura del malato oncologico.

La scansione si riferisce alle dimissioni effettuate nel corso dell'anno 2002 dalle strutture ospedaliere per i pazienti residenti in regione e fuori regione. Si evidenzia che le uu.oo. di Chirurgia generale, Medicina generale e Oncologia sono quelle che effettuano il maggior numero di ricoveri. Le tre uu.oo producono infatti circa il 55% di tutti i ricoveri in regime ordinario e di quelli in regime di day hospital. Le giornate di degenza dei reparti di Medicina e Chirurgia sono poco più del 45% del totale di tutte le giornate prodotte per pazienti oncologici. Circa l'11% sono le giornate prodotte dai reparti di oncologia. Gli accessi di day hospital erogati dai reparti di oncologia sono circa del 30%. Da notare infine che le uu.oo di urologia effettuano circa l'8% dei ricoveri in regime ordinario e il 4% di quelli in regime di dh.

Si mette in evidenza in modo chiaro che i reparti di oncologia assorbono solo il 14,4% dei ricoveri ordinari ed il 30,3% di quelli effettuati in DH. Mentre sono i reparti contrassegnati dalle discipline di medicina e chirurgia generale che svolgono il maggior numero di ricoveri per il paziente oncologico. I dati riportati nella tabella ribadiscono in modo chiaro che la patologia oncologica non è pertinenza di una sola specialità o disciplina ma interessa in pratica tutte le discipline mediche e chirurgiche.

Tabella - Unità operative in cui si effettuano ricoveri per patologia oncologica

Descrizione reparto	Dati	REGIME		%	
		DO	DH	DO	DH
Chirurgia generale	ricoveri	46.266	13.546	21,5%	11,7%
	(n°gg) (n° acc.)	471.969	17.423	23,0%	5,0%
Medicina generale	ricoveri	41.547	15.948	19,3%	13,8%
	(n°gg) (n° acc.)	461.000	87.115	22,5%	25,2%
Oncologia ³	ricoveri	30.935	34.972	14,4%	30,3%
	(n°gg) (n° acc.)	225.229	118.706	11,0%	34,3%
Urologia	ricoveri	18.081	5.106	8,4%	4,4%
	(n°gg) (n° acc.)	145.803	11.341	7,1%	3,3%
Ostetricia e ginecologia	ricoveri	20.642	5.253	9,6%	4,6%
	(n°gg) (n° acc.)	117.673	9.892	5,7%	2,9%
Ematologia	ricoveri	4.879	12.234	2,3%	10,6%
	(n°gg) (n° acc.)	64.536	33.044	3,1%	9,6%
Otorinolaringoiatria	ricoveri	6.783	2.699	3,2%	2,3%
	(n°gg) (n° acc.)	60.941	3.184	3,0%	0,9%
Pneumologia	ricoveri	5.329	3.787	2,5%	3,3%
	(n°gg) (n° acc.)	57.823	16.103	2,8%	4,7%
Neurochirurgia	ricoveri	4.090	207	1,9%	0,2%
	(n°gg) (n° acc.)	52.920	478	2,6%	0,1%
Riabilitazione funzionale	ricoveri	2.168	119	1,0%	0,1%
	(n°gg) (n° acc.)	48.989	1.415	2,4%	0,4%
Neurologia	ricoveri	3.406	345	1,6%	0,3%
	(n°gg) (n° acc.)	36.350	1.778	1,8%	0,5%
Chirurgia Toracica	ricoveri	3.409	290	1,6%	0,3%
	(n°gg) (n° acc.)	34.982	532	1,7%	0,2%
Radioterapia	ricoveri	2.693	3.017	1,3%	2,6%
	(n°gg) (n° acc.)	32.520	13.797	1,6%	4,0%
Gastroenterologia	ricoveri	2.388	914	1,1%	0,8%
	(n°gg) (n° acc.)	19.216	2.043	0,9%	0,6%
Ortopedia e traumatologia	ricoveri	2.697	1.108	1,3%	1,0%
	(n°gg) (n° acc.)	18.795	1.231	0,9%	0,4%
Malattie infettive e tropicali	ricoveri	1.189	415	0,6%	0,4%
	(n°gg) (n° acc.)	18.061	2.010	0,9%	0,6%
Geriatrica	ricoveri	1.188	240	0,6%	0,2%
	(n°gg) (n° acc.)	17.142	477	0,8%	0,1%
Terapia intensiva	ricoveri	778	184	0,4%	0,2%
	(n°gg) (n° acc.)	14.242	481	0,7%	0,1%
Lungodegenti	ricoveri	486	3	0,2%	0,0%
	(n°gg) (n° acc.)	11.093	4	0,5%	0,0%
Altro	ricoveri	16.294	15.051	7,6%	13,0%
	(n°gg) (n° acc.)	141.756	24.620	6,9%	7,1%
TOTALE	ricoveri	215.248	115.438	100,0%	100,0%
	(n°gg) (n° acc.)	2.051.040	345.674	100,0%	100,0%

³ Ricomprende i ricoveri dell'Istituto dei Tumori con cod.64

I posti letto

La tabella 3 mostra la stima dell'offerta relativa al numero di posti letto⁴.

Tabella 3 – Numero di posti letto per ricoveri oncologici

Descrizione reparto	Posti letto	
	DO	DH
Chirurgia	1616	43
Medicina generale	1578	217
Oncologia ⁵	771	296
Urologia	499	28
Ostetricia e ginecologia	402	24
Ematologia	221	82
Otorinolaringoiatria	208	7
Pneumologia	198	40
Neurochirurgia	181	1
Recupero e riabilitazione funzionale	167	3
Neurologia	124	4
Chirurgia Toracica	119	1
Radioterapia	111	34
Gastroenterologia	65	5
Ortopedia e traumatologia	64	3
Malattie infettive e tropicali	61	5
Geriatria	58	1
Terapia intensiva	48	1
Lungodegenti	37	0
Altro	485	61
TOTALE	7013	856

Come si desume dai dati esposti in tabella la stima del numero di posti letto che sono stati utilizzati per ricoveri ordinari è pari a 7.013 corrispondente al 17% del totale del numero (41.073) posti letto accreditati al 31/12/2003.

Infine nella due successive tabelle sono riportati rispettivamente il dettaglio delle strutture che hanno dei posti letto accreditati di oncologia (cod.64) e di quelle che hanno dei posti letto accreditati per le cure palliative (cod.99). Per quanto riguarda l'oncologia occorre segnalare che i posti letto indicati nella tabella sono solo quelli accreditati con cod. 64 (Oncologia) anche nel caso che si tratti di strutture totalmente dedicate alla cura della patologia oncologica (es. Istituto Nazionale dei Tumori e Istituto Europeo di Oncologia).

⁴ Il calcolo circa il numero dei posti letto è stato effettuato rapportando le giornate di degenza con il numero di giorni di un anno. Il denominatore (365) è stato diminuito del 20% per assicurare una occupazione teorica dell'80%. Per calcolare il numero di posti letto utilizzati per il DH è stato rapportato il numero di accessi al numero di giornate utili (circa 200 anno) per due che sono il numero di ricoveri ammessi nella stessa giornata.

⁵ Ricomprende **solo** i posti letto dell'Istituto dei Tumori riportati con il cod.64

Tabella - Numero di posti letto di Oncologia (cod 64) accreditati e a contratto al 31/12/2003

DESCRIZIONE STRUTTURA	POSTI LETTO		
	D.O.	D.H.	TOTALE
A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo	23	16	39
A.O. Treviglio Caravaggio - p.o. Treviglio Caravaggio	0	10	10
A.O. Treviglio Caravaggio - p.o. SS. Trinità - Romano di L.	10	4	14
CdC Poliambulanza - BS	8	0	8
Cdc Sant'Anna - BS	19	4	23
A.O. Spedali Civili di Brescia	0	12	12
A.O. Sant'Anna - CO	0	11	11
CdC G. B. Mangioni - LC	10	0	10
A.O. di Lecco - p.o. San Leopoldo Mandic - Merate	0	2	2
A.O. di Lodi - p.o. Rossi di Casalpusterlengo	12	6	18
A.O. C. Poma - MN	15	6	21
CdC Istituto Clinico Sant'Ambrogio - MI	8	2	10
Ospedale Classificato San Giuseppe FbF - MI	16	10	26
CdC San Pio X - MI	6	0	6
IRCCS Istituto Europeo di Oncologia - MI	52	16	68
A.O. San Carlo Borromeo - MI	15	5	20
A.O. Ospedale Niguarda - MI	23	20	43
A.O. San Paolo - MI	10	8	18
A.O. Fatebenefratelli ed Oftalmico - MI	17	14	31
A.O. Luigi Sacco - MI	11	8	19
IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori - MI	42	23	65
CdC Ambrosiana - MI	10	3	13
CdC Clinica San Carlo - MI	6	4	10
A.O. G. Salvini - p.o. di Rho	0	10	10
A.O. di Legnano - p.o. di Legnano	25	13	38
A.O. di Legnano - p.o. Fornaroli di Magenta	20	6	26
CdC Istituto Clinico Humanitas - Rozzano	38	20	58
CdC Istituto Policlinico San Donato - San Donato Mil.se	23	2	25
A.O. di Melegnano - p.o. di Gorgonzola	19	6	25
CdC Multimedica - S.S. Giovanni	10	2	12
IRCCS Fondazione S. Maugeri - Centro Medico di Pavia	56	13	69
IRCCS Policlinico San Matteo - PV	20	4	24
CdC Santa Maria - Castellanza VA	29	1	30
A.O. Macchi di Varese	0	4	4
TOTALE COMPLESSIVO	553	265	818

N.B.: i posti letto indicati sono solo quelli accreditati con cod.64 (oncologia) anche per le strutture che sono totalmente dedicate alla patologia oncologica (I.E.O. tot p.l. 226 - I.N.T. tot p.l. 482).

Tabella - Numero di posti letto accreditati per le cure palliative (cod 99) accreditati e a contratto al 31/12/2003

Unità Operativa di Cure Palliative (hospice sanitario)	ASL	POSTI LETTO		
		D.O.	D.H.	TOTALE
CdC Beato Palazzolo di Bergamo	BG	12	1	13
A.O. "Ospedali Riuniti" di Bergamo	BG	12	4	16
A.O. Desenzano del Garda - P.O. Salò	BS	6	0	6
A.O. Mellino Mellini di Chiari - P.O. Orzinuovi	BS	15	2	17
CdC Domus Salutis di Brescia	BS	29	1	30
ASL di Vallecamonica *	Valle C	4	1	5
F.Villa Mariano Comense	CO	8	0	8
A.O. "Istituti Ospitalieri" di Cremona	CR	14	1	15
CdC Ancelle della Carità di Cremona	CR	12	1	13
CdC San Camillo di Cremona	CR	10	3	13
A.O. di Lodi	LO	0	2	2
A.O. "Luigi Sacco" di Milano	MI C	25	0	25
A.O. Fatebenefratelli di Milano	MI C	8	0	8
A.O. "San Carlo" di Milano	MI C	4	1	5
A.O. "San Paolo " di Milano	MI C	4	0	4
Istituto Nazionale dei Tumori di Milano	MI C	20	9	29
A.O. "Ospedale Civile" di Legnano	MI 1	9	2	11
A.O. "G. Salvini" di Garbagnate	MI 1	10	0	10
A.O. di Melegnano P.O. di Gorgonzola	MI 2	10	0	10
CdC Clinica Zucchi di Carate Brianza	MI 3	10	2	12
Fondazione Salvatore Maugeri (PV) via Ferrata	PV	24	6	30
Fondazione Salvatore Maugeri (PV) via Boezio	PV	30	4	34
A.O. della Provincia di Pavia - P.O. di Mede	PV	9	1	10
A.O. della Valtellina - P.O. di Sondalo **	SO	5	0	5
A.O. "Ospedale di Circolo" di Busto Arsizio	VA	10	0	10
TOTALE		300	41	341

* Macroattività all'interno della U.O. di Medicina; ** Macroattività all'interno della U.O. di Ematologia

Si segnala che la rete di offerta di cure palliative comprende anche le prestazioni domiciliari ambulatoriali e di DH. In attesa del completamento della rete, esistono attualmente realtà che erogano solamente attività relative a questi livelli assistenziali.

Ad integrazione della tabella precedente si indicano di seguito gli ulteriori soggetti pubblici e privati che partecipano al Progetto ex art.12 D.Lgs. 229/99 "Modalità organizzative delle strutture di assistenza palliativa e integrazione delle stesse nella rete dei servizi territoriali": ASL di Lecco, A.O. Istituti clinici di Perfezionamento di Milano, A.O. San Gerardo di Monza e l'Associazione Antonio e Luigi Palma per la cura del dolore.

**LE STRUTTURE
RESIDENZIALI PER
PAZIENTI TERMINALI
(Hospice socio-sanitari)**

Le Strutture Residenziali per pazienti terminali, ospitano persone non assistibili presso il domicilio in fase avanzata e terminale di una malattia ad andamento irreversibile, non più suscettibile di trattamenti specifici per la guarigione o per il contenimento della progressione della malattia.

Loro obiettivo principale è accompagnare la persona e la famiglia nell'ultima fase della vita, nel pieno rispetto della loro dignità, mediante il controllo del dolore e del disagio fisico e psichico. Le prestazioni offerte si caratterizzano per limitata tecnologia ma elevata intensità assistenziale.

L'assistenza richiede un intenso e approfondito lavoro di équipe, che vede coinvolti medici, infermieri, operatori sociosanitari, assistenti sociali, psicologi, fisioterapisti, assistenti spirituali e volontari. Particolarmente rilevante risulta il ruolo del volontario che storicamente garantisce una presenza umana e qualificata accanto al malato ed alla sua famiglia, come famigliare di supporto e come risorsa ulteriore per la collaborazione tra i vari servizi della rete.

La Regione Lombardia ha strutturato la propria rete per le cure palliative, prevedendo la presenza al suo interno anche di strutture residenziali extra ospedaliere. L'attuale indice di dotazione è previsto in 0,13 p.l. ogni 10.000 abitanti e si sta concludendo la fase di determinazione dei requisiti per l'accreditamento di queste strutture. Quattro strutture risultano al momento già operanti in convenzione con le A.S.L. di ubicazione, mentre altre dieci, realizzate con finanziamenti statali, diverranno operative nel 2003.

LE STRUTTURE RESIDENZIALI PER PAZIENTI TERMINALI (Hospice socio-sanitari)	ASL	Posti letto
Casa San Giuseppe – Gorlago	BG	10
Il Nespolo – Aiuruno	LC	12
P. Redaelli – Milano	MI CITTA'	10
P.A.T. - Milano (*)	MI CITTA'	9
Hospice di Abbiategrasso	MI1	14
Fond. Casa di Riposo Melegnano (*)	MI2	10
S. Maria delle Grazie (Fond. Gnocchi) - Monza	MI3	18
TOTALE		83

* in fase di attivazione

**I CENTRI DI
RADIOTERAPIA
ONCOLOGICA**

L'analisi che segue è desunta da dati pervenuti in Regione Lombardia attraverso il flusso delle attività ambulatoriali dell'anno 2002. Secondo tali dati i centri di radioterapia in Regione Lombardia risultano essere 24 di cui 6 erogano prestazioni di teleterapia con acceleratore lineare e di telecobalto, 18 con acceleratore lineare ed uno solo di telecobalto. Le 16 strutture pubbliche erogano il 67% delle prestazioni, le 8 private circa il 33%.

In ogni provincia della regione è ubicato almeno un centro di radioterapia, 8 sono quelli ubicati nell'area metropolitana milanese. Ampia è la variabilità del numero di prestazioni rese tra i singoli centri: si passa infatti da un massimo di 39.524 prestazioni rese dall'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo a un minimo di 1.107 della Casa di Cura S. Maria.

Centro di radioterapia	Telecobalto	Teleterapia con acceleratore lineare	Teleterapia con elettroni	Brachiterapia	Totale
CASA DI CURA S. PIO X		7.497	704		8.201
IRCCS POLICLINICO S.MATTEO	2.975	10.459	637		14.071
IST. CLINICO S.AMBROGIO		18.118			18.118
ISTIT. NAZ. NEUROLOGICO BESTA		4.890			4.890
ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA		35.039	3.116	77	38.232
ISTITUTO NAZIONALE TUMORI	9.639	21.088	2.146		32.873
ISTITUTO RICOVERO S.RAFFAELE		30.405	1.806		32.211
LAB.AN. C.C. S.MARIA		982	125		1.107
OSP. MAGGIORE LODI	6.106				6.106
OSPEDALE CLINIC. S.DONATO		22.535			22.535
OSPEDALI RIUNITI DI BERGAMO	7.227	27.229	5.068		39.524
POLIAMB. - OSP. MANTOVA		10.237	446	78	10.761
POLIAMB. A.O. CREMONA		13.112	1.453	89	14.654
POLIAMB. IRCCS MAUGERI		12.330	1.353		13.683
POLIAMB. NIGUARDA		10.797	118	61	10.976
POLIAMB. POLICLINICO MONZA		2.682			2.682
POLIAMB.DIV.BUSTO A.-MED.SPORT		8.769	1.181		9.950
POLIAMBULATORIO OSP. MACCHI		29.124	4.079	7	33.210
POLIAMBULATORIO OSP. S.ANNA	6	17.623	1.349	7	18.985
POLIAMBULAT. OSP. S.GERARDO	4.756	17.048	1.789		23.593
POLIAMBULATORIO OSP. SONDRIO		8.874	1.635		10.509
POLIAMBULATORIO OSP.DI LECCO		14.988	895	165	16.048
POLIAMBULATORIO S.ANNA		8.564	2.216		10.780
PRES.POLIAMB.SPEDALI CIVILI BS	2.891	21.227	1.806	7	25.931
Totale complessivo	33.600	353.617	31.922	491	419.630

Un'analisi più dettagliata dell'offerta di radioterapia in Regione Lombardia è riportata nella tabella (allegato c) allegata al documento. Essa tiene conto delle informazioni più recenti disponibili sulle caratteristiche della offerta. Sono censiti 24 Centri di Radioterapia in Lombardia, che dispongono nell'insieme di 55 unità di alta energia (UAE), tra le quali 50 acceleratori lineari (19 senza la possibilità di produrre fasci di elettroni) e 5 unità di telecobaltoterapia. Diciannove delle 55 unità sono state installate 10 o più anni fa. Si concretizza un certo grado di disomogeneità geografica; il 35 % delle UAE hanno 10 anni o più di "vita".

La Tabella permette di evidenziare la dotazione di un certo numero di Centri con tecnologie sofisticate dello stesso tipo (stereotassi), e la importante carenza di altre. Sono pochi i Centri che erogano trattamenti complessi (quali ad esempio la IMRT). La stessa cosa si può dire, ad esempio, della brachiterapia per le neoplasie prostatiche (praticata, ad oggi, solo in due strutture private). I letti di radioterapia attualmente censiti sono 115.

I RUOLI E LE FUNZIONI

Il piano di interventi in campo oncologico, così come il PSSR 2002-2004, si colloca in un contesto di sostanziali modifiche istituzionali e di indirizzo verso un graduale federalismo improntato alla sussidiarietà orizzontale intesa come partecipazione estesa di altri soggetti nella gestione dei servizi. A dare forza al cambiamento sono sopravvenuti la modifica al titolo V della Costituzione e l'accordo siglato tra stato e Regioni in data 8 Agosto 2001. E' importante che in questa fase la questione del federalismo nel sistema di welfare non sia esclusivamente ricondotta alle problematiche, peraltro estremamente rilevanti, di natura economico finanziaria, ma che si inneschino dei meccanismi che consentano al sistema di evolvere in termini di strumenti innovativi, livelli di esercizio ed obiettivi.

I principi dell'universalismo e della equità di accesso non sono messi in discussione dal nuovo corso ma anzi devono essere individuati meccanismi di garanzia che consentano di monitorare gli attuali livelli essenziali di assistenza. L'ambito della patologia oncologica deve avvalersi in modo particolare di queste garanzie ed è opportuno che in questa fase di modifiche istituzionali il malato non subisca perdite di assistenza. La definizione precisa dei vari ruoli serve a fare in modo che la rete oncologica si estenda attorno al malato e che si sviluppi a livello locale la partecipazione e l'integrazione tra i diversi attori che rappresentano l'incontro tra la domanda e l'offerta.

LA REGIONE E LA COMMISSIONE ONCOLOGICA

Il ruolo della regione in ambito oncologico fa riferimento a quello ampiamente delineato nel PSSR 2002-2004, cui si rimanda per una esaustiva trattazione, come ruolo di governo del SSR attraverso puntuali e condivise norme di programmazione, indirizzo e controllo. In particolare, se il cittadino è posto al centro del sistema significa che tutto deve essere sviluppato nell'interesse del soggetto assistito. Per fare che ciò si verifichi la Regione ha il preciso ruolo di destinare le risorse corrispondenti affinché le stesse siano trasformate in servizi ed innovazione tecnologica utili alla prevenzione, alla cura ed alla assistenza del malato oncologico. Il ruolo della Regione di garante della rete oncologica si estrinseca nella funzione di promozione e valutazione del funzionamento della stessa. Solo la valutazione adeguata dei risultati prodotti dal sistema e degli effetti dei cambiamenti introdotti consentirà di mantenere e confermare le soluzioni organizzative che dimostreranno di aver prodotto dei risultati positivi.

Andranno in modo particolare individuati e monitorati gli indicatori per la valutazione dei requisiti previsti per l'accreditamento delle strutture, per la

customer satisfaction, per il rispetto dei tempi di attesa, per l'accessibilità ai servizi, per la individuazione del costo medio per assistito affetto da neoplasia a livello regionale e di ASL, per la valutazione delle attività di prevenzione, etc. Per questo tipo di valutazione e di monitoraggio la Regione si avvarrà soprattutto della competenza della Commissione Oncologica Regionale.

COMMISSIONE ONCOLOGICA REGIONALE

Alla Commissione Oncologica Regionale, prevista dal POR 1999-2001, sono stati assegnati i compiti di fornire indicazioni sulle modalità attuative del piano di interventi in campo oncologico per assicurare i livelli essenziali di assistenza con particolare riguardo alla organizzazione ed al funzionamento dei Dipartimenti Oncologici, alla integrazione fra strutture ospedaliere e territorio, all'osservazione epidemiologica, alla verifica e diffusione dei protocolli diagnostico terapeutici ed alla attivazione dei programmi di screening. Ne fanno parte come previsto i rappresentanti di tutti i dipartimenti oncologici ed altri esponenti di associazioni scientifiche e del mondo accademico. Dalla data di insediamento ad oggi la Commissione Oncologica ha svolto la propria attività per verificare l'attuazione del precedente piano oncologico. In particolare ha ritenuto opportuno verificare e valutare il livello di implementazione dei dipartimenti oncologici in quanto strumenti prioritari per il conseguimento degli obiettivi di piano. Ha richiesto che fosse confrontata l'attività di chemioterapia resa in day hospital rispetto a quella effettuata in regime ambulatoriale per assicurarsi che i livelli di erogazione delle prestazioni e le modalità di remunerazione delle prestazioni siano adeguate. Infine ha proposto e validato gli obiettivi relativi alla patologia oncologica contenuti nel Piano Socio-Sanitario Regionale 2002-2004.

- In coerenza con l'approvazione del presente piano sarà istituita **la nuova Commissione Oncologica Regionale** che deve essere rappresentativa di tutti i soggetti che si occupano della patologia oncologica. La commissione sarà costituita da tecnici esperti del settore, rappresentanti delle strutture pubbliche e private accreditate, dei Medici di Medicina Generale (MMG), dei Pediatri di Libera Scelta (PLS), delle associazioni scientifiche e del terzo settore. Dovranno essere previsti rapporti istituzionali con il Comitato Tecnico Scientifico della Regione per favorire scambi e potenziamenti reciproci.
- Per il prossimo triennio è necessario **che la Commissione Oncologica rafforzi la propria attività**. Oltre che formulare proposte, orientamenti ed indicazioni agli organi regionali in tutti i casi in cui essi debbano esprimere, o esprimano autonomamente pareri in materia di oncologia, la Commissione deve rendersi più operativa e fissare un piano di verifica. Per rendere più efficace l'azione della Commissione si provvederà alla costituzione di appositi gruppi di lavoro o tavoli tecnici che si dedichino all'approfondimento di specifici argomenti come:
 - valutazione della funzionalità dei Dipartimenti Oncologici già costituiti in termini di definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici, gestione delle liste d'attesa, miglioramento delle procedure diagnostico terapeutiche,
 - preparazione di un rapporto critico per ottimizzare la gestione del malato neoplastico,
 - proposta di un piano di ricerca che preveda anche i tempi previsti delle ricadute pratiche delle nuove acquisizioni,

- discussione critica dei programmi di screening condotti negli scorsi anni, valutazione dei risultati concreti degli investimenti erogati. E' necessario valutare per quali patologie sia ancora necessaria la conduzione di screening e per quali sia sufficiente potenziare l'azione educativa. E' oggi possibile chiedersi: quante donne sono solite fare spontaneamente una mammografia o un pap-test? Quale riduzione di mortalità è d'attendersi a seguito di un'azione formale di screening per queste patologie? Quale rapporto costo/beneficio è d'attendere?
- valutare le necessità d'innovazione tecnologica nelle strutture pubbliche,
- definire, con l'apporto dei Dipartimenti dei Servizi Sanitari di base delle ASL, il ruolo dei MMG nella gestione dei malati neoplastici per sottolineare la centralità della persona malata, dei professionisti della tutela della salute e delle Aziende Ospedaliere,
- altre priorità identificate dalla Commissione.

LE ASL

La mission di una azienda sanitaria locale consiste nel mantenere in buona salute la popolazione di cui è chiamata a prendersi carico riducendo il rischio di ammalarsi, recuperando lo stato di salute dopo una malattia, creando le condizioni sociali e sanitarie per una buona convivenza con la cronicità.

Per fare tutto ciò è necessario che la ASL conosca in modo approfondito lo stato di benessere/malessere dei suoi cittadini, la domanda di prestazioni socio-sanitarie e l'evoluzione nel tempo dei bisogni di salute.

Ne consegue che per l'azienda sanitaria locale la capacità di "governare la domanda" diventa strategica dal momento che l'approfondita conoscenza dei fenomeni di salute/malattia/cronicità consente di valutare la migliore risposta ai bisogni della popolazione in termini di efficacia, appropriatezza e consumi.

La conoscenza della frequenza, consistenza, distribuzione e modifica nel tempo dei determinanti di salute/malattia e dei bisogni di assistenza da soddisfare sono il presupposto necessario per una incisiva politica socio-sanitaria territoriale per un'efficiente ed efficace allocazione di risorse limitate.

D'altro canto è del tutto evidente che l'ASL è l'unica organizzazione che ha a disposizione tutti i flussi informativi, rappresentati dai dati anagrafici e dai consumi sanitari, tali da consentire una completa ricongiunzione delle prestazioni agli utenti che ne hanno usufruito ottenendo così una reale conoscenza epidemiologica sullo stato di salute/malattia dei suoi assistiti e di conseguenza può ed anzi deve occupare un ruolo di primo piano all'interno della rete dei servizi socio-sanitari locali.

La individuazione della allocazione spazio/temporale dei principali determinanti di spesa sanitaria (ricoveri ospedalieri, specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, farmaceutica convenzionata, ADI, ecc.) a favore dei principali utilizzatori del sistema (cronici, anziani) consente perciò di monitorare e verificare il corretto funzionamento del sistema, creando le premesse per una attenta valutazione delle priorità di allocazione delle risorse e del loro ottimale impiego.

Più in generale una conoscenza della domanda che vada oltre i semplici dati di spesa elencati in bilancio e una conoscenza qualitativa e quantitativa delle necessità della popolazione, consentirebbero all'A.S.L., oltre che di prendere consapevolezza del fenomeno, di ridistribuire le risorse verso aree di intervento trascurate per scarsa conoscenza o di intervenire in aree verso cui l'assorbimento di risorse appare eccessivo.

Le esperienze in corso in alcune A.S.L. della Regione Lombardia lasciano intendere che il “governo della domanda” sia già una realtà presente e pronta ad essere sviluppata. Le A.S.L. di Legnano e di Bergamo, ad esempio, hanno prodotto dei modelli di conoscenza della domanda sanitaria nel proprio territorio che si basano, oltre che sulle banche dati ormai consolidate (anagrafe assistiti, ricoveri ospedalieri, specialistica ambulatoriale, farmaceutica convenzionata, file F ecc.) sulle esenzioni per patologia quali fattore per identificare la cronicità. L'A.S.L. di Pavia è un altro esempio, ha generato un modello di mappatura della patologia cronica basato, oltre che sulle banche dati dell'altra esperienza, sull'integrazione delle informazioni provenienti dall'utilizzo del codice farmaceutico ATC⁶ calcolato per D.D.D.⁷. Per quanto attiene la patologia oncologica l'identificazione dei casi è possibile utilizzando le banche dati esistenti (SDO, File F e radioterapia) oltre che per il consumo di alcune categorie di farmaci.

L'identificazione del soggetto attraverso il codice fiscale consente di monitorare nel tempo il percorso assistenziale secondo il modello ampiamente illustrato nel cap.2 riguardante la rete oncologica e l'integrazione tra ospedale e territorio. Con la semplice integrazione delle risorse informative, già ampiamente disponibili all'interno delle ASL, è possibile generare modelli sofisticati di conoscenza e monitoraggio della domanda.

- **Integrazione delle banche dati esistenti** costruite attorno ed in funzione del paziente oncologico. L'obiettivo è quello di passare da un insieme di informazioni separate e circoscritte (ricoveri, prestazioni ambulatoriali, prescrizioni farmaceutiche, etc.) ad un insieme coordinato che sappia identificare il bisogno di salute espresso dai cittadini, la domanda di prestazioni e le caratteristiche di prescrizione, nonché l'offerta di prestazioni e servizi.
- **Contribuire attivamente alla sperimentazione di modelli di integrazione** tra ospedale e territorio anche con una attivazione delle competenze di interfaccia dei Dipartimenti SSB.
- **Assicurare e garantire il rispetto dei livelli essenziali di assistenza** e la qualità ed appropriatezza delle prestazioni erogate.

LE CURE PRIMARIE

Nel futuro, come già in prospettiva nel presente, la realtà sanitaria sarà dominata dall'aumento delle alternative disponibili per rispondere alle richieste: sia dal punto di vista di quali tipi di percorsi preventivi, diagnostici, terapeutici, riabilitativi, intraprendere e sia dal punto di vista dei modelli organizzativi.

⁶ Sistema di classificazione secondo gruppo anatomico, azione terapeutica e composizione chimica.

⁷ Defined Daily Dosage, è la dose definita giornaliera cioè la dose assunta per giorno di terapia di un soggetto adulto del peso di 70 kg.

Sono a disposizione tanti strumenti, tante opportunità, per dare risposta alla persona, scegliendo di seguire il cittadino nel proprio percorso, razionalizzando, ad ogni livello e stadio, l'intervento, oppure di gestire l'ordinamento di una molteplicità di risposte e priorità per la singola persona. Può essere così recuperato un ruolo alle cure primarie che diventano il livello "primo" di risposta integrata, non come nel passato mettendo in campo solo interventi semplici, ma tutto ciò che il sistema, la rete dei servizi, può dare.

La conoscenza è sempre meno vincolata a luoghi fisici quali ospedali, ambulatori specialistici, università, dove obbligatoriamente risiedeva perché legata ai supporti tecnologici. Oggi gran parte delle conoscenze sono diffuse e veicolate da telematica e telemedicina. Il MMG deve essere un professionista che non solo è capace di inquadrare le necessità della persona, ma è in grado di far convergere su di sé una serie di competenze avanzate che gli consentono di dare risposta a problemi anche complessi. E' il momento per effettuare un salto di qualità nella definizione del contenuto delle cure primarie.

Il MMG che, insieme ad altri professionisti e al Dipartimento SSB, fa convergere su di sé la maggior parte delle conoscenze che il sistema sanitario, scientifico e organizzativo hanno sviluppato, recupera la funzione di erogatore affiancandola a quelle di inquadramento, indirizzo e discriminazione dei problemi del malato. Oggi il MMG è in grado di utilizzare strumenti e collegamenti a distanza che lo inseriscono in una comunità virtuale per meglio discriminare la gravità dei problemi.

L'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale esalta e sollecita il ruolo innovativo di forme e modalità di organizzazione del lavoro e di erogazione delle prestazioni, quali l'associazionismo medico, i processi assistenziali per protocolli correlati alle patologie sociali, gli interventi specifici per i gruppi deboli della popolazione. A queste possibilità si aggiungono quelle per le procedure di verifica della qualità dell'assistenza, per lo svolgimento dell'attività di ricerca epidemiologica, per la didattica, per l'acquisizione di dati sanitari, per l'attivazione di un sistema informativo integrato tra medici di medicina generale e presidi delle Aziende Sanitarie, esaltate dalla risoluzione del vincolo allocativo della tecnologia e della cultura professionale ad essa collegata, conseguente alla diffusione degli strumenti telematici e informatici.

Dovrà essere privilegiata la capacità dei MMG ad operare all'interno della rete oncologica lombarda, in grado di garantire la continuità assistenziale e di allargare l'offerta di prestazioni di qualità fruibili dal cittadino senza allontanarsi dal proprio ambiente di vita. L'obiettivo principale è migliorare la qualità della vita del malato neoplastico e della sua famiglia; obiettivi non secondari sono il miglioramento della qualità delle cure, l'equità ed universalità dell'assistenza al morente, la garanzia di un favorevole rapporto tra costi ed efficacia. In questa direzione devono operare i Dipartimenti SSB ed i distretti al fine di facilitare l'integrazione all'interno della rete oncologica.

Così si mettono in gioco contemporaneamente diversi attori partendo dalla persona che manifesta il bisogno, recuperando, quindi, quella "catena del valore", in questo caso sociale, che parte dalle persone e non da concetti sostitutivi quali gli atti sanitari, i servizi. Si recupera in questo modo:

- **la centralità della persona malata,**
- **la centralità dei professionisti della tutela della salute, medici e non, superando le categorizzazioni;**
- **la centralità delle aziende che divengono strumenti per integrare al meglio le risorse rispetto a fini e scelte.**

Nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base, ricompresa nella macroarea dell'assistenza distrettuale, il medico di medicina generale ed il pediatra di libera scelta, nell'ambito della specifica attività clinica prevista dagli accordi collettivi nazionali e regionali, devono interagire, a vari livelli, con le strutture che svolgono attività in campo oncologico, per assicurare l'iter diagnostico - terapeutico e assistenziale del paziente oncologico, quali referenti che si devono integrare funzionalmente con gli specialisti di settore (vedi modello di integrazione al cap.3). In tale contesto possono pertanto rappresentare il punto di riferimento per l'assistito, per l'adeguata immissione nel circuito ospedaliero e la continuità assistenziale, dopo la dimissione.

Esistono evidenze dell'efficacia dell'intervento organizzato di gruppi di Medici di Medicina Generale, sul miglioramento degli outcomes sanitari in tema di:

- **Iniziative per l'interruzione dell'abitudine al fumo di sigaretta** e/o la somministrazione sostitutiva di nicotina (si veda in proposito il Progetto Aziendale in atto presso l'ASL Città di Milano);
- **Iniziative di reclutamento dei cittadini** da sottoporre a iniziative di screening del cancro;
- **Iniziative di presa in carico distrettuale dei malati terminali** e di supporto alla terapia oncologica.

Il medico di medicina generale può svolgere un ruolo specifico nei programmi di follow-up dei pazienti oncologici, sempre tramite una stretta integrazione con gli specialisti del settore, anche al fine di privilegiare le prescrizioni di procedure diagnostiche necessarie ed appropriate in termini di efficacia e di rispetto della qualità di vita.

Il medico di medicina generale assume un ruolo determinante nella diagnosi tempestiva delle neoplasie, cui è legata, in buona parte, la possibilità di successo terapeutico. Il suo contributo è pertanto strategico nel cercare di ridurre le diagnosi tardive. E' utile pertanto, a tal proposito, prevedere a livello regionale la definizione e adozione dei provvedimenti necessari per ridurre i tempi di attesa degli accertamenti diagnostici e le consulenze specialistiche e, più in generale, per favorire la comunicazione, tra medici di medicina generale e medici specialistici, valorizzando in tal senso il ruolo istituzionale dei Dipartimenti SSB e l'integrazione assistenziale tra ospedale e territorio.

LE AZIENDE OSPEDALIERE

Hanno uno specifico ruolo assistenziale: il contributo delle Aziende Ospedaliere può essere differenziato in funzione delle condizioni locali contingenti. Un contributo di eccellenza può essere erogato da u.o. specialistiche (es.ORL, Dermatologia, Chirurgia plastica, Ginecologia, etc.).

I DIPARTIMENTI ONCOLOGICI

Vanno distinte 2 differenti tipologie dipartimentali:

Dipartimento Oncologico Aziendale (DOA). Sono i dipartimenti che possono costituirsi all'interno delle strutture ospedaliere, sia pubbliche che private accreditate. Ne fanno parte l'Oncologia Medica, la Chirurgia orientata in senso oncologico, le Cure Palliative e la Radioterapia (se presenti nell'Ente). A queste Unità Operative (integranti il nucleo operativo del DOA) si possono aggregare, a seconda dei bisogni e/o delle specifiche realtà locali, in modo saltuario o permanente e preferibilmente sulla base di specifici progetti (ad es. di "outcome research"), altre competenze specialistiche, quali Anatomia Patologica, Ematologia, ORL, Ginecologia, Urologia, Dermatologia. I DOA presentano una caratterizzazione tipicamente strutturale e non si differenziano, da questo punto di vista, dagli altri dipartimenti (di Medicina, Chirurgia, Neuroscienze...) previsti dalle attuali normative. Pertanto essi avranno compiti di razionalizzazione delle risorse, di contrattazione dei budget, di miglioramento della qualità delle prestazioni e di quant'altro richiesto.

Dipartimenti Interaziendali Provinciali Oncologici (DIPO). Sono i 22 dipartimenti che si sono costituiti a seguito delle indicazioni del POR 1999-2001 (vedi tabelle.) e che rappresentano un momento assolutamente originale ed innovativo dell'organizzazione regionale per la lotta alle malattie neoplastiche.

Provincia	Numero	Denominazione
Milano	I	A.O. - Ospedale Niguarda Ca' Granda
Milano	II	A.O. - Fatebenefratelli
Milano	III	Istituto Nazionale Neurologico – C.Besta
Milano	IV	IRCCS - Istituto Tumori
Milano	V	A.O. – San Paolo
Milano	VI	A.O. – San Carlo Borromeo
Milano	VII	IRCCS – Ospedale Maggiore
Milano	VIII	A.O. – Luigi Sacco
Milano	IX	A.O. – San Gerardo dei Tintori
Milano	X	A.O. –Vimercate
Milano	XI	A.O. – Legnano
Milano	XII	A.O. – Melegnano
Varese	XIII	A.O. – Fondazione Macchi
Como	XIV	A.O. – S. Anna
Sondrio	XV	ASL – Ospedale Civile
Lecco	XVI	A.O. – Ospedale di Circolo
Bergamo	XVII	A.O. – Ospedali Riuniti
Brescia	XVIII	A.O. – Ospedali Civili
Cremona	XIX	A.O. – Istituti Ospitalieri
Mantova	XX	A.O. – Istituti Ospitalieri C. Poma
Lodi	XXI	A.O. – Ospedale Maggiore
Pavia	XXII	A.O. – Provincia di Pavia

Alla base della istituzione del DIPO vi sono i principi della integrazione e della interdisciplinarietà orientata al paziente che è posto al centro del progetto assistenziale. Il buon risultato è pertanto il frutto della integrazione delle varie competenze che vedono il dipartimento come realtà operativa che aggrega diverse discipline non in funzione della loro matrice (es. chirurgica, medica, ecc.), o dell'organo interessato (es. cuore, polmone ecc.), ma del paziente.

E' questa una concezione di alto profilo che permette al dipartimento di guardare al malato "a tutto tondo", attuando una programmazione di percorsi (diagnostico-terapeutici e clinico assistenziali) che prendono in considerazione tutte le fasi della sua vicenda comprese quella preventiva ed a volte terminale.

Il Dipartimento oncologico è pertanto lo strumento principale e centrale per la cura del paziente oncologico. La struttura operativa potrà essere di tipo strutturale o funzionale o misto a seconda delle scelte strategiche aziendali che possono comunque essere orientate a renderlo il più autonomo possibile in termini economici e decisionali oppure essere orientate ad integrare gli aspetti clinici ed economici di strutture e realtà territoriali diverse e hanno lo scopo di realizzare un approccio unitario al paziente mediante la programmazione di percorsi diagnostico-terapeutici e clinico-assistenziali che prendano in considerazione tutte le fasi della storia naturale della malattia, dalla prevenzione alla eventuale attuazione delle cure palliative nella fase terminale.

Il DIPO rappresenta pertanto un nodo fondamentale della rete oncologica e un momento di collegamento e di integrazione tra tutti i soggetti che si occupano della patologia oncologica. In particolare è necessario che metta in atto tutte le azioni per realizzare una reale integrazione tra ospedale e territorio ricercando la collaborazione con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta che devono cooperare alla riduzione delle attese ed alla definizione dei percorsi clinico-assistenziali.

Le caratteristiche del DIPO sono prevalentemente rivolte alla attuazione di alcuni obiettivi fondamentali, già scanditi nel PSSR 2001-2003:

- **migliorare l'accesso** alle prestazioni (in particolare, accesso alla prima visita specialistica entro 10 giorni e avvio del processo terapeutico integrato entro le successive 2 settimane).
- **definire percorsi clinico-assistenziali** condivisi per le principali patologie tumorali (mammella, gastroenterico, polmone, prostata...), sulla base anche di linee-guida prodotte dagli organismi sanitari (ASSR, CNR...) e/o dalle società scientifiche (es. AIOM), e concordare con gli operatori i principali indicatori per il monitoraggio della applicazione dei protocolli medesimi e la valutazione dell'effettivo raggiungimento degli obiettivi, nonché le modalità della rilevazione;
- **assicurare la effettiva interdisciplinarietà** dei processi terapeutici,
- **puntare alla crescita progressiva delle competenze specialistiche**, programmandone la realizzazione laddove carenti e, quando è il caso, limitando la eventuale ridondanza di servizi e tecnologie sofisticate;

- **curare la formazione degli operatori** attraverso una pianificazione coordinata e orientata all'ECM di tutti i momenti di aggiornamento culturale e tecnologico degli operatori sanitari, anche in stretto collegamento con le strutture universitarie di riferimento per la specifica realtà geografica;
- **promuovere e coordinare la ricerca clinica e traslazionale** in tutte le aziende ospedaliere pubbliche e private afferenti, così da rispondere in modo efficace e ordinato alle richieste degli ammalati e delle loro famiglie nei confronti di trattamenti sempre più attivi e aggiornati. A tale proposito, è fortemente raccomandato uno stretto collegamento con i Gruppi Cooperativi di Ricerca presenti in ambito nazionale o regionale;
- **collegarsi con le Associazioni di volontariato** e di sostegno presenti sul territorio, così da assicurare la miglior comunicazione ed integrazione con i pazienti e con tutta la società civile. Si dovranno altresì prevedere momenti di confronto tra dipartimenti e i coordinatori delle associazioni.
- **sperimentare modelli organizzativi** per una reale integrazione tra ospedale e territorio, sia nella fase delle terapie attive antitumorali che nella programmazione di iniziative di prevenzione e diagnosi precoce, anche nella prospettiva di limitare il ricorso alla ospedalizzazione;
- **assicurare un efficace follow-up** al paziente oncologico, garantendo una effettiva continuità terapeutica ed assistenziale mediante attivazione dei servizi per le cure palliative e integrazione con i MMG e i servizi territoriali grazie all'azione di coordinamento dei Distretti e dei Dipartimenti SSB;

Relazione annuale. Ogni DIPO deve presentare annualmente alla Direzione Generale Sanità e, quindi alla Commissione Oncologica regionale una relazione “consuntiva” e una di “previsione” in cui tra l'altro, siano riportate le “linee guida” prodotte, lo stato di attuazione delle rete organizzativa attivata e di quella che si intende attivare e le forme di coinvolgimento attuate con le Associazioni. Nella stessa relazione dovranno essere forniti i dati relativi ad alcuni indicatori di processo e di risultato richiesti e definiti dalla Direzione Generale Sanità.

GLI IRCCS

Gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico sono istituzioni il cui scopo primario è di condurre la Ricerca Traslazionale, di trasferire cioè nella pratica clinica le novità emergenti dalla ricerca di laboratorio. Si tratta di programmi di ricerca articolati, complessi, che sono possibili in quelle istituzioni nelle quali lavorano a stretto contatto ricercatori di base e clinici e che proprio per la loro complessità necessitano di una collaborazione a livello nazionale e internazionale. Questa necessità è stata sentita da molti anni e per questo i Direttori Scientifici degli IRCCS Oncologici hanno da sempre collaborato in modo informale con lo scopo dichiarato di sviluppare una politica comune. I risultati non sono stati particolarmente brillanti perché l'unico vero punto di collaborazione è stata la richiesta di finanziamento della “ricerca finalizzata”.

Fino a poco tempo fa i tentativi di un coordinamento più stretto sono falliti per una serie di motivi legati alla disomogeneità delle strutture, alla convinzione che ciascun istituto avrebbe potuto agire da solo e alla precarietà della gestione degli Enti, commissariati da anni.

La mancanza di una struttura giuridica che legasse gli istituti sulla base di un programma espresso in uno Statuto associativo vincolante non ha consentito la collaborazione tra IRCCS Oncologici e tra gli IRCCS che si occupano anche di Oncologia, tra gli IRCCS Oncologici e l'Università, tra gli IRCCS Oncologici e le strutture oncologiche ospedaliere.

Nell'estate del 2002 è stata formalizzata, d'accordo con il Ministro della Salute, un'associazione tra gli IRCCS Oncologici pubblici e privati denominata Alleanza Contro il Cancro (ACC) i cui scopi sono di promuovere ed agevolare lo scambio d'informazioni, di conoscenza, di risultati scientifici e di personale tra gli associati e tra questi e soggetti terzi al fine di elevare ed uniformare il livello della ricerca italiana in campo oncologico e favorire il trasferimento dei suoi risultati nella pratica clinica.

Questa nuova realtà consente, se adeguatamente utilizzata, una più razionale ridistribuzione dei fondi pubblici ed offre una più concreta possibilità di coinvolgere nella ricerca capitali a rischio ed un dialogo meno sproporzionato tra l'industria e gli Enti dedicati alla ricerca. Gli IRCCS Oncologici (e che si occupano anche d'oncologia), coordinati tra loro a livello nazionale, previ accordi con l'Università e gli Enti Ospedalieri devono diventare punti nodali della ricerca traslazionale e coordinatori della ricerca clinica propriamente detta. La Regione può trovare in ACC un utile interlocutore per modulare le attività di ricerca sulle necessità del sistema sanitario regionale. Si realizzerebbe così un circuito virtuoso che da un lato offre alla Regione una presenza più consistente nelle attività di ricerca e dall'altro consentirebbe agli IRCCS (supportati da un piano oncologico nazionale) una più consistente presenza a livello regionale quali centri di coordinamento ed indirizzo della ricerca sanitaria condotta anche da altre strutture sanitarie.

Gli IRCCS possono sviluppare programmi di educazione e formazione post-laurea in collaborazione con i Dipartimenti Universitari e migliorare la distribuzione delle informazioni utilizzando il portale e-oncology.it sviluppato da ACC.

L'UNIVERSITA'

Nell'innovato contesto delle relazioni tra Enti ed Istituzioni a livello regionale è centrale il ruolo dell'università per la realizzazione degli obiettivi di formazione e valorizzazione delle risorse umane del SSR. Ciò riguarda la formazione all'esercizio della professione medica, e la formazione specialistica nelle distinte discipline medico-chirurgiche e la formazione delle altre professioni sanitarie (rafforzate dalla trasformazione in laurea triennale dei precedenti diplomi universitari). A tal fine sarà importante l'apporto delle competenze professionali sviluppate in ambito clinico e diagnostico ospedaliero, a beneficio della didattica.

Per quanto riguarda specificamente il piano di interventi in campo oncologico, il ruolo dell'università dovrà svolgersi principalmente nel dare impulso agli aspetti, già contenuti nel PSSR, che possono permettere di:

- **Sviluppare sinergie tra atenei**, al fine di creare razionalizzazioni in termini quantitativi dell'offerta formativa, favorendo altresì la creazione di aree di eccellenza didattica in campo oncologico;
- **Favorire la collaborazione** tra regione, università e strutture erogatrici sanitarie, pubbliche e private, nel campo dell'orientamento della domanda formativa, indirizzando le scelte dei giovani anche verso le professionalità attinenti alle discipline oncologiche.
- **Favorire gli accordi tra facoltà diverse** (es. Medicina, Ingegneria, Economia), pur nella valorizzazione dell'autonomia universitaria, al fine di superare barriere non più rispondenti alle esigenze moderne, dettate dalla compenetrazione dei diversi saperi e delle tecnologie, accordi che assumono un ruolo primario nella prospettiva di contemperare l'esigenza di mantenere elevato il livello dei servizi con il razionamento delle risorse.
- **Sviluppare il tema della ricerca scientifica in ambito oncologico** che vede l'impegno regionale rivolto a promuovere un ruolo centrale dell'università, in termini propositivi e realizzativi, in un'ottica di partenariato, di progettualità ai livelli più elevati in campo europeo.

LE ASSOCIAZIONI , IL VOLONTARIATO ED IL TERZO SETTORE

Il principio che va ispirando in Europa il processo di riforma istituzionale è quello della sussidiarietà, che sta acquisendo ruolo di principio costituzionale cardine a livello europeo. Il suo inserimento nel trattato di Maastricht è espressione della volontà degli Stati membri di costruire una nuova statualità incentrata sul decentramento, sul pluralismo delle istituzioni e sui diritti dei cittadini, nel solco della tradizione solidaristica propria della storia europea.

Dobbiamo tuttavia distinguere due tipi di sussidiarietà: quella verticale e quella orizzontale:

- la **sussidiarietà verticale**, comporta una delega agli Enti Locali (Comuni e Province) ed alle ASL prevalentemente delle funzioni di gestione, ed in parte di funzioni programmatiche e di controllo;
- la **sussidiarietà orizzontale**, comporta il fatto di assegnare alla persona, alla famiglia e alle organizzazioni private profit e non profit un ruolo decisivo nell'autosoddisfacimento dei propri bisogni e nella gestione dei servizi e degli interventi.

Nell'ambito più specifico delle cure palliative, il volontariato e il non-profit o, in termini più generali, il privato sociale occupa sicuramente un posto di rilievo dando così numerosi esempi di applicazione del principio di sussidiarietà. L'utilizzo spesso indiscriminato e confuso di queste parole per indicare le diverse realtà implicate, indica che manca ancora una definizione precisa che consenta una comunicazione univoca⁸.

⁸ **Privato sociale**: con questa locuzione si intendono i diversi enti e associazioni che operano nel settore della solidarietà sociale. Sono "privati" perché si tratta di organizzazioni che nascono sulla base di accordi privatistici tra gruppi di cittadini e che non sono emanazioni dello Stato o degli Enti locali. Il tratto distintivo di queste organizzazioni rispetto ad altre imprese, ditte o

In altre parole, il Terzo Settore comprende l'universo vasto e variegato di soggetti della società civile, come l'associazionismo, il volontariato, le cooperative sociali e la cooperazione internazionale, imprese non-profit, movimenti e fondazioni la cui finalità è la realizzazione di attività che, nel loro insieme, danno vita ad un'economia sociale partecipativa, che mette al primo posto i bisogni e non i profitti, la cooperazione e non la competitività, il valore sociale e non quello di individualismo, la comunità e non la dimensione corporativa.

I rapporti tra terzo settore e Regione Lombardia

La fonte normativa più importante che regola i rapporti tra il Terzo settore e la Regione Lombardia è la L.R. n.23 del 1999, "Politiche regionali per la famiglia". Questa legge riconosce la famiglia quale soggetto sociale rilevante e dispone una serie di interventi atti alla sua valorizzazione e al suo sostegno. In relazione alla realizzazione di questa finalità, si dice tra l'altro che la Regione Lombardia persegue l'obiettivo di "promuovere e sostenere le iniziative finalizzate alla creazione di reti primarie di solidarietà, l'associazionismo e la cooperazione al fine di favorire forme di auto-organizzazione e di aiuto solidaristico tra le famiglie per la cura di bambini, degli adolescenti, degli anziani, dei disabili" (art.1, comma 1, lettera j).

La legge regionale sancisce il principio di sussidiarietà e dispone espressamente che "in attuazione del principio di sussidiarietà, in base al quale vengono gestite dall'ente pubblico le funzioni che non possono essere più adeguatamente svolte dall'autonomia dei privati come singoli o nelle formazioni sociali in cui si svolge la loro personalità, valorizza e sostiene la solidarietà tra le famiglie, promuovendo le associazioni e le formazioni di privato sociali....."(art.5, comma 1).

L'integrazione nella rete

In questi ultimi anni la Regione Lombardia ha cercato di intraprendere un'opera di maggior integrazione tra strutture pubbliche e strutture private. In quest'ottica ha cercato di eliminare quella barriera invisibile che divideva, e a volte contrapponeva, pubblico e privato, favorendo l'interazione tra Enti Pubblici ed Enti Privati.

Il ruolo che in questi anni queste associazioni hanno svolto anche, e forse più che in altri settori, in campo oncologico, è stato determinante sia sul versante della ricerca che su quello dell'assistenza anticipando spesso soluzioni e modalità nuove di intervento, vicariando la funzione istituzionale a volte lenta a recepire le istanze dei cittadini soprattutto in termini di assistenza. Esse rappresentano perciò un esempio di quella sussidiarietà e di quella iniziativa della società civile che caratterizza molti ambiti della realtà oncologica lombarda.

Il loro patrimonio, di capacità umane, professionali ed organizzative è un bene al quale attingere e che necessita di una valorizzazione adeguata per completare il percorso dei malati oncologici: ricerca, assistenza di volontariato nei reparti di degenza, accoglienza, informazione e formazione, assistenza domiciliare, hospice sono alcune delle forme con le quali sono nate queste associazioni e che devono trovare la possibilità di integrarsi con quanto, da parte loro, le strutture pubbliche sono chiamate a svolgere. Le collaborazioni nate in occasione dell'implementazione delle campagne di screening sono un altro esempio (piccolo ma estremamente

aziende è la finalità di tipo sociale. Un altro termine che chiarisce questo aspetto è "ente non commerciale" oppure "ente non-profit", cioè senza fini di lucro.

significativo) di come, mantenendo chiari compiti e responsabilità, realtà pubbliche e private possano unire gli sforzi per migliorare lo stato di salute dei cittadini. Nell'ottica della prospettiva tracciata del PSSR 2002-2004 che apre alla sperimentazione di forme nuove di collaborazione pubblico-privato, sia nel campo della ricerca che dell'assistenza, è necessario che, nel triennio di vigenza del POR, si possa favorire la nascita di progetti che, ponendo al centro il paziente oncologico, permettano una integrazione di tutte le componenti in gioco, rispondendo ai bisogni espressi ma esplorando forme nuove che tengano in considerazione la persona, il contesto in cui si trova e l'ottimizzazione dell'uso delle risorse, a partire dall'uso efficace del voucher.

Su questo aspetto la sperimentazione in atto sulla distribuzione del voucher sociosanitario potrà rappresentare uno strumento al servizio della gente, tanto più idoneo quanto più "spendibile" in una gamma di soluzioni terapeutico-assistenziali diverse. Da questo punto di vista, quindi, non si vuole indicare alcun modello da seguire, ma tracciare gli argini all'interno dei quali esista l'opportunità per valorizzare tutte le esperienze in atto: libertà di scelta del cittadino e dei soggetti erogatori di servizi da un lato, innovazione nell'organizzazione delle risposte ai bisogni di salute dall'altro.

GLI OBIETTIVI DEL PIANO DI INTERVENTI IN CAMPO ONCOLOGICO

REALIZZARE UNA RETE INTEGRATA DI SERVIZI SANITARI E SOCIALI PER L'ASSISTENZA AI MALATI ONCOLOGICI

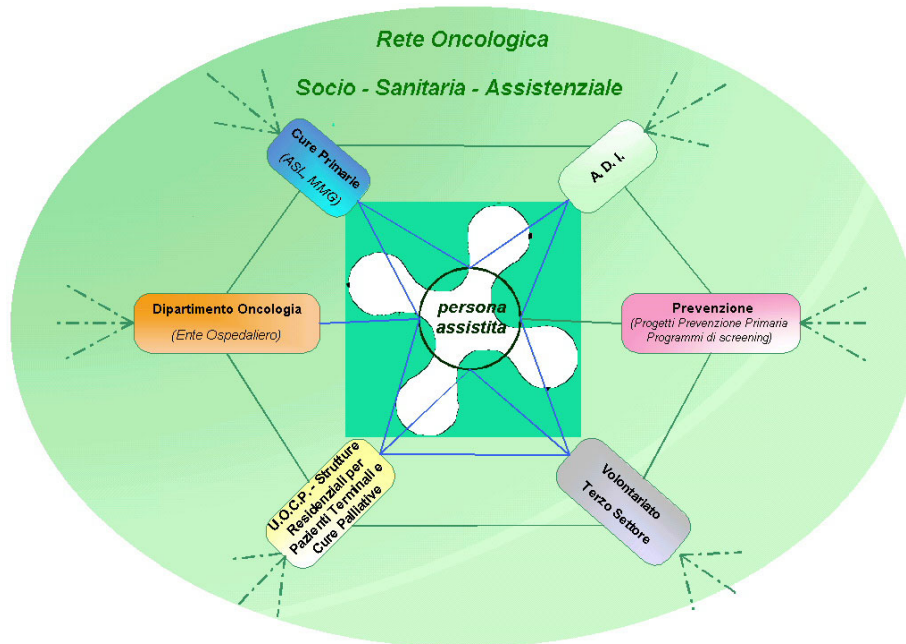
LA RETE ONCOLOGICA LOMBARDA

Oggi il paziente oncologico può “perdersi” tra vari servizi, strutture e regimi sanitari e socio sanitari. A volte succede che i vari operatori dialoghino con il paziente in modo sordinato causando a volte ridondanze e incoerenze con ricadute sul singolo paziente e sul sistema in generale. Si rende pertanto necessario realizzare un sistema, la rete oncologica, in modo tale che il paziente, qualsiasi sia la porta di entrata del sistema sanitario o socio-sanitario, possa disporre di cure ed assistenza appropriate e specifiche coerenti con la sua storia.

L'obiettivo principale è quello di facilitare lo scambio di informazioni tra tutti i soggetti che si occupano di patologia oncologica per dare maggiori garanzie al malato neoplastico di ricevere cure appropriate. **L'elemento di coordinamento tra i vari nodi della rete diviene così il caso clinico quale parte centrale della comunicazione.**

La Rete Oncologica Lombarda (ROL) è oggi potenzialmente costituita da tutte le strutture e dalle persone che rivolgono la loro attività di cura ed assistenza al paziente oncologico nelle varie fasi della malattia. Lo schema seguente prevede che della Rete facciano parte integrante, oltre al Dipartimento Oncologico in senso stretto (Oncologia Medica, Radioterapia, Anatomia Patologica, Cure Palliative ...) tutti quei soggetti che, pur non facenti parte del Dipartimento stesso, si relazionano

con il paziente neoplastico in una o più fasi della malattia. A puro titolo di esempio si possono elencare: associazioni che svolgono funzione di informazione sanitaria, strutture di diagnostica, Unità Operative (UO) chirurgiche (generali e specialistiche), associazioni di volontariato per relazioni di supporto, ASL nelle loro funzioni di protezione in ambiente di vita e di lavoro, in quelle di prevenzione primaria (educazione, stili di vita, ...) e secondaria (screening), in quelle d'assistenza domiciliare (AD), Unità Operative di Cure Palliative e strutture residenziali extra ospedaliere (hospice). La rappresentazione grafica mostra al centro del sistema la persona assistita ed il ruolo di "governance" della Regione.



Lo schema rappresenta infine le connessioni (la trama della rete) di fondamentale importanza per unire le varie strutture. **Il potenziale che deve circolare nella rete sono le informazioni di tipo clinico, tecnologico, ed economico che fanno in modo che tra i vari soggetti si creino alleanze o cooperazioni miranti a sfruttare i vantaggi delle reciproche complementarità.**

Rispetto ad una rete fisica costituita da strutture, la ROL si caratterizza proprio per le connessioni e per il contenuto specifico delle connessioni. La ROL è pertanto un sistema che mette in comunicazione tutti i soggetti che si occupano di patologia oncologica e che consente una sorta di auto-organizzazione generata dall'uso della informazione.

Tutti i soggetti che si occupano del malato oncologico possono far parte della ROL. La partecipazione alla rete è automatica qualora il soggetto si adegui al linguaggio formale della rete e consenta la condivisione delle proprie informazioni. La costruzione della ROL presuppone perciò che si modifichi il modo di lavorare all'interno delle varie unità organizzative in modo che il potenziale comunicativo sia essenzialmente indirizzato, nell'interesse del malato, al miglioramento dei rapporti interni ed alla maturazione della propria specificità clinica. In questo senso la ROL

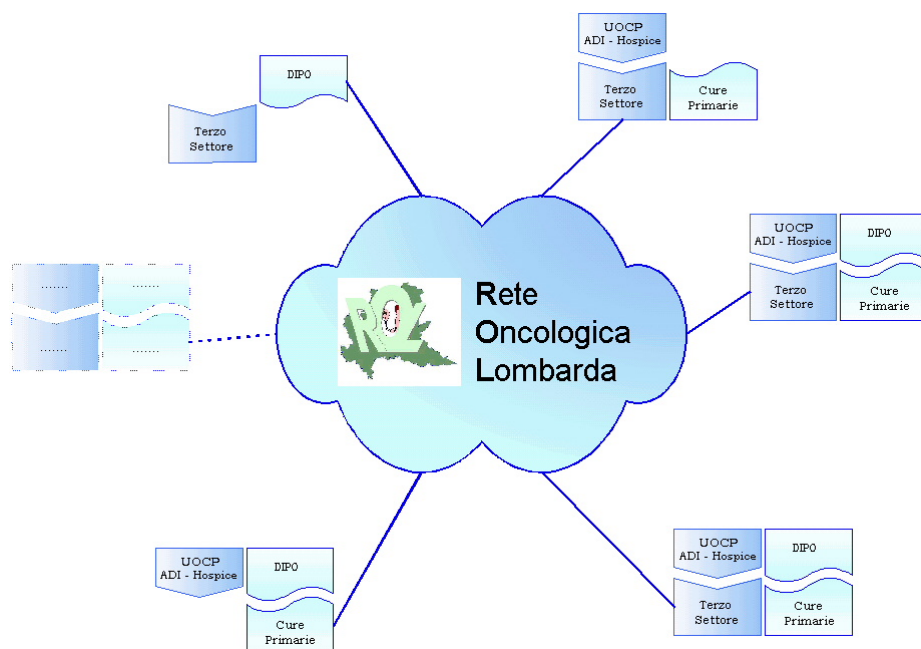
è una modalità organizzativa che genera valore per la persona malata. Tale valore si genera attraverso l'uso efficiente della conoscenza che a sua volta si traduce in interventi qualificati ed appropriati. La ROL è pertanto un circuito di comunicazione e di specializzazione delle attività costituita **da una pluralità di “nodi” del tutto autonomi** con il fine di mettere assieme le conoscenze possedute, favorire la reciproca specializzazione o originalità in favore del malato oncologico quale elemento centrale e di integrazione del sistema.

La ROL avrà sviluppo se saranno create una serie di condizioni tra le quali risulta primaria la dimostrazione dei reciproci benefici per i vari nodi della rete. La ROL dovrà essere uno strumento aperto e flessibile in grado di modificarsi rapidamente qualora dovessero insorgere elementi nuovi o fatti contraddittori.

Per raggiungere questo obiettivo è necessario programmare il livello di interventi da attuare in ogni singolo presidio ospedaliero che, in base alla logica stessa della rete, andrà differenziato secondo un modello che, per quanto concerne l'erogazione di specifiche prestazioni, deve tener conto, già in fase di progettazione virtuale, di un'ovvia gradualità: ad esempio, in riferimento al percorso terapeutico, in un presidio ospedaliero il paziente può utilizzare strutture di chirurgia generale e di chirurgia specialistica (urologia, maxillo-facciale, ecc...), di oncologia medica (degenza, day-hospital, ambulatori), di radioterapia e di cure palliative; in altri troverà invece strutture di chirurgia generale, day-hospital di oncologia ed ambulatorio oncologico. Questo non costituirà un sottoslivellamento scientifico-culturale per i presidi in grado di erogare una minore tipologia di prestazioni se gli operatori saranno comunque attori della rete non solo in termini di creazione (fondazione) ma anche e soprattutto di mantenimento (necessità di aggiornamento di linee guida, di protocolli diagnostico-terapeutici, di fase di ricerca clinica della Rete stessa o di gruppi cooperatori, ecc...). Una razionalizzazione di questo tipo, stante una struttura come le Rete che si sostiene dalla rapida circolazione dei flussi informativi dovrebbe raggiungere in tempi brevi obiettivi di “efficacy/efficiency” (razionalizzazione-utilizzo delle risorse umane soprattutto se, sia a livello medico che infermieristico, possiedono una professionalità specifica; razionalizzazione dei percorsi diagnostici; razionalizzazione della spesa farmaceutica; ecc...). Per facilitare lo scambio di informazioni è possibile pensare ad una cartella oncologica unitaria con un “*minimum data set*” comune a tutti.

INTEGRAZIONE TRA ROL, DIPO e UOCP

Il Dipartimento Provinciale Oncologico (DIPO) è uno dei “nodi” forti della ROL che si caratterizza per la disponibilità di risorse tecnologiche, prestazioni e servizi, professionalità e capacità circa la diagnosi e cura della patologia oncologica. Da un punto di vista di sistema rappresenta un sottoinsieme della ROL di cui ripropone le caratteristiche intrinseche. Anche le unità di cure palliative qualora organizzate in rete rappresentano un sottoinsieme della ROL.



Senza entrare nel merito della realizzazione tecnica della ROL è però necessario puntualizzare che la rete dovrà utilizzare il sistema infrastrutturale messo a disposizione dal progetto CRS-SISS. E' infatti fondamentale che la rete consenta comunicazione, cooperazione ed interoperatività sicure fra gli operatori socio-sanitari (MMG, PLS, etc.), le organizzazioni socio-sanitarie locali (Aziende o Strutture) e centrali (DG Sanità e DG Famiglia e Solidarietà Sociale), e i cittadini con lo scopo di realizzare processi socio sanitari ottimizzati. L'infrastruttura deve rendere immediato lo scambio delle informazioni ma nel contempo deve rispettare l'autonomia di Aziende, strutture ed operatori e garantire il rispetto della normativa relativa alla privacy. Il progetto CRS-SISS rappresenta pertanto l'alveo naturale in cui far scorrere le informazioni. Tra l'altro una macro-scelta architettuale effettuata dal suddetto progetto, è quella di adottare in modo generalizzato il modello Internet. L'adozione della tecnologia Internet costituisce la scelta più importante dal punto di vista tecnologico e rappresenta uno degli elementi fondamentali per lo sviluppo futuro.

Azioni prioritarie 2004-2006 per la realizzazione della ROL

- **Predisposizione di un progetto di costituzione della Rete Oncologica** regionale entro sei mesi dall'approvazione del piano di interventi in campo oncologico. Il progetto dovrà articolarsi ed essere rispondente ai principi ed alle modalità operative indicate nel piano. In particolare il progetto dovrà prevedere i seguenti punti :
 - **Definire i criteri e le regole per l'adesione alla ROL**, i requisiti tecnologici e gli indicatori per il monitoraggio del funzionamento della stessa.

- **Definire le regole di garanzia della privacy** per la circolazione delle informazioni e la predisposizione di un codice etico di partecipazione ed utilizzo della rete.
- **Svolgere una diffusa ed efficace attività di informazione** nei confronti dei medici di famiglia e della popolazione. Ogni cittadino deve sapere che se usufruisce di prestazioni erogate da soggetti che fanno parte della ROL ha una maggior garanzia di ricevere cure appropriate e di elevata qualità.



Per fare questo è necessario rendere identificabili le strutture che costituiscono la rete (logo specifico) ed individuare le modalità migliori per far conoscere ai cittadini i relativi vantaggi.

- **Fissare i contenuti e le modalità per la formazione** e l'aggiornamento del personale medico ed infermieristico sia intra che extra ospedaliero e degli altri soggetti partecipanti alla rete.
- **Definire il “linguaggio” formale** della rete con la precisazione dei tempi e delle fasi di sviluppo.

LE MACROAREE E GLI OBIETTIVI DELLA RETE

La rete dovrebbe essere costituita dalle seguenti macroaree:

- **MACROAREA 1:** Educazione ed orientamento al pubblico
- **MACROAREA 2:** Programmi di prevenzione primaria
- **MACROAREA 3:** Programmi di prevenzione secondaria
- **MACROAREA 4:** Cura della persona malata, interscambio d'esperienze e teleconsulto
- **MACROAREA 5:** Gestione del malato in fase avanzata
- **MACROAREA 6:** Conoscenza e ricerca

ROL - MACROAREA 1: EDUCAZIONE ED ORIENTAMENTO AL PUBBLICO

Per questa specifica attività è indispensabile “volgarizzare” il messaggio scientifico. Particolare attenzione deve essere data alla identificazione delle patologie passibili di prevenzione primaria o secondaria. Questa sezione dovrebbe contenere anche informazioni sui tumori professionali e sulle normative attuali di protezione dell'ambiente di lavoro.

**LA
COMUNICAZIONE
DEL PIANO DI
INTERVENTI**

La sezione relativa all'orientamento deve contenere tutte le informazioni sulle strutture pubbliche e private cui rivolgersi per fugare un sospetto o risolvere un problema diagnostico o terapeutico. Curato dalla stessa Regione Lombardia dovrebbe comprendere quanto meno informazioni sulla durata dell'attesa prima di ottenere una prestazione.

L'informazione e la comunicazione sono oggi una risorsa strategica decisiva nel processo di erogazione dei servizi, come riconosce esplicitamente anche il Piano Socio Sanitario regionale 2002-2004.

Ciò assume una valutazione particolare in campo oncologico, dove i tumori non sono un'unica malattia, ma un'insieme di patologie molto diverse l'una dall'altra, dove i mezzi terapeutici sono assai diversificati e spesso devono esprimersi in modo coordinato, per ottenere diagnosi precoci e terapie tempestive, dove è necessaria un'attiva partecipazione degli utenti che devono essere adeguatamente informati ed educati. Ad operare in questo settore sono chiamati operatori socio-sanitari con varia professionalità (medici, chirurghi, radioterapisti, patologi, biologi) interni alle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate. Accanto ad essi vi è un gran numero di operatori delle strutture no profit che offrono un prezioso supporto soprattutto ai cittadini socialmente svantaggiati.

Per ottimizzare le risorse e coordinare le sinergie di tutti gli attori coinvolti nel piano di interventi in campo oncologico occorre un programma di comunicazione che preveda le sottoindicate fasi di intervento tra loro strettamente integrate.

Comunicazione istituzionale del piano, per informare:

- le istituzioni, i politici, i media
- tutti gli operatori coinvolti (direttamente o indirettamente) sia sulle singole realizzazioni, sia sullo sviluppo del progetto nel suo complesso.

Campagna di informazione e di sensibilizzazione rivolta a tutti i cittadini, che:

- aiuti lo sviluppo delle attività di prevenzione e di educazione contenute nel Piano
- illustri, informi e promuova i servizi messi a disposizione per prevenire e curare questa malattia, al fine di farli conoscere a tutti i cittadini perché ne possano adeguatamente usufruire. Conoscenza e utilizzo dei servizi aiutano i cittadini a stimolare comportamenti positivi ed un'attiva collaborazione nella prevenzione e cura della malattia.

Attivazione di una rubrica on line, realizzata sul sito internet regionale, strutturata con informazioni chiare e semplici per favorire l'acquisizione da parte dei cittadini di informazioni sui servizi offerti. Elaborazione di un progetto che preveda:

- indirizzi utili per avere informazioni sui servizi attivati;
- un collegamento (link) con le sessioni dedicate alle campagne specifiche di educazione e prevenzione primaria (antifumo, ecc...);

- un collegamento (link) con i progetti delle Aziende Ospedaliere aderenti alla rete lombarda “Health Promoting Hospitals” e con i progetti di educazione e promozione della salute delle ASL finalizzati a suggerire corretti stili di vita (corretta alimentazione, attività fisica...ecc.), al fine di stimolare gli operatori a lavorare in team con le altre Aziende e risorse del territorio;
- forum telematici di discussione riservato agli operatori, con lo scopo di condividere e risolvere problemi comuni.

ROL - MACROAREA 2: PROGRAMMI DI PREVENZIONE PRIMARIA

In questa sezione dovrebbe essere chiaramente indicato quali sono i tumori che beneficiano di un'attività educativa indirizzata alla prevenzione primaria e descritte in dettaglio tutte le modalità di prevenzione primaria. Qui il cittadino dovrebbe trovare anche un'attività di assistenza ed eventualmente tutte le indicazioni di dove rivolgersi per ottenere maggiori e personalizzate informazioni.

Le strategie e le proposte, cercano di tenere conto sia della complessità del contesto che delle possibilità di azioni concrete e di successo nell'ottica di un piano oncologico. Il mezzo multimediale (giornali, tv, radio, manifesti, etc.) associato ad attività di tipo “tradizionale” costituisce un importante valore aggiunto soprattutto nei messaggi rivolti alla frazione più giovane della popolazione lombarda. Una particolare attenzione dovrà essere data all'educazione in tema di prevenzione “genetica”: qui dovranno essere chiaramente definiti i limiti dell'attività in questo settore, le caratteristiche dei Centri autorizzati a svolgere quest'attività, il tipo d'informazione ottenibile.

All'interno di un coordinamento generale regionale, alle diverse componenti tecniche dovranno essere affidati sia la selezione tra quanto disponibile in letteratura o in atto nelle diverse realtà, sia l'elaborazione e lo sviluppo di programmi strutturati, affidati alle diverse aree dipartimentali in funzione del target di volta in volta interfacciato con le proprie risorse. Ad esempio per il Dipartimento di Prevenzione si tratterà della popolazione generale o di quella raggiungibile in diverse comunità, per il Dipartimento dei Servizi Sanitari di Base (Cure Primarie) si tratterà della azione educativa e preventiva conducibile con programmi strutturati utilizzati da MMG, dai PLS.

L'obiettivo principale di questa macroarea e quello di: **RIDURRE L'INCIDENZA** della malattia neoplastica

Come noto i tumori sono malattie dall'eziologia multipla, e molti e diversi sono pertanto i fattori che possono dare luogo ad un aumento o ad una diminuzione dell'incidenza. In termini generali si può parlare almeno di fattori genetici, di fattori ambientali, di abitudini di vita individuali, di fattori sociali e culturali, fattori il cui effetto e la cui rilevanza nell'aumento/diminuzione nell'incidenza della patologia oncologica non sono sempre ben conosciuti a livello scientifico.

Alla luce di queste considerazioni si possono quindi identificare fattori sui quali è più facile intervenire ed altri sui quali l'intervento è più difficile (se non impossibile), fattori sui quali si può influire attraverso la programmazione sanitaria (e le azioni

che ad essa conseguono) ed altri nei quali l'influenza non si può esercitare in ambito sanitario.

Le strategie e le proposte che vengono formulate nel seguito cercano di tenere conto sia della complessità del contesto che delle possibilità di azioni concrete e di successo nell'ottica di un piano oncologico.

LOTTA AL TABAGISMO

Il fumo di tabacco rappresenta uno dei principali fattori di rischio per molte patologie tumorali, nonché per quelle dell'apparato cardiovascolare e respiratorio. Studi epidemiologici, condotti in numerose situazioni e con diverse metodologie, hanno provato una relazione causale tra consumo di tabacco e neoplasie di almeno sette organi: polmone, cavo orale e faringe, esofago, laringe, pancreas, rene e vescica; di questi il polmone è l'organo principalmente e specificatamente colpito.

In Italia sono attribuibili al fumo di tabacco circa 90.000 morti l'anno; di questi circa il 90% sono deceduti a causa di un tumore polmonare.

Non meno importante si rivela l'esposizione al fumo involontario (o passivo) che, se negli adulti è causa di tumore al polmone, di malattie respiratorie e cardiovascolari, nei bambini causa decine di migliaia di episodi di asma acuta, bronchiti e polmoniti, nonché ritardato sviluppo respiratorio, malattie dell'apparato respiratorio superiore ed otite cronica. Il fumo nelle madri durante la gravidanza causa una significativa riduzione del peso alla nascita, è responsabile di una quota considerevole delle morti improvvise del lattante, ha gravi conseguenze per lo sviluppo della funzione respiratoria.

Il fumo di tabacco attivo rimane la principale singola causa prevenibile di morbosità e mortalità nel nostro Paese, come in tutto il mondo occidentale.

Il tabagismo è un fenomeno complesso che presenta molteplici aspetti di tipo socio-culturale e medico-psicologico, perché al tempo stesso definibile come "stile di vita", dipendenza patologica e fattore di rischio per patologie correlate. Come tale necessita di un approccio complessivo, preventivo e terapeutico, di tipo multidisciplinare, supportato da un sistema di rete territoriale di riferimento in cui le competenze professionali di operatori diversi possano integrarsi ed interagire in modo complementare e sinergico.

Per far fronte a tale situazione, la Regione Lombardia ha messo in atto più strategie operative, fra cui la definizione di linee guida per la lotta al tabagismo e la costituzione di un gruppo di studio regionale, che si è posto l'obiettivo di favorire l'attuazione operativa e capillare di tali linee guida in tutte le strutture sanitarie poste sul territorio regionale.

La prevenzione del tabagismo deve avvenire tramite l'azione di apposite task-force operative, che trovano riferimento e coordinamento nei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL con il coinvolgimento attivo della Lega Tumori Lombardia ed essere costituite da operatori di diversa formazione professionale, sia dell'area

psicoeducativa sia dell'area preventiva sanitaria, ma con esperienze in merito già sperimentate sul territorio, i cui compiti sono:

- promuovere interventi di sensibilizzazione e informazione della popolazione in generale, ma soprattutto dei gruppi a rischio, sui danni da fumo;
- attuare progetti educativi per le fasce d'età più giovani, in collaborazione con le istituzioni scolastiche in modo tale che gli interventi di prevenzione dell'abitudine tabagica diventino una costante dei programmi di educazione alla salute nelle scuole;
- collaborare coi medici di base, anche mediante supporto tecnico-informativo, promuovendo verso di loro attività di sensibilizzazione, formazione e verifica;
- essere punto di riferimento per la formazione specifica e continua degli operatori sanitari e dell'area educativa;
- fornire interventi terapeutici di disassuefazione dal fumo, ove specificatamente richiesti, attraverso strutture qualificate;
- sensibilizzare gli enti preposti alla vigilanza sull'osservanza del divieto di fumare nei locali pubblici e alla predisposizione di misure di tutela dei non fumatori nei luoghi di lavoro.

Le azioni prioritarie per gli anni 2004-2006⁹:

- **Prevenire l'acquisizione dell'abitudine al fumo tra i giovani;**
 - Campagne informative e di sensibilizzazione rivolte alla popolazione giovanile.
 - Progetto di educazione sanitaria per l'antiiniziazione al fumo di tabacco da utilizzarsi nella scuola.
- **Favorire la cessazione del fumo tra i soggetti fumatori;**
 - Promozione, nelle aziende sanitarie, di articolazioni funzionali per lo svolgimento di corsi intensivi per smettere di fumare e di altri programmi terapeutici, individuali o di gruppo, adeguati alla specificità della dipendenza da nicotina.
 - Formazione degli operatori che si occupano di disassuefazione.
 - Promozione di interventi, nei confronti della popolazione, di cessazione dal fumo di tabacco e di prevenzione verso fumo passivo, a cura dei MMG e Pediatri di Libera Scelta (PLS).
 - Eliminazione del fumo di tabacco all'interno delle strutture sanitarie e dotazione di strumenti per diminuire la prevalenza di fumatori tra gli operatori sanitari.
 - Campagne informati e di sensibilizzazione rivolte alla popolazione generale.

⁹Le fasi dettagliate delle azioni prioritarie individuate sono descritte nell'allegato A) del documento.

EDUCAZIONE ALIMENTARE

- **Proteggere i non fumatori dal fumo passivo.**
 - Verifica dell'applicazione dell'attuale legislazione e della relativa efficacia.
- **Valutazione degli interventi.**
 - Valutazione dell'efficacia degli interventi contro il tabagismo di monitoraggio costante dell'abitudine al fumo.

Quando si considera la patologia oncologica la dieta rappresenta un elemento dal quale non si può prescindere. Gli studiosi sono concordi nell'indicare come le abitudini alimentari siano all'origine di una rilevante quota (stimata attorno al 30%) di tumori, e vi è anche una certa concordanza nell'individuare specifici elementi di interesse: ad esempio, una dieta ricca di grassi si ritiene che favorisca la insorgenza di tumori, mentre una alimentazione ricca di altre sostanze (ad. esempio ricca di frutta, vegetali e fibre) si ritiene sia preventiva della insorgenza di molte patologie oncologiche.

In particolare una corretta alimentazione sin dalle prime fasi di vita contribuisce a porre le basi per una efficace prevenzione dei tumori, ma anche di molteplici condizioni patologiche, ed inoltre favorisce la promozione della salute dei cittadini. Stimolare già nel bambino comportamenti e gusti alimentari corretti diventa uno strumento di particolare importanza per il conseguimento degli obiettivi di promozione e tutela della salute individuati dal Piano Socio-Sanitario Regionale per gli anni 2002-2004.

Nel contesto più generale, quindi, di un piano di educazione alimentare che promuova stili di vita più salutari, il piano di interventi in campo oncologico può costituire un punto privilegiato di stimolo e di osservazione, proponendo obiettivi specifici che aiutino lo sviluppo del progetto complessivo.

Le azioni prioritarie per gli anni 2004-2006

Tre possono risultare gli obiettivi di particolare interesse da realizzare durante il periodo di vigenza di questo piano:

- **Una azione orientata alla ristorazione scolastica**, anche alla luce delle linee guida già emanate (1998, 2002), che sappia coinvolgere scuola, sanità e famiglia, ma anche, ad esempio, chi produce gli alimenti. La ristorazione scolastica rappresenta un'occasione privilegiata per l'avvio e lo sviluppo di strategie educative che potenzino un corretto approccio nei confronti della alimentazione, con iniziative mirate a sviluppare un maggior consumo di gruppi di alimenti che svolgono nei confronti della salute una funzione protettiva (vegetali, frutta, prodotti ittici, latte, ...).
- **Una azione orientata alla ristorazione ospedaliera**, per la quale sono state emanate linee guida nel 2001. Anche da questo ambito, peculiare perché mette a tema il cittadino in condizione di particolare fragilità, possono venire stimoli per una campagna di educazione ad una corretta alimentazione.
- **Una azione orientata più in generale all'intero territorio**, attraverso il coinvolgimento dei Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione. Si tratta di

organizzare iniziative di prevenzione specifica, da collegare con altre iniziative di prevenzione (screening, lotta al tabagismo, ...), che anche attraverso l'adozione di opportune tecniche di comunicazione sappiano aiutare i cittadini ad orientare le loro abitudini alimentari verso comportamenti più salutari.

In termini generali bisognerebbe superare quegli approcci che inducono nei destinatari della azione educativa un senso di colpa o di coercizione (così che la prevenzione diventa sinonimo di frustrazione) favorendo invece il ricorso a messaggi positivi.

LA QUALITA' DELL'ARIA

La qualità dell'aria che respiriamo ha un importante impatto sulla salute dei cittadini lombardi, ed è per questo motivo che il SSR ha svolto negli ultimi tempi un ruolo di rilievo per prevenire le malattie associate ad una cattiva qualità dell'aria. Non è un caso infatti che il Piano Socio-Sanitario Regionale 2002-2004 contenga un riferimento esplicito alla prevenzione delle malattie dell'apparato respiratorio, e tra di esse quelle di tipo oncologico.

Oltre al fumo di tabacco, l'inquinamento dell'aria da traffico autoveicolare, da impianti di riscaldamento domestico e da impianti industriali è ritenuto all'origine di alcune patologie oncologiche dell'apparato respiratorio, suggerendo l'utilità di individuare azioni prioritarie da inserire nel presente piano di interventi in campo oncologico.

La qualità dell'aria in Lombardia (ed in particolare nell'area metropolitana milanese) è sotto osservazione da tempo, ed oggi l'attenzione è soprattutto rivolta al controllo delle polveri sottili (PM10, PM2.5) che sono ritenute particolarmente dannose per la salute dei cittadini (si vedano, in proposito, i Rapporti Salute e Ambiente in Lombardia curati dalla Direzione Generale Sanità). Molte sono le iniziative non sanitarie in corso, ma qui è utile ribadire la necessità che la lotta per un miglioramento della qualità dell'aria abbia come obiettivo esplicito (senza con ciò escluderne altri) la tutela della salute dei cittadini, ed in particolare la prevenzione delle patologie oncologiche associate ad una qualità dell'aria deteriorata.

Nell'allegato c) del presente documento sono indicate le azioni intraprese e le principali norme introdotte negli ultimi tempi.

Azioni prioritarie 2004-2006

- **Potenziare l'azione dei Dipartimenti di Prevenzione** delle ASL per quanto riguarda l'informazione alla popolazione, il raccordo tra i dati relativi alla qualità dell'aria e lo stato di salute dei cittadini, la collaborazione con l'ARPA nella vigilanza e nel controllo delle fonti inquinanti
- **Favorire il rapporto tra i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL ed i Dipartimenti Oncologici** al fine di individuare azioni collaborative e sinergiche per diminuire l'impatto della patologia oncologica legata alla qualità dell'aria
- **Procedere ad un riordino, specie per l'area metropolitana milanese**, della rete dei Servizi e dei Presidi così da favorire l'implementazione di azioni concordate e

coordinate per la prevenzione ed il contenimento della patologia oncologica associata ad una cattiva qualità dell'aria

I TUMORI PROFESSIONALI

La letteratura specifica indica in una percentuale compresa tra il 2% ed il 8% la quota complessiva di mortalità per tumori che sarebbe attribuibile a fattori occupazionali. Questa quota, che risulta ovviamente più elevata quando si consideri non la popolazione generale bensì i soli lavoratori esposti, porta alcuni autori a stimare che in Lombardia ogni anno si dovrebbero registrare da 600 a 1200 decessi per tumore professionale.

Ha senso quindi un intervento importante in questo settore, come già indicato anche dal progetto strategico “La prevenzione dei tumori professionali”¹⁰ che era indirizzato ai seguenti obiettivi:

Area Igienistico Tossicologica

- identificare e classificare le aziende lombarde che impiegano e producono cancerogeni, ordinandole per comparto e tipologia di lavorazione, e quantificare l'esposizione professionale

Area Tecnico Impiantistica

- individuare e promuovere soluzioni tecnologiche concretamente attuabili in grado di sostituire le sostanze cancerogene dai cicli lavorativi o, quanto meno, di ridurre al minimo le esposizioni professionali conseguenti alla loro presenza

Area Epidemiologica

- Realizzare una sorveglianza epidemiologica sui tumori professionali e lavoro-correlati prioritariamente rivolta verso quelli a più elevata frazione eziologica, finalizzata anche al loro riconoscimento in sede medico-legale.
- Valutare rischi cancerogeni sospetti, o rischi cancerogeni noti solo dalla letteratura, nelle condizioni di esposizione realmente occorse nella Regione Lombardia.

La realizzazione di questi obiettivi passa attraverso una serie articolata di **obiettivi intermedi e di azioni** scandite nel tempo per le quali si rimanda al testo del progetto. Un primo rendiconto è stato presentato nel quarto rapporto sullo stato della salute e dell'ambiente in Regione Lombardia del 2001 di cui si riporta una sintesi nell'allegato B) al presente documento .

Le iniziative per il triennio 2004–2006

- Aggiornamento del progetto alla luce delle nuove normative nazionali (D.Lgs 66/2001, e D.Lgs. 25/2002) che hanno a tema le sostanze cancerogene

¹⁰una delle articolazioni del Progetto Obiettivo Prevenzione e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro in Regione Lombardia 1998-2000, approvato con DGR 1439 del 4.10.2000

- Attivazione di un progetto regionale per il monitoraggio della corretta applicazione della direttiva che riguarda il settore legno, settore che secondo le nuove indicazioni nazionali (D.Lgs 66/2001) ricade nell'ambito delle attività che danno luogo a patologie oncologiche
- Approfondimento delle sperimentazioni in corso per l'area epidemiologica, in collaborazione con ISPESL, Regione Toscana, Istituto Tumori di Milano.

RIDUZIONE DEL RISCHIO DA RADIAZIONI IONIZZANTI

Come noto le radiazioni ionizzanti sono classificate come agente cancerogeno, e le principali modalità di esposizione della popolazione a tali radiazioni sono tre:

- Esposizione a radioattività naturale, ed in particolare a radon, negli ambienti confinati
- Indagini e trattamenti in cui si impiegano radiazioni ionizzanti a scopo medico
- Esposizione a radiazioni per motivi professionali, particolarmente (ma non solo) in ambito sanitario.

L'importanza di tali esposizioni per quanto riguarda l'incidenza della patologia oncologica, nonché la numerosità dei soggetti potenzialmente esposti a tali fonti di inquinamento, suggeriscono di dare particolare rilevanza all'affronto del problema identificando nel presente piano alcuni obiettivi specifici, così come indicato nel seguito.

Esposizione a radon negli ambienti confinati

Il radon, le cui sorgenti principali sono il suolo ed alcuni materiali da costruzione, contribuisce per circa il 50% alla dose efficace individuale da esposizione a radioattività naturale e rappresenta, dopo il fumo, uno dei principali fattori di rischio per l'insorgenza di tumori del polmone.

La concentrazione media di radon in Lombardia è elevata (115 Becquerel/m³, rispetto a 70 per l'Italia) ed elevata è anche la percentuale di case con un valore di concentrazione (maggiore di 400 Becquerel/m³) che indica la necessità di procedere ad azioni di rimedio della abitazione (2,5% contro lo 0,9% dell'Italia): da questi dati appare manifesta l'utilità di prevedere nel piano di interventi in campo oncologico la presenza di azioni specifiche, come quelle indicate nel seguito.

- Predisposizione, in collaborazione con ARPA, di un piano regionale di mappatura del radon, da realizzare attraverso la collocazione di opportuni dosimetri in un numero adeguato di edifici distribuiti su tutto il territorio regionale
- Studio e sperimentazione di azioni di rimedio da proporre per gli edifici caratterizzati da elevati valori di radon indoor
- Collaborazione tra Dipartimenti di Prevenzione delle ASL e comuni per la messa a punto di aggiornamenti dei titoli II e III del Regolamento Locale di

Igiene e per la predisposizione di adeguati strumenti urbanistici per i territori interessati dalla elevata di presenza di radon.

Indagini e trattamenti in cui si impiegano radiazioni ionizzanti a scopo medico

Le indagini ed i trattamenti in cui si impiegano radiazioni ionizzanti a scopo medico sono moltissime, con la conseguenza che la popolazione potenzialmente interessata dai rischi connessi a tali esposizioni nella nostra regione è piuttosto numerosa.

E' evidente quindi l'utilità di un intervento in materia di protezione sanitaria che affronti in maniera adeguata questo problema, proseguendo quanto già messo in opera a seguito della emanazione (da parte della Direzione Generale Sanità) della circolare 50/SAN del 2000. Si rileva soprattutto la necessità di una rigorosa applicazione, alle esposizioni mediche, dei principi fondamentali della radioprotezione, con particolare riferimento a quelle attività (la Tomografia Computerizzata, ad esempio) che maggiormente contribuiscono ad aumentare la dose assorbita dalla popolazione.

Per questi motivi, in coerenza con quanto contenuto nel Piano Socio-Sanitario Regionale e con le linee guida che già sono state predisposte (applicazione del principio di ottimizzazione alle attività radiologiche specialistiche; vigilanza in materia di protezione delle persone sottoposte ad esposizioni mediche), si possono individuare due obiettivi prioritari da raggiungere durante il periodo di vigenza del presente piano di interventi in campo oncologico:

- Promuovere l'applicazione, da parte delle strutture sanitarie interessate, delle linee guida già predisposte, verificandone l'andamento nel tempo
- Diffondere la valutazione sulle conseguenze dosimetriche delle esposizioni mediche, nell'ottica di migliorare la appropriatezza della erogazione delle prestazioni radiodiagnostiche.

Esposizione professionale a radiazioni ionizzanti in ambito sanitario

Sono almeno 10.000 gli operatori (medici, tecnici sanitari di radiologia medica, infermieri) che in Lombardia sono esposti professionalmente a radiazioni ionizzanti in ambito sanitario. Per questi lavoratori è stato predisposto nella nostra regione uno speciale progetto ("La prevenzione del rischio nel comparto sanità") volto alla realizzazione di particolari iniziative per la prevenzione dei rischi professionali da esposizione alle radiazioni ionizzanti, ed in questi anni sono state intraprese significative azioni in materia di radioprotezione dei lavoratori.

Alla luce delle esperienze già condotte si ritiene utile orientare l'attenzione del presente piano di interventi in campo oncologico al raggiungimento dell'obiettivo di una capillare diffusione delle linee guida già predisposte mettendo l'accento in particolare su alcune attività lavorative:

- L'attività di medicina nucleare, anche e soprattutto in relazione alla diffusione delle metodiche PET (Tomografia ad Emissione di Positroni) che potenzialmente possono portare ad un incremento delle dosi assorbite dai lavoratori
- La terapia radiometabolica, in relazione alla potenzialità del rischio di contaminazione interna e irradiazione esterna
- Le procedure speciali
- Le attività endoscopiche.

PREVENZIONE DEL MELANOMA

Il melanoma è la malattia neoplastica che ha mostrato il maggior incremento di incidenza rispetto agli altri tumori (300 per cento negli ultimi 40 anni. La ragione del forte incremento dell'incidenza può essere la conseguenza alla aumentata esposizione solare della popolazione in particolare specialmente nella prima parte della vita. Questo è il motivo per cui si rende necessaria una adeguata informazione sui danni che può provocare una scorretta esposizione ai raggi solari.

Proposte 2004-2006

- Progetto educativo per le scuole elementari e medie sulle corrette modalità di esposizione al sole nell'infanzia al fine di prevenire lo sviluppo di melanomi in età adulta. E' infatti documentato come una storia di ustioni solari, in età infantile, possa aumentare il rischio di comparsa del melanoma in età adulta. Per implementare i progetti ci si avvarrà della collazione di quelle strutture che a tutt'oggi abbiano maturato una consolidata esperienza in programmi di prevenzione primaria in oncologia e dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. Questi ultimi rappresentano infatti le figure principali di riferimento per le informazioni sanitarie nell'età scolastica.

ROL - MACROAREA 3 : PROGRAMMI DI PREVENZIONE SECONDARIA

L'obiettivo della macroarea è quello di **AUMENTARE LA SOPRAV-
VIVENZA**

POTENZIAMENTO DEI PROGRAMMI DI SCREENING

La diagnosi precoce e la diagnosi tempestiva sono in oncologia obiettivi di fondamentale importanza in quanto possono fortemente condizionare il successo della terapia e la sopravvivenza del paziente. Due sono i processi organizzativi di queste aree: i programmi attivi di screening e l'approfondimento diagnostico individuale.

Lo screening è un programma organizzato in cui viene sistematicamente invitata tutta la popolazione in età giudicata a rischio ed in cui i soggetti aderiscono volontariamente. In questo caso è la struttura sanitaria che inizia il contatto con il cittadino. L'approfondimento diagnostico individuale (a volte detto "case-finding") corrisponde invece ad una proposta di test diagnostici su iniziativa del medico

curante (o struttura sanitaria) a quei soggetti giudicati a rischio a prescindere dai motivi per cui si sono recati dal medico. Queste due modalità a volte si contrappongono fra loro generando una certa confusione tra i cittadini e gli operatori.

Un programma di screening con garanzie di qualità ha connotati più ambiziosi rispetto al *case-finding* in cui si assicura al paziente il miglior servizio diagnostico possibile. Il programma di screening dovrebbe garantire il monitoraggio nel tempo delle scadenze per l'esecuzione del test e l'assistenza per l'intero percorso diagnostico terapeutico nonché la sorveglianza nei soggetti con rischio aumentato.

Gli screening sono inseriti tra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e sono lo strumento per rendere esplicite le garanzie da offrire ai cittadini, attraverso la definizione delle prestazioni e dei servizi a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Si rende pertanto necessaria l'azione di promozione e di verifica per assicurare che i programmi raggiungano tutta la popolazione a rischio indipendentemente dall'accesso e dalla conoscenza dei servizi sanitari. L'ampia casualità che esiste oggi tra le varie modalità di accesso andrà nei prossimi anni sensibilmente guidata verso un approccio strutturato e, per quanto possibile, omogeneo. I programmi di screening che sono stati implementati negli ultimi anni, come ad esempio quelli per la prevenzione del carcinoma della mammella, hanno dovuto confrontarsi con le strategie in atto di *case-finding* o di screening spontaneo che ne hanno a volte ritardata o resa difficoltosa l'implementazione. Le esperienze sino ad oggi maturate mostrano che la strada da percorrere è quella di ricercare le sinergie possibili affinché le diverse strategie trovino punti di contatto (ad esempio il medico di medicina generale) e la possibilità di verificare i risultati in termini di volumi di attività ed adesione. Nella situazione lombarda, dove lo sviluppo di programmi di prevenzione oncologica secondaria è stato concentrato in un arco di tempo molto ristretto, è del tutto plausibile che la qualità sia fortemente variegata riflettendo i livelli di competenza locali. Sembra perciò utile, forse necessario, predisporre quelle misure che evitino che una insufficiente qualità si traduca in pregiudizio per la sicurezza della popolazione utente o in inadeguato uso delle risorse. Principali temi di promozione della qualità in un programma di prevenzione oncologica secondaria sono:

- a) la corrispondenza della strumentazione sanitaria agli standard raccomandati e l'aderenza ai controlli periodici;
- b) la formazione e l'aggiornamento continuo e periodico di tutte le figure professionali coinvolte nel programma;
- c) l'adeguatezza ed il corretto sviluppo del sistema informativo del programma;
- d) il monitoraggio degli indicatori di performance e degli indicatori precoci di efficacia per la verifica di corrispondenza agli standard prefissati.

Ciascuno dei quattro punti indicati ha un contenuto tecnico molto spiccato e differenziato per tipo di tumore. La progressione nella qualità può essere sostenuta dalla individuazione di forme di comunicazione e scambio tra i singoli programmi.

Un importante problema da affrontare nel prossimo triennio dovrebbe essere il controllo a livello locale e/o regionale dell'insorgenza di tumori nella popolazione sottoposta a screening. E' noto che in Regione Lombardia esistono statistiche correnti sui ricoveri effettuati dagli assistiti e che sia in corso l'implementazione dell'attività del Registro Tumori della Lombardia per

l'osservazione della insorgenza di nuovi casi di tumore maligno in diverse province lombarde. Questo dovrebbe dare la possibilità di studiare una qualche forma di controllo sull'andamento delle patologie oncologiche oggetto di screening nella nostra Regione.

Gli screening oggi da assicurare alla popolazione a rischio della Regione Lombardia sono quelli per la prevenzione dei tumori della mammella, del colon-retto e della cervice uterina. Inoltre, poiché i programmi di screening per le neoplasie sono in continua evoluzione, è prevista anche la sussidiarietà e la collaborazione con qualificati enti e associazioni non-profit operanti nell'ambito socio-sanitario, con l'obiettivo di realizzare ricerche e progetti pilota di screening per altri tumori ad elevata incidenza e mortalità.

MAMMELLA

Vi è ormai largo consenso sul fatto che la risposta più efficace ed efficiente alla domanda di diagnosi precoce per il carcinoma della mammella sia l'attivazione di programmi di screening mammografici di alta qualità, indirizzati alle donne nella fascia di età a maggior rischio, con priorità per le donne in età compresa tra i 50 ed i 69 anni¹¹ e cadenza biennale del test.

E' lo screening che in Regione Lombardia ha ricevuto il maggior impulso dalla emanazione del Piano Oncologico Regionale 1999-2001. Sono infatti 13 le ASL che hanno attivato dei programmi di screening per la prevenzione del carcinoma mammario e con il 2002 sono 3 le ASL che hanno dato inizio al secondo *round* di screening. Nel dicembre del 2001 sono state approvate e rese disponibili sul sito WEB le linee guida regionali per lo screening della mammella necessarie per rendere uniformi i vari programmi di screening attivati. Per l'anno 2001 alle ASL è stato erogato un finanziamento aggiuntivo di circa 7 miliardi di vecchie lire a sostegno e per incentivare l'attivazione dei programmi di screening. Ad ulteriore dimostrazione dell'interesse che ha la regione per lo sviluppo di questo specifico screening il premio Rosa Camusa, riconoscimento annuale della Regione Lombardia a chi si è distinto in ambito sanitario, nell'anno 2002 è stato assegnato al miglior programma di screening per il tumore della mammella.

Secondo i dati di attività del 2001 riportati nella tabella e inviati dalle ASL che hanno attivato i programmi di screening le donne invitate sono state 339.192 vs una popolazione target di oltre un milione, ma occorre tener conto della quota di donne con presentazione spontanea e del case-finding e che il test ha cadenza biennale. Tra le donne invitate ha aderito mediamente il 51,9% della popolazione.

Il tasso di approfondimento, che è un indicatore di qualità dei programmi di screening e che indica la percentuale di donne che sono state richiamate per

¹¹ L'indicazione per l'accesso alle prestazioni di cui all'art.85 della legge finanziaria 388/2000 punto a) mammografia a favore delle donne in età compresa tra i 45-69 anni, ha significato esclusivamente per l'effettuazione delle prestazioni mammografiche senza compartecipazione alla spesa della prestazione. In altre parole le donne di età compresa tra i 45 e i 50 anni non rientrano nella popolazione oggetto di screening pur avendo la possibilità di eseguire la mammografia ogni due anni gratuitamente anche al di fuori dei programmi di screening.

eseguire esami di approfondimento, è risultato pari al 7,4%. Tale valore è in linea con quanto indicato dalla letteratura internazionale.

Tabella (Attività dei programmi di screening anno 2001)

ASL	Invitate	Rispondenti	Adesione corretta	Richiamate
Bergamo	46.903	25.217	60,9%	5,3%
Brescia	28.178	17.727	68,5%	7,9%
Cremona	23.461	10.766	52,6%	7,8%
Lecco	20.127	9.414	56,4%	10,7%
Lodi	770	n.d	-	-
Mantova	8.756	5.032	58,7%	2,1%
Milano C.	87.656	34.309	41,2%	8,4%
Milano 1	35.985	19.526	62,3%	6,7%
Milano 2	18.367	7.918	49,7%	9,5%
Milano 3	n.d	6.767	-	4,4%
Sondrio	10.587	5.198	54,0%	7,6%
Varese	35.161	12.992	41,2%	8,8%
Vallecantonica	981	458	47,4%	11,8%
Regione	316.932	155.324	51,9%	7,4%

Per dare una misura relativa alla presentazione spontanea è stato utilizzato il flusso informativo per le prestazioni di specialistica ambulatoriale nel quale le strutture erogatrici riportano le prestazioni effettuate e il tipo e la modalità di erogazione. Circa il numero di mammografie bilaterali effettuate nel corso dell'anno 2001 ne sono state rendicontate 353.355 (screening + presentazione spontanea + altro) nella fascia di età compresa tra i 45 ed i 69. In questa fascia di età le donne hanno diritto alle esenzioni della compartecipazione alla spesa qualora decidano di presentarsi spontaneamente ad eseguire la mammografia, quindi anche al di fuori dei programmi di screening; quelle che sono state effettuate con l'esenzione prevista dall'art. 85, comma 4 della 388/2000 sono state circa 80.000.

Azioni prioritarie 2004-2006

- **Potenziare le strategie di reclutamento della popolazione** a rischio privilegiando la chiamata diretta, ricercando e sollecitando la collaborazione dei medici di medicina generale. Individuare con l'ausilio delle basi dati esistenti (SDO, 28san, anagrafe degli assistiti) i soggetti che non eseguono la mammografia.
- **Rafforzare le azioni di promozione dell'informazione** anche in relazione alla possibilità di accedere al test mammografico senza la compartecipazione alla spesa sanitaria privilegiando per altro l'accesso a programmi aziendali strutturati di screening di elevato livello qualitativo.
- **Assicurare elevati livelli di qualità dei vari programmi.** La certezza dell'efficacia del programma è in stretta relazione con la qualità del programma

stesso. Si rende pertanto necessario affrontare il problema della qualità dei centri che svolgono l'attività di screening definendo un programma di verifiche che si avvalga della collaborazione di quelle strutture che a tutt'oggi abbiano una consolidata esperienza in programmi di prevenzione secondaria in oncologia o intervengano nei programmi di screening in posizione di eccellenza.

▪ **Aggiornamento delle linee guida entro la fine del 2005.**

COLON-RETTO

Il carcinoma colo-rettale (CCR) è una delle neoplasie più frequenti per incidenza e mortalità nei paesi industrializzati. In Italia sono 28.000 i nuovi casi diagnosticati ogni anno e 18.000 i morti per questa neoplasia. Secondo i dati dell'Atlante di Mortalità della Regione Lombardia i morti per questa causa di tumore sono all'incirca 3.000. L'incidenza desunta dal registro tumori della provincia di Varese mostra una lieve riduzione di casi in entrambi i sessi. Si è infatti passati dal 43,5 x100.000 del periodo 88-92 al 40,4 del periodo 93-97 per i maschi e dal 26,9 al 25,6 per le femmine. Il 90% dei casi diagnosticati su base clinica riguarda individui sopra i 55 anni, localizzati soprattutto nel sigma e nel retto. La sopravvivenza a cinque anni dipende dallo stadio alla diagnosi; infatti è del 90% quando la malattia è limitata alla parete intestinale, scende al 35-60% in caso di coinvolgimento dei linfonodi regionali ed è meno del 10% in soggetti con malattia metastatica.

Il Piano Oncologico Regionale 1999-2001 prevedeva la sperimentazione dello screening. Il programma che è stato introdotto sperimentalmente nella sola ASL della provincia di Pavia a cui si è poi aggiunto quello attuato presso la ASL della provincia di Cremona. La metodica utilizzata è quella relativa alla ricerca del sangue occulto nelle feci ed il target della popolazione è costituito dai soggetti in età compresa tra i 50 ed i 69 anni. I risultati preliminari dei due programmi testimoniano la buona adesione agli inviti mediamente superiore al 50% presso la ASL di Pavia e del 40% presso quella di Cremona. Da ricordare è la sperimentazione realizzata dai Centri S.Co.Re¹², (tra cui l'ASL Città di Milano)

La buona riuscita di questa fase pilota è di stimolo per estendere tale screening nel corso dell'anno 2004, a tutto il territorio regionale. A riguardo per rendere omogenea l'implementazione del suddetto screening sono state predisposte le linee guida regionali.

La strategia di screening basata sulla esecuzione della colonscopia ha la capacità teorica di ridurre in modo sostanziale l'incidenza e la mortalità per CCR, come dimostrato in alcuni studi eseguiti in USA ed anche in Italia. Il vero problema è quello della compliance da parte della popolazione generale in quanto si tratta di un esame particolarmente fastidioso. Solo in prospettiva potrebbe rappresentare la strategia di screening preferenziale. L'esperienza pilota effettuata nella provincia di Pavia mostra che tra i soggetti a rischio aumentato (famigliari di 1° grado di soggetti ammalati di CCR), invitati direttamente ad effettuare la pancolonscopia, la quota di coloro che hanno aderito è stata solo del 21%. Il rapporto è invece dell'80% tra coloro che una volta risultati positivi al test del sangue occulto eseguono poi la pancolonscopia. E' ragionevole ipotizzare che per questo tipo di tumore il flusso spontaneo per l'esecuzione della colonscopia nonostante

¹² [recente pubblicazione risultati preliminari di S.Co.Re. I in JNCI 2002, 94 (23): 1763-72]. I risultati finali degli studi S.Co.Re. saranno completi tra alcuni mesi, grazie anche al contributo dell'Unità di Epidemiologia dell'Assessorato alla Sanità della Regione Lombardia.

l'esenzione alla compartecipazione della spesa non avrà la stessa consistenza di quello riscontrato per la mammografia.

Azioni prioritarie 2004-2006

- **Avviare i programmi di screening in tutte le ASL.** Il reclutamento deve privilegiare la chiamata diretta, andranno inoltre ricercate e sollecitate la collaborazione dei medici di medicina generale e delle farmacie.
- **Rafforzare le azioni di promozione dell'informazione** anche in relazione alla possibilità di accedere al test colonscopico senza la compartecipazione alla spesa sanitaria.
- **Assicurare alti livelli di qualità dei vari programmi.** La certezza dell'efficacia del programma è in stretta relazione con la qualità del programma stesso. Si rende pertanto necessario affrontare il problema della qualità dei centri che svolgono l'attività di screening definendo un programma di verifiche che si avvalga della collaborazione di quelle strutture che a tutt'oggi abbiano una consolidata esperienza in programmi di prevenzione secondaria in oncologia o intervengano nei programmi di screening in posizione di eccellenza.
- **Aggiornamento delle linee guida entro la fine del 2005.**

CERVICE UTERINA

Lo screening del cancro del collo dell'utero è certamente uno strumento efficace per ridurre drasticamente la frequenza di questo tumore nella forma invasiva. Ad ulteriore sottolineatura dell'efficacia di questa azione si ricorda che l'OMS ha annoverato le morti per tumore maligno del collo dell'utero tra le cause di mortalità evitabile.

Per molti anni in Italia la prevenzione in questo ambito si è basata sulla presentazione spontanea delle donne. Nel nostro Paese si eseguono ogni anno almeno 4 milioni di Pap-test, che sarebbero sufficienti a garantire lo screening triennale per tutta la popolazione femminile tra 25 e 65 anni, se non fosse che questi esami si concentrano con una frequenza annuale su meno del 50% della popolazione, con forti selezioni, in particolare il livello di istruzione. C'è motivo di ritenere che in Regione Lombardia la situazione sia in qualche modo sovrapponibile. Infatti, utilizzando il flusso informativo per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, si riscontra che il numero dei pap-test eseguiti nel 2001, in diverso regime (screening su chiamata, presentazione spontanea, stato sintomatico) nelle ASL della regione ammonta a circa 300.000.

Ora, considerando che questa è l'attività di un anno, tenuto conto che la popolazione target lombarda (donne 25-65 anni) è di circa 2.000.000, si comprende come in tre anni (un round di screening) si potrebbero avere 900.000 pap-test che coprirebbero meno del 50 % del fabbisogno regionale. Tutto ciò nell'ipotesi altamente improbabile che chi ha eseguito il test nel 2001 non lo ripeta nei due anni successivi.

E' doveroso quindi porsi almeno due domande: si è in grado di controllare quella fetta prevalente di popolazione che non risulta eseguire il pap-test e/o che lo esegue in regime non controllabile dai flussi informativi della Regione ? Esiste la possibilità di impostare a livello regionale una supervisione sui risultati dell'attività di prevenzione sviluppata dalle ASL secondo peculiari strategie locali?

Per rispondere in modo affermativo a questi quesiti sarebbe opportuno dotarsi di alcuni strumenti fondamentali che consentirebbero di strutturare in maniera valutabile la prevenzione del cervicocarcinoma in Lombardia, nel rispetto delle autonomie delle amministrazioni delle ASL.

Gli strumenti validi sono: protocolli di attività, liste anagrafiche della popolazione target, sistemi informatizzati per ricondurre alle singole donne l'attività di reclutamento (inviti, solleciti) e di esecuzione/non esecuzione del pap-test, integrazione tra primo e secondo livello diagnostico (integrazione delle strutture operanti nello screening).

Un'attività di screening sistematica, su chiamata attiva (invito) è garanzia per la gratuità del test ogni tre anni in modo equo per tutta la popolazione femminile, così come i Pap-test a scopo preventivo eseguiti fuori dal programma non dovrebbero superare il 10% dell'attività totale e dovrebbero essere sottoposti a ticket.

Regolamentare in qualche modo l'attività esistente nelle ASL consentirebbe di intervenire in modo mirato sulle donne non rispondenti, che sappiamo essere la fetta di popolazione più a rischio per l'insorgenza del cervicocarcinoma uterino.

Azioni prioritarie 2004-2006

- Creare le condizioni per raggiungere nel miglior modo la maggior parte della popolazione femminile bersaglio utilizzando le banche dati disponibili.
- Promuovere la diffusione dell'attività di screening in maniera organizzata, informatizzata e controllata.
- Impostare a livello regionale un data-set minimo condivisibile da tutte le ASL per definire uno stabile programma di verifica basato sul calcolo di fondamentali indicatori di valutazione di processo, avvalendosi dell'esperienza di programmi di screening in posizione di eccellenza.
- Sperimentare in qualche realtà locale l'integrazione tra registro tumori e screening cervicovaginale.

ROL - MACROAREA 4 : CURA DELLA PERSONA MALATA

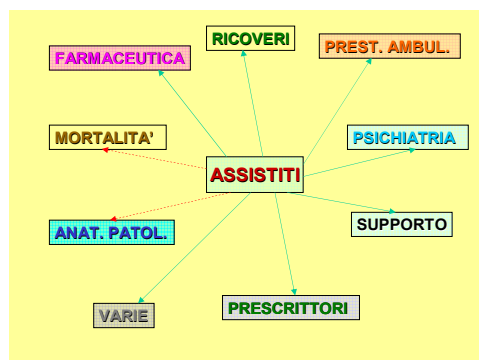
IL PAZIENTE AL CENTRO DEL SISTEMA

Come già sopra detto oggi il paziente oncologico è "disperso" tra vari servizi, strutture e regimi sanitari e socio sanitari. A volte i vari operatori dialogano con il paziente in modo scoordinato causando a volte ridondanze e incoerenze con ricadute sul singolo paziente e sul sistema in generale. Si rende pertanto necessario realizzare un sistema che integri le risorse esistenti.

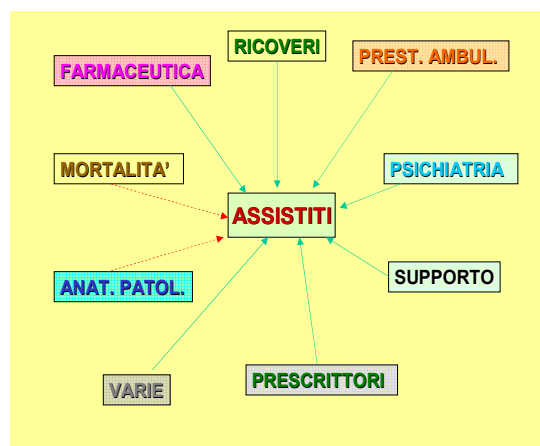
A quest'attività debbono partecipare, per quanto di specifica competenza, tutte le unità e servizi oncologici presenti sul territorio regionale. Il nuovo approccio dovrà essere globale cioè mettere al centro del sistema il paziente e la sua famiglia con i relativi percorsi compiuti, in modo tale che qualunque sia l'ingresso nel sistema sanitario o socio-sanitario, il paziente possa usufruire della continuità assistenziale sanitaria, socio-sanitaria e sociale appropriata.

Per fare questo è fondamentale la costruzione di un sistema informativo adeguato.

Infatti, i database attuali ed i relativi flussi informativi sono stati strutturati ed implementati per identificare le unità di offerta e la tipologia delle prestazioni erogate ed hanno reso possibile l'introduzione nel sistema del pagamento prospettico a prestazione e la conoscenza dei principali fenomeni sanitari. Molte risorse sono state impiegate per dare un quadro di riferimento utile al governo del sistema sanitario regionale. Oggi il sistema informativo è in grado di fornire



importanti indicazioni circa l'assorbimento di risorse necessarie a sostenere le attività. Per quanto attiene la patologia oncologica il sistema informativo raccoglie informazioni utili ad identificare le strutture di riferimento, il numero degli interventi chirurgici eseguiti, il numero di chemioterapie effettuate ed infine la spesa sostenuta. Al centro del sistema è posta l'unità di offerta o l'area territoriale. Il paziente è frazionato in uno o più contatti effettuati da strutture diverse.



Il grafico sopra riportato mostra al centro il paziente ed il relativo frazionamento dei contatti che rende di difficile lettura il caso clinico. E' necessario invece che il sistema informativo sappia integrare gli interventi sul paziente (vedi grafico a lato): unendo i vari contatti rintracciabili nei diversi data base amministrativi esistenti. In questo modo si pone il paziente al centro del sistema ed il caso clinico diviene il nuovo oggetto

di analisi e valutazione. Con il paziente al centro del sistema l'ottica di lettura si modifica radicalmente ed aumentano le opportunità per conoscere e governare la domanda.

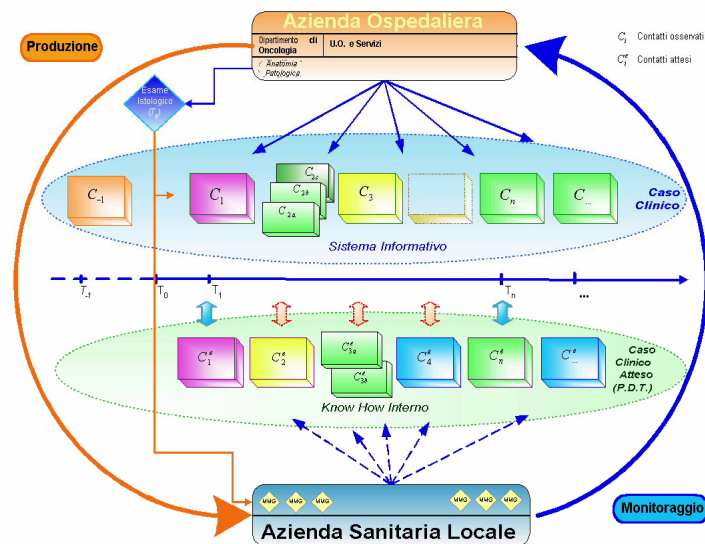
Lo spostamento concettuale è utile per favorire un'organizzazione basata sui processi e per una puntuale rilevazione dei costi necessari alla cura del caso clinico (disease management).

Anche la modalità di valutazione deve modificare ottica. Sino ad oggi la migliore efficienza è stata ricercata con la riduzione degli sprechi ed ovviamente la misura per tale indicatore è stata economica. Oggi è possibile misurare l'efficienza non solo come risultato economico ma anche come rapporto tra casi trattati in modo appropriato, secondo standard (protocolli, percorsi diagnostico terapeutici, etc) definiti dalle società scientifiche, ed i casi che ricevono cure inadeguate. La differenza tra prestazioni rese in modo appropriato e quelle non rese o rese in modo inappropriato restituisce il grado di efficienza/inefficienza raggiunta. L'efficienza è costruita e misurata attorno al soggetto di cura. In questo caso si riconosce la centralità del paziente ed il caso clinico diviene centro dell'attenzione e realmente l'elemento cardine per sviluppare l'interrelazione tra chi produce e chi compra. L'integrazione delle banche dati di interesse sanitario attraverso una chiave univoca di interazione (codice fiscale, ad esempio) consente di monitorare tutti i contatti dei malati oncologici con i servizi sanitari e di disegnare il caso clinico. L'inclusione degli assistiti in categorie in base a criteri di individuazione della patologia oncologica consente di effettuare la mappatura epidemiologica della patologia oncologica. La mappatura della popolazione assistita dà la possibilità di valutare la distribuzione della patologia sul territorio e fare confronti spazio-temporali al fine di evidenziare scostamenti significativi meritevoli di approfondimenti sulle possibili cause e favorire l'introduzione di eventuali rimedi.

Ulteriore importante aspetto è la possibilità di descrivere l'impatto economico della patologia oncologica per tipologia, caratteristiche demografiche, territorio, medico curante, effettuando benchmarking spazio-temporali al fine di evidenziare i percorsi o i comportamenti diagnostico-terapeutici più efficienti.

LA PROPOSTA OPERATIVA

Costruzione di un modello sperimentale di organizzazione con al centro il paziente oncologico secondo lo schema seguente:



Il modello rappresentato è costituito da tre componenti fondamentali:

- Il dipartimento oncologico
- Il sistema informativo
- La ASL ed i medici di medicina generale

Il dipartimento è la struttura prevista dal piano di interventi in campo oncologico. Ogni direzione di dipartimento è responsabile del coordinamento di tutte le attività oncologiche rese che si svolgono nel proprio ambito di riferimento. Alla direzione di dipartimento sono assegnati compiti di indirizzo, orientamento e controllo di tutte le unità di offerta che hanno aderito al dipartimento e che erogano le prestazioni al paziente. Di stretta afferenza al dipartimento oncologico sono le unità di anatomia patologica che nel progetto hanno il compito di segnalare l'avvenuto riscontro di caso positivo alla ASL competente. L'individuazione del caso rende possibile da parte del sistema informativo la costruzione di una Mappa del Percorso del Paziente (MPP) che diventa lo strumento fondamentale con cui si rende possibile il monitoraggio del percorso del paziente. Il rapporto tra gli eventi attesi (percorso) e quelli osservati (caso clinico) diviene oggetto di analisi da parte della ASL (MMG) e del DIPO.

L'elemento innovativo è la costruzione, attraverso il sistema informativo della ASL, della Mappa del Percorso del Paziente (MPP) rappresentativa dei principali contatti e consumi terapeutici che il paziente ha avuto con le strutture. La ricostruzione possibile è ovviamente quella ex post nel senso che la registrazione degli eventi è successiva a quella di contatto e quindi non sarà possibile intervenire in modo tempestivo sui casi aperti, ma il continuo scambio di informazioni e confronto tra il dipartimento e la ASL (Medici di Medicina Generale) renderà possibile i cambiamenti organizzativi da cui è lecito attendersi il costante miglioramento della qualità clinica e di vita del malato oncologico.

Tabella - Esempio di mappa per monitorare il percorso del paziente (MPP)

Cod_fiscale:	CSSNT.....						Cod_medico:	25...	Diagnosi:	Tumore maligno del colon, non specificato (Intestino crasso SAI)														
Sesso:	F	Età:	62	Cod_residenza:						018...														
Mese	Gen		Feb		Mar		Apr		Mag		Giu		Lug		Ago		Set		Ott		Nov		Dic	
decade	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Eventi sanitari																								
Ricoveri																								
DO - M																								
DO - C																								
DH - M																								
DH - C																								
Chemioterapia																								
NN GG DH																								
Radioterapia																								
NN GG DH																								
Spec. Amb.																								
Altro Laboratorio																								
RX																								
Visite																								
Altro																								
Radioterapia																								
Farmaceutica																								
L01 GG DDD																								
Altro																								
Altro GG DDD																								
FILE F																								
LEGENDA																								
173: T.M. Apparato digerente senza CC; 410: Chemioterapia senza dia. second. di leucemia acuta.																								
Spec. Ambulatoriali 26: Medicina generale; 51: Astenia accettazione e osservazione; 69: Radiologia.																								
Farmaceutica A03: Antispastici, anticolinergici e procinetici; A04: Antiemetici ed antinausea; A07: Antidiarroeici, antinfiammatori ed antimicrobici intestinali;H02: Corticosteroidi sistemici; J06:Sieri immuni ed immunoglobuline; M04: Antogotosi.																								
File F A04: Antiemetici ed antinausea																								

La parte superiore della scheda include le principali informazioni anagrafiche del paziente e la diagnosi. L'altra parte della scheda è strutturata in modo da rappresentare la sequenza dei principali contatti che il paziente ha avuto con le strutture sanitarie. La scansione temporale riprodotta è quella annuale con la suddivisione mensile in tre decadi. I principali oggetti (eventi sanitari) della rappresentazione sono costituiti dai ricoveri, distinti in ricoveri ordinari e DH sia di tipo medico che di tipo chirurgico. A parte sono indicati i ricoveri effettuati in regime di dh per eseguire la chemioterapia o la radioterapia. Altri eventi da indicare nella scheda sono le prestazioni di specialistica ambulatoriale suddivise tra le principali discipline (laboratorio, radiologia, radioterapia, cure palliative, etc.). Un'ulteriore porzione della scheda serve per rappresentare il consumo di farmaci e la somministrazione di farmaci chemioterapici in regime ambulatoriale (file F) e nelle cure domiciliari. Ogni quadratino della scheda rappresenta un evento sanitario il cui concatenamento costituisce il percorso effettuato dal paziente. E' possibile attribuire ulteriori informazioni riportando all'interno dei quadratini, che identificano il contatto con le strutture sanitarie, il codice di riferimento, ad esempio: per i ricoveri il codice DRG, per le visite il codice della disciplina e per i consumi farmaceutici il codice ATC. Le ASL possono mettere a disposizione le informazioni di base per costruire la MPP (ricoveri, specialistica ambulatoriale, farmaceutica, file F, ADI,) ed ognuna di esse può costruire una propria modalità di rappresentazione del percorso. Non è necessario che in questa fase sia realizzata una mappa standard per tutte le ASL in quanto è utile che sulla stessa vi siano rappresentati gli eventi più significativi e concordati all'interno del percorso attinenti l'area di riferimento e che le informazioni di riferimento per rappresentarli siano disponibili. Solo per il futuro potrà essere presa in considerazione l'ipotesi di codificare un'unica MPP in analogia a quanto avviene per la SDO. Il terzo elemento fondamentale del modello è costituito dall'ASL (MMG) che ha la responsabilità della garanzia assistenziale e della tutela della salute. Configurandosi

**LO SVILUPPO
DELLA QUALITA'
NELLA PATOLOGIA
ONCOLOGICA**

come “area sistema” grazie alla presenza simultanea dei tre momenti specifici di valutazione (sanitario, socio-sanitario e sociale), il ruolo che deve ricoprire è quello di garantire e verificare che i livelli assistenziali concordati con gli erogatori siano assicurati ai propri cittadini.

La diagnosi ed il trattamento della patologia neoplastica devono essere efficaci per poter garantire la completa guarigione ovvero il maggior tempo di sopravvivenza possibile relativizzato al grado di diffusione della patologia stessa nel paziente. Il raggiungimento di questo risultato passa anche attraverso il miglioramento continuo della qualità della assistenza socio-sanitaria erogata. I controlli di qualità sono alcuni degli strumenti utilizzabili per poter valutare l'andamento dell'efficacia del processo assistenziale.

I controlli di qualità delle attività diagnostiche e terapeutiche sono da intendersi in una visione ampia ed articolata e comprendono tutti gli attori del processo di cura.

I controlli di qualità e soprattutto le azioni conseguenti da intraprendere per raggiungere un sensibile miglioramento dell'assistenza riguardano tutti i momenti del percorso diagnostico terapeutico che il paziente deve affrontare: l'accesso (si pensi ad esempio alle liste di attesa), la diagnosi che deve essere il più possibile tempestiva, il trattamento chirurgico e/o medico efficace e condiviso, la riabilitazione e/o le cure palliative che devono garantire al paziente di ottenere il massimo della qualità della vita in relazione allo stato di salute raggiunto dopo il trattamento.

Sviluppo dell'accessibilità

La Conferenza Stato Regioni con l'accordo del 11.7.2002 inserisce per la prima volta il concetto di liste di attesa articolate per priorità. Concentrare l'attenzione su questi temi significa monitorare la qualità anche dal punto di vista dell'accessibilità della Struttura sanitaria che eroga assistenza.

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004 evidenzia la necessità di diversificare tempi massimi di attesa in relazione alle diverse condizioni di gravità clinica dei singoli pazienti e fa proprie le risultanze provenienti dalla sperimentazione avvenuta in Regione Lombardia a seguito della D.G.R. n. VII/7928 del 1.2.2002 “Tempi di attesa per l'effettuazione delle prestazioni ambulatoriali : indicazioni per l'anno 2002”.

Sono stati pertanto individuati degli obiettivi, temporalmente definiti, che assicurino al paziente oncologico o con sospetta neoplasia un iter diagnostico-terapeutico definito e garantito. Le prestazioni di quest'area dove sono stati individuati obiettivi comuni sono le seguenti :

- **Effettuazione della prima visita specialistica** per sospetta neoplasia entro 10 giorni dalla richiesta di prenotazione;
- **Effettuazione dell'intervento chirurgico** di asportazione di neoplasia maligna, entro 30 giorni dal momento in cui è stata posta l'indicazione all'intervento da parte dello specialista;
- **Inizio del trattamento chemioterapico** e/o radioterapico per neoplasia e, comunque, in accordo alle indicazioni previste nel singolo caso, entro 30 giorni

dal momento in cui è stata posta l'indicazione al trattamento da parte dello specialista.

▪ **Presa in carico da parte della rete di cure palliative**

L'impegno è comunque quello che le strutture erogatrici si attivino per concludere l'iter diagnostico di pazienti con sospetta neoplasia ed iniziare il trattamento, di norma, entro 4 settimane dal primo contatto con la struttura pervenendo ad una diagnosi definitiva.

I tempi sopra esposti sono massimi da garantire su tutto il territorio regionale e dovranno essere assicurati entro 6 mesi dall'approvazione del presente Piano. Tenuto conto della complessità della tematica l'accordo Stato-Regioni ha ritenuto opportuno individuare alcuni ambiti specifici sui quali focalizzare, in prima istanza, l'attenzione, quali il tumore al polmone, alla mammella e all'apparato gastroenterico. Pertanto per queste patologie gli impegni sopra espressi dovranno essere rispettati nei tempi stabiliti, tenendo conto comunque che un impegno particolare è richiesto per ottimizzare la possibilità di accesso per tutti i pazienti oncologici.

Entro il termine della durata del piano le Aziende si devono impegnare per rispettare i tempi massimi previsti per tutti i pazienti oncologici.

Questa iniziativa chiaramente non intende sostituire le attività di screening che si stanno attuando ma è integrativa, in quanto interessa pazienti che hanno già un sospetto diagnostico o una diagnosi di neoplasia.

La tempestività della diagnosi

Uno dei fattori vincenti per la prognosi della patologia neoplastica è una diagnosi tempestiva. Identificare strumenti idonei per la razionalizzazione dei tempi e dei percorsi diagnostici per i singoli pazienti con sospetta neoplasia significa creare una risposta organizzativa appropriata al bisogno di assistenza espresso. Di rilievo sono pertanto le seguenti attività:

- **individuazione di criteri** per l'identificazione dei casi "sospetti" ed il loro invio alla visita specialistica così da migliorare la tempestività della diagnosi e l'adozione di tali criteri può essere valutata come controllo di qualità pertinente;
- **identificazione degli esami diagnostici** previsti, dalle figure professionali indicate e dei tempi di esecuzione;
- **organizzazione di coordinamenti codificati** tra medici di medicina generale e servizi specialistici perché il paziente possa essere avviato ad accertamenti che portino ad una diagnosi definitiva entro tempi ragionevoli;
- **Individuazione di indicatori funzionali al monitoraggio** dell'applicazione dei percorsi diagnostici e terapeutici, alla valutazione dell'effettivo raggiungimento degli obiettivi ed alle modalità della loro rilevanza pratica.

Definizione di Linee guida/percorsi diagnostici e terapeutici

L'individuazione di percorsi diagnostici-terapeutici condivisi e di buona qualità relativi alle patologie oncologiche più rilevanti costituisce uno strumento significativo per migliorare la qualità del processo assistenziale. Tali percorsi

devono essere elaborati coinvolgendo tutte le competenze professionali rilevanti, sia in ambito clinico che organizzativo e manageriale. La Direzione Generale Sanità, in collaborazione con le Strutture Erogatrici, le A.S.L., i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta, le Associazioni Scientifiche e gli Organismi per la tutela del Consumatore e del Paziente, promuove tavoli di lavoro per definire linee guida di buona qualità scientifica contestualizzate alle specificità dell'ambito territoriale.

E' inoltre da sottolineare che l'adozione di linee guida e l'introduzione di percorsi diagnostici e terapeutici definiti sono due strumenti che realizzano un maggiore grado di trasparenza delle azioni di assistenza sanitaria rivolte verso il paziente neoplastico e la sua famiglia. Mettere a conoscenza il paziente e la sua famiglia dell'adozione di questi strumenti costituisce un ulteriore punto di riferimento della qualità. Un controllo di qualità indiretto può essere costituito dalla verifica del grado di conoscenza e di condivisione che il paziente ha circa il processo assistenziale che ha intrapreso. La struttura erogatrice si fa carico di trovare strumenti idonei per corrispondere a tale bisogno e per rappresentare i risultati ottenuti.

Valorizzazione dell'accreditamento professionale

I Programmi di accreditamento professionale sono strumenti di controllo continuo della qualità dell'assistenza erogata. Strategico è per l'azienda il monitoraggio continuo di tali programmi attraverso azioni organiche e sistematiche in grado di rappresentare l'avanzamento di livello professionale di tutti gli operatori. L'individuazione di una metodologia sistematica di rilevazione in proposito da parte della struttura erogatrice corrisponde a questa esigenza e tutela gli operatori circa il miglioramento continuo della propria qualità professionale. La Regione si impegna a promuovere progetti per la valorizzazione e responsabilizzazione delle risorse umane anche in ambito oncologico, così come da Piano Socio Sanitario Regionale 2002 – 2004.

Accreditamento all'eccellenza

Un'altra questione da approfondire è costituita dall' "accreditamento all'eccellenza". L'esperienza più consolidata in questo campo è rappresentata da quella americana attuata dalla Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) che attualmente accredita l'80% delle strutture di ricovero e cura in USA. L'esperienza di "accreditamento per l'eccellenza" sviluppata negli Stati Uniti si incentra essenzialmente su un sistema che si propone di attribuire agli ospedali dei giudizi di valore che consentano di valutare l'efficacia sanitaria delle performance ospedaliere, con particolare attenzione all'esito delle prestazioni sanitarie erogate. Si sta sperimentando questa esperienza in alcune strutture sanitarie della Regione Lombardia, in collaborazione con la Joint Commission International Accreditation, che è l'organismo della JCAHO che cerca di approfondire tale argomento a livello internazionale. La finalità è quella di valutare l'impatto nelle strutture sanitarie di una metodica diversa di approccio alla qualità rispetto a quelle fino ad ora utilizzate, al fine di diffondere cultura a livello aziendale, di poter assumere informazioni utili per lo sviluppo del processo di accreditamento e di ottenere elementi per la valutazione delle aziende. L'obiettivo della collaborazione con la JCI è anche quello

di assistere le strutture sanitarie nel processo di identificazione e sviluppo degli indicatori di performance nonché nello sviluppo di un progetto di miglioramento delle performance aziendali, fornendo un progetto di formazione, valutazione e assistenza tecnica rivolto alla azienda al fine di definire un sistema di miglioramento delle performance coerente e sostenibile basato sugli standard internazionali della Joint Commission.

LA RADIOTERAPIA

In aggiunta alle indicazioni da più tempo acquisite per la radioterapia, dati recenti hanno dimostrato il successo di trattamenti integrati multimodali in oncologia clinica, sia per quanto riguarda l'allungamento della attesa di vita che per quanto concerne la conservazione della funzione dell'organo sede della patologia. La radioterapia contribuisce a questo successo all'interno di percorsi terapeutici che la vedono spesso impiegata all'esordio, (oltre un terzo dei pazienti neoplastici necessita di radioterapia già all'esordio della sua malattia) nel contesto del trattamento primario e con il pieno utilizzo delle più recenti tecnologie. In relazione alle necessità della moderna oncologia clinica, pertanto, gli obiettivi del piano per la radioterapia possono essere così sintetizzati:

- **Adeguamento quantitativo e soprattutto qualitativo del parco macchine** (oltre il 35 % delle quali è stato installato 10 o più anni fa), con attenzione particolare alla *implementazione di nuove tecnologie* (es., IMRT, brachiterapia dei t. prostatici, tecniche di fusione di immagini per la definizione del bersaglio), previa una accurata ricognizione “ad hoc” delle realtà esistenti. Chiara definizione delle nuove modalità terapeutiche, consentite dall'avanzamento tecnologico, e loro identificazione nel Tariffario. Elaborazione di un programma regionale di dismissioni/sostituzioni (come previsto dal DL 187/2000), nonché per rimuovere gli ostacoli che impediscono il pieno impiego delle tecnologie più moderne e sofisticate e per la loro acquisizione ove necessario;
- **Adeguamento del numero di posti letto per la radioterapia in base alla domanda, ed alle indicazioni generali del PSSR 2001-2003** sia per le necessità dei moderni trattamenti integrati radiochemioterapici (es., radiochemioterapia concomitante) che per l'assistenza a pazienti con importante patologia associata o in condizioni generali precarie;
- **Identificazione degli strumenti necessari per porre rimedio alla carenza di personale tecnico sanitario di radioterapia;**
- **Razionale impiego delle risorse, con il contributo dell'oncologo radioterapista alla attività clinica multidisciplinare e nel contesto dei Dipartimenti Oncologici,** per il *pieno utilizzo della radioterapia, secondo le indicazioni più moderne*, da sola o nel quadro di trattamenti integrati, strutturazione di flussi informativi che consentano pertanto un miglioramento delle relazioni organizzative con le altre UUOO e Servizi facenti parte dei Dipartimenti Oncologici, con il sistema di riabilitazione e delle cure primarie;
- **Miglioramento dell'accesso alle prestazioni di radioterapia,** nell'ambito delle diverse presentazioni della malattia neoplastica e quindi dei diversi gradi di urgenza necessari per affrontarla; riduzione dei disagi dei pazienti che necessitano di trattamenti sintomatici ed urgenti con la possibilità di fornire tempestivamente prestazioni di radioterapia in sedi prossime al loro domicilio, anche grazie alle

possibilità offerte dalla telematica, per la connessione di Centri più e meno dotati tecnologicamente;

- **Definizione di una rete regionale per le prestazioni radioterapiche “speciali”** (es., radioterapia stereotassica, “Total Body Irradiation”, “total skin electron beam irradiation”, etc.), per indirizzare la domanda e razionalizzare l'utilizzo delle risorse.

L'ONCOEMATO- LOGIA PEDIATRICA

Le problematiche della Oncoematologia Pediatrica presentano peculiarità cliniche-assistenziali e di ricerca che ne caratterizzano l'unicità rispetto alla Oncoematologia dell'adulto.

In sintesi: ogni anno vengono diagnosticati nella Regione Lombardia 250 nuovi casi di tumori solidi-leucemie in soggetti di età 0-18 anni. A questi vanno aggiunti i casi provenienti da altre Regioni o da altre nazioni.

L'indice di guaribilità nei tumori solidi-leucemie è elevato, e per alcune forme raggiunge valori superiori al 75%. Tali risultati si ottengono grazie a cure molto complesse che spesso includono il trapianto di cellule staminali.

La necessità di un intervento globale che tenga conto delle peculiarità del bambino e della sua famiglia rende necessario un personale infermieristico e dell'area psicosociale particolarmente preparato e motivato.

La ricerca clinica e biologica è fondamentale per assicurare un elevato standard terapeutico ed un elevato livello di eccellenza.

La necessità di risorse aggiuntive a quelle fornite dalle Istituzioni è indispensabile per assicurare adeguati livelli di assistenza e ricerca, anche per la necessità di lavorare in rete con gli ospedali di provenienza dei pazienti e degli altri Centri oncologici a livello nazionale ed internazionale. Da anni è in atto una stretta collaborazione con associazioni di genitori e di volontari che hanno un ruolo sempre più essenziale, tanto più se si considerano le crescenti difficoltà dei finanziamenti pubblici.

Per tali motivi si sono sviluppati in Lombardia (ed anche in Italia) Centri di eccellenza che, nel corso degli anni, hanno creato competenze specialistiche di alto livello. Questi Centri, ai quali già da tempo vengono indirizzati la maggior parte dei casi pediatrici, fanno parte della rete Nazionale Coordinata dalla Associazione Italiana di Emato-Oncologia Pediatrica (AIOEOP).

Si dà mandato alla Giunta Regionale di procedere entro 180 giorni dalla approvazione del presente piano ad un censimento dei Centri operanti e ad una definizione di bisogni, priorità, strategie di prevenzione, diagnosi precoce, terapia (compresa l'assistenza domiciliare), valorizzando ancora di più il notevole patrimonio di esperienza, risorse umane, e capacità di ricerca già oggi disponibile.

LA CHIRURGIA PLASTICA

Un elemento di attenta valutazione relativo al percorso clinico assistenziale che deve essere assicurato al paziente, in particolare per la patologia della mammella, è quello relativo alla chirurgia ricostruttiva che ha consentito di portare a termine

trattamenti chirurgici un tempo impensabili, permettendo quindi di ottenere oltre alla radicalità chirurgica ed una probabilità di guarigione più alta, anche un ripristino delle funzionalità perdute ed una cosmesi che hanno garantito una qualità di vita migliore.

È oggi possibile, ad esempio, trattare chirurgicamente un tumore della mammella con la presenza di un chirurgo plastico con esperienza soprattutto ricostruttiva, proprio per assicurare il risultato estetico. La ricostruzione immediata offre, non solo, un miglioramento scientificamente dimostrato dello stato psicologico delle pazienti, ma permette altresì un risparmio economico di circa il 40% rispetto ad una ricostruzione differita.

- **Promuovere la chirurgia per la ricostruzione mammaria** non più come intervento altamente specialistico e per pochi centri, ma quale obiettivo, per il prossimo triennio, da raggiungere in tutte le aziende ospedaliere che trattano il tumore della mammella. Per incentivare le strutture alla ricostruzione mammaria sarà aggiunto al valore del DRG il costo della protesi. Sarà inoltre assegnato alla Unità Operativa di Chirurgia Plastica dell'Istituto per lo Studio e la Cura dei Tumori di Milano il ruolo di centro di riferimento regionale al fine di espletare attività di consulenza, aggiornamento ed informazione come peraltro già da anni svolge. Le modalità esecutive e le risorse saranno gestite dalle singole aziende con convenzioni da concordare con l'U.O. di chirurgia Plastica, quindi con l'Istituto dei Tumori stesso.
- Verrà inoltre sostenuta anche finanziariamente l'attività della **Scuola di Oncologia Chirurgica Ricostruttiva**. In particolare per l'azione di informazione ed educazione rivolta sia ai pazienti sia a tutte le persone coinvolte dal dramma "tumore" al fine di ricevere informazioni corrette tramite brochure, filmati ed incontri, al fine di poter accedere a cure complete che salvaguardino l'integrità dell'individuo. La Scuola ha inoltre il compito statutario di stimolare ricerche nel campo ricostruttivo e di aumentare la conoscenza a livello regionale dei medici che lavorano nel campo oncologico ricostruttivo, tramite seminari, conferenze e cercando di uniformare l'informazione tramite brochure dedicate, ed altre attività che saranno di recente pubblicazione su un sito web.

ROL - MACROAREA 5 : GESTIONE DEL MALATO IN FASE AVANZATA

REALIZZAZIONE DELLA RETE PER LE CURE PALLIATIVE: U.O.C.P., STRUTTURE RESIDENZIALI PER PAZIENTI TERMINALI E CURE PALLIATIVE

La rete per le cure palliative è costituita dalle Unità Operative di Cure Palliative (U.O.C.P.), dalle Strutture Residenziali socio sanitarie accreditate ad ospitare i pazienti terminali, dagli enti eroganti interventi domiciliari specificamente orientati alle cure palliative e da tutti i soggetti coinvolti a vario titolo nel progetto assistenziale (cure palliative domiciliari). Un'esplicita indicazione programmatica relativa alla necessità di implementare Nel Piano Socio Sanitario 2002-2004 Parte II, "Linee di intervento prioritario, Gli obiettivi di salute e di benessere sociale", paragrafo 5 "Le cure palliative, la terapia del dolore e gli interventi assistenziali nella fase finale di vita", è contenuta una esplicita indicazione programmatica relativa alla necessità di implementazione della "rete delle cure palliative".

Per quanto riguarda gli aspetti prettamente sociali, dovrà essere prevista una forte integrazione con i livelli assistenziali forniti dagli Enti locali.

L'implementazione della rete dovrà tenere conto delle nuove forme di sostegno alla famiglia del malato introdotte in regione Lombardia, in particolare il voucher socio-sanitario. Tali forme di sostegno prevedono l'erogazione dei servizi assistenziali socio-sanitari da parte di Soggetti terzi, purché soddisfino i requisiti minimi contenuti nei Patti di accreditamento elaborati dalle A.S.L. In considerazione della innovazione di questa forma di sostegno essa verrà costantemente monitorata, soprattutto per ciò che riguarda i risultati quali-quantitativi e gli aspetti relativi all'equilibrio economico. Ciò avverrà adottando a livello regionale sistemi di monitoraggio omogenei, basati su indicatori comuni, che tengano conto delle indicazioni recentemente fornite dal Ministero della Salute e dalle Società Scientifiche.

Nei prossimi anni la realizzazione delle strutture di ricovero sanitarie (U.O.C.P.) e socio-sanitarie per pazienti terminali, riceverà grande impulso dai finanziamenti previsti dalla legge 39/99, già in fase di erogazione da parte del Ministero della Salute; per quanto riguarda le U.O.C.P. sono già stati previsti i requisiti tecnici organizzativo-strutturali (D.G.R. n. 39990/98 e D.G.R. 1884/2000), mentre per le strutture socio-sanitarie essi sono in fase di avanzata definizione.

Particolare importanza verrà posta nel garantire al paziente la continuità di percorso tra le fasi diagnostico-curativa e palliativa e nel passaggio, a seconda dell'appropriatezza e della libertà di scelta, tra i differenti modelli e livelli assistenziali possibili.

I Dipartimenti oncologici dovranno raccordarsi con la rete sanitaria, socio-sanitaria e sociale delle cure palliative, in particolare con le Unità Operative di cure palliative, che ne fanno parte integrante, con le Strutture Residenziali per i pazienti terminali e con i soggetti erogatori di cure palliative domiciliari, sia di base che specialistiche. Ciò è di fondamentale importanza, in considerazione dell'elevato tasso regionale di mortalità per neoplasia. Anche se le cure palliative e le prestazioni delle U.O.C.P. non sono rivolte solo alle persone affette da malattia neoplastica, da un punto di vista epidemiologico e clinico i malati oncologici sono quelli verso i quali attualmente si rivolgono in modo prioritario gli interventi di cure palliative.

Le azioni prioritarie per gli anni 2004-2006

A garanzia del fatto che la rete per le cure palliative eroghi servizi qualitativamente adeguati ed appropriati per efficienza ed efficacia, l'impegno è quello:

- **di completare la rete delle strutture di degenza delle U.O.C.P.** e le Strutture residenziali, di ospitalità, per pazienti terminali, finanziate dai fondi previsti dalla Legge n.39/99, prima e seconda tranche.

- **di porre particolare importanza** nel garantire al paziente la continuità di percorso tra le fasi diagnostico curativa e palliativa e nel passaggio, a seconda dell'appropriatezza e della libertà di scelta, tra i differenti modelli e livelli assistenziali possibili.
- **di definire con precisione i requisiti organizzativi**, in particolare nei settori nei quali essi sono ancora in fase di approfondimento e discussione tecnica (vedi ad es. cure palliative domiciliari, differenziazione tra degenza in U.O.C.P. e ospitalità presso le Strutture Residenziali). Poiché la definizione dei requisiti organizzativi rappresenta un punto qualitativo centrale nello sviluppo della rete di cure palliative essa potrà essere modificata nel corso del tempo in base ai risultati delle valutazioni delle esperienze in atto. Particolare attenzione dovrà essere posta agli aspetti che meglio possono favorire la trasparenza nei rapporti con l'utenza e le famiglie, stimolando la partecipazione diretta degli utenti al processo di misurazione e miglioramento della qualità offerta e percepita;
- **di favorire il processo di formazione e di motivazione del personale** già in atto nella nostra Regione, sia a livello Centrale (Corsi regionali per responsabili e dirigenti) sia a livello di aziendale;
- **di porre particolare attenzione nell'implementazione della rete** dovrà essere posta a favorire le forme di integrazione con il privato non profit, storicamente molto sviluppato in Regione Lombardia nel settore delle cure palliative;

INDIVIDUAZIONE DI FORME DI SOSTEGNO: IL VOUCHER

Dai dati della sperimentazione 2001 del *buono socio-sanitario* è risultato che la maggior parte dei beneficiari ha soddisfatto le proprie esigenze all'interno della famiglia con l'assistenza di un familiare e si è avvalsa in maniera contenuta dei servizi socio-sanitari territoriali.

Tale sperimentazione, già prorogata da gennaio a giugno 2002, **è terminata il 30 giugno 2002**. La Regione Lombardia ha garantito fino al 31 dicembre 2002 la prosecuzione del contributo economico mensile di euro 413,00 (L.799.680) ai soli anziani beneficiari al 30 giugno 2002 del *buono socio-sanitario 2001*, affinché questi e le loro famiglie si possano riorientare nella nuova offerta di interventi e servizi domiciliari sociali (*buono e voucher sociali in capo al Comune*, in attuazione della l. 328/2000) e socio-sanitari (*voucher socio-sanitario in capo alla Regione*).

Dal 1° luglio 2002 al 31 dicembre 2002 è stato attivato il voucher socio-sanitario¹³ lombardo nelle ASL di Lecco e di Milano 3. La nuova organizzazione è in linea con gli indirizzi del Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR) 2002-2004 e con le linee guida emanate dalla Regione ai Comuni per l'attuazione della legge di riforma sociale n. 328/2000. **Tale provvidenza**, in fase di prima attuazione del PSSR in materia di trasferimento a soggetti pubblici e privati, profit e non profit, del ruolo di erogatori di servizi, è estesa a tutte le persone che necessitano di assistenza domiciliare socio-sanitaria integrata, senza limiti di età e/o reddito.

¹³ Si tratta di una **provvidenza economica** in favore di tutte le persone fragili, che si può utilizzare solo per l'acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare socio-sanitaria integrata, svolte da personale qualificato in relazione alla specificità delle prestazioni socio-sanitarie da erogare (caregiver professionali)

L'obiettivo primario è:

- evitare o ritardare la istituzionalizzazione dell'individuo non autosufficiente, consentendogli di ottenere supporto alla fragilità nella sua casa e di scegliere liberamente la modalità e gli erogatori dell'assistenza.

Gli obiettivi secondari sono:

- assicurare le prestazioni di assistenza domiciliare sia domestica che integrata;
- sostenere lo sviluppo di una nuova rete di erogatori pubblici e privati per l'assistenza domiciliare;
- favorire tra gli erogatori pubblici e privati accreditati una competizione di prezzo regolata esclusivamente dall'utenza ed una competizione di qualità regolata anche dall'utenza;
- ridefinire il ruolo dell'ASL assegnandole progressivamente unicamente funzioni:
 - di autorizzazione e di accreditamento degli erogatori
 - di distribuzione dei voucher sociosanitari
 - di controllo di appropriatezza e di qualità delle prestazioni.

L'entità mensile del voucher socio-sanitario è stata definita in rapporto a tre livelli di assistenza domiciliare, individuati in base alle risorse umane e tecniche storicamente impiegate nei diversi percorsi di cura, nonché alla natura del bisogno osservato, alla complessità ed intensità dell'intervento assistenziale programmato e alla sua durata.

ROL - MACROAREA 6 : CONOSCENZA E RICERCA

SVILUPPO DELLA RETE DI MONITORAGGIO EPIDEMIOLOGICO BASATA SUI REGISTRI TUMORI

Il Piano Oncologico Regionale per il triennio 1999-2001, tra altre attività prevedeva l'allargamento della popolazione attualmente sottoposta ad osservazione epidemiologica specificamente per la patologia oncologica ed indicava nel registro tumori territoriale lo strumento fondamentale per effettuare tale osservazione.

Ciò ha portato durante il periodo di vigenza del piano, in aggiunta a quanto già esistente per la provincia di Varese ed in parte per la ASL di Brescia, all'estensione della osservazione epidemiologica alle provincie di Mantova e Sondrio con l'istituzione di due nuovi registri tumori.

Anche sulla spinta del PSSR 2002-2004 si sono poi ottenuti l'allargamento delle rilevazioni a tutta la ASL di Brescia e, soprattutto, l'aggiunta di due nuovi registri

presso l'ASL di Milano città e Bergamo. In questo modo è stata completamente ridisegnata la rete regionale di osservazione epidemiologica della patologia oncologica, rete che (pur non coprendo tutto il territorio regionale) può a buona ragione prendere il nome di **“Registro Tumori della Lombardia”**.

In questo contesto, ed in relazione alla registrazione dei tumori, il presente piano di interventi in campo oncologico si propone essenzialmente un solo obiettivo:

- **fare in modo che la rete del “Registro tumori della Lombardia”** arrivi a regime diventando capace, possibilmente entro il periodo di vigenza del presente piano, di produrre una prima stima dell'incidenza dei tumori nella regione Lombardia non più limitata alla sola provincia di Varese.

Si prevede un ulteriore allargamento della rete di osservazione, ma tale allargamento è determinato più dalla utilità di avere uno strumento di supporto alle attività di prevenzione primaria e secondaria che non dalla necessità di individuare ulteriori aree nelle quali calcolare l'incidenza della patologia. In questo contesto appare del tutto evidente che uno strumento come il registro tumori mette comunque a disposizione strumenti aggiuntivi per le politiche sanitarie territoriali.

La identificazione dei casi di tumore (incidenti o prevalenti) all'interno dei registri deve necessariamente passare attraverso l'utilizzo di tutte le informazioni sanitarie disponibili (mortalità, ricoveri, prestazioni ambulatoriali, consumo di farmaci, esenzioni per patologia, ...). Per quanto riguarda, in particolare, il paziente oncologico una informazione di merito specifico viene rilevata dalle attività condotte nelle anatomie patologiche. I risultati delle prestazioni erogate da tali strutture permettono infatti spesso di prendere decisioni di rilievo sulla presenza/assenza (ed in particolare sulla data della eventuale incidenza) e/o sulla caratterizzazione di un evento oncologico. Un registro tumori che non esamini le risultanze delle attività condotte sui pazienti del proprio territorio dalle anatomie patologiche potrebbe solo produrre informazioni monche se non addirittura distorte.

Per tali motivi dovrà essere obiettivo del presente piano di interventi in campo oncologico la implementazione di un flusso specifico orientato all'uso delle informazioni prodotte dalle anatomie patologiche lombarde. Tale flusso, che dovrà utilizzare le tecnologie elettroniche disponibili, non solo costituirà un elemento specifico dalla ROL, come già indicato in precedenza, ma permetterà di fare un salto qualitativo alla attività dei registri tumori, passando da un modello di registrazione che prevede prevalentemente una rilevazione manuale delle informazioni ad un modello che prevede prevalentemente una rilevazione automatica, con notevole vantaggio in termini di efficienza (riduzione dei tempi e dei costi per produrre le stime di incidenza/prevalenza) senza perdite o distorsioni informative.

**REGISTRO
REGIONALE DEGLI
IMPIANTI
PROTESICI
MAMMARI**

L'obiettivo è quello di formulare proposte per la rilevazione di dati informativi sugli impianti protesici mammari in Lombardia, sia nell'ambito della chirurgia plastica ricostruttiva che della chirurgia estetica, al fine di migliorare la conoscenza delle problematiche connesse, ed in particolare di quelle concernenti la durata degli impianti, le complicanze, l'incidenza dei tumori mammari, e delle malattie autoimmuni, sovente chiamate in causa in persone operate con protesi mammarie. Inoltre permetterebbe di conoscere il numero esatto degli impianti utilizzati e di avviare una ricerca prospettica sulle patologie associate a questo tipo di chirurgia.

La realizzazione di questo progetto consentirà alla Regione Lombardia di essere la prima realtà a disporre di un registro completo sugli impianti protesici mammari, rispondendo così ad una richiesta del parlamento europeo in materia.

**LA RICERCA IN
EUROPA: IL SESTO
PROGRAMMA
QUADRO**

L'oncologia è una disciplina le cui attività assistenziali debbono essere complementate da un'attività di ricerca che comprenda la ricerca di base, la ricerca cosiddetta traslazionale e la ricerca clinica propriamente detta. Essa coinvolge molti Enti con diverso interesse principale: 1) l'Università e il Consiglio Nazionale delle Ricerche, che hanno come obiettivo fondamentale la conduzione di ricerca di base, 2) gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), il cui bersaglio principale è la ricerca traslazionale, 3) gli Ospedali che, assieme agli IRCCS e alle Cliniche Universitarie, si occupano anche di ricerca clinica. La situazione attuale non è ben definita, perché questa suddivisione di compiti ha confini molto sfumati e sovrapposti. Manca un accordo formale sulla suddivisione di compiti tra enti diversi, e il limite tra attività professionali e ricerca clinica non è ben demarcabile.

La crescente complessità dei problemi d'affrontare a seguito della definizione del genoma umano impone temi di ricerca molto articolati e complessi, ed è necessario prevedere il coinvolgimento di specificità professionali spesso non reperibili in singole Istituzioni, per quanto complesse e prestigiose, o in piccoli agglomerati di Enti molto specializzati in settori di ricerca definiti sulla base delle conoscenze "tradizionali".

In considerazione dei grandi investimenti che questo lavoro richiede, le indicazioni che vengono dalla Unione Europea (VI Programma Quadro) indirizzano verso il generale potenziamento dei Centri di Eccellenza, anche attraverso raggruppamenti di strutture a livello sovrazonale, senza però trascurare qualche iniziativa di portata più ridotta. Tenuto conto del fatto che la Rete è la struttura più adatta ad attivare tutti i meccanismi europei di finanziamento alla fine del 2000 è stato costituito un Gruppo Europeo d'Interesse Economico (GEIE-LINC)¹⁴, cui hanno aderito 23 Centri Oncologici europei, tra questi tutti e sette gli IRCCS italiani.

¹⁴ I Membri del GEIE-LINC sono motivati a realizzare progetti concordati ed il GEIE si muove con l'agilità di una struttura privata per avere la possibilità di collaborare in modo trasparente con l'industria europea, che può aderire, senza diritto di voto, al gruppo. Anche se le reali capacità del GEIE-LINC non sono ancora state adeguatamente provate, gli elementi favorevoli all'utilizzo del GEIE-LINC come strumento operativo sono: 1) ha sede a Bruxelles, 2) è stato costituito dai 23 Centri oncologici europei più prestigiosi, 3) è aperto, senza diritto di voto, all'industria, 4) è una struttura privatistica e snella, 5) la rappresentanza italiana è molto consistente (7 centri su un totale di 23, il segretario del GEIE-LINC è il coordinatore degli IRCCS oncologici italiani).

LA GENETICA

In considerazione del fatto che tutti i tumori sono malattie coinvolgenti i geni della cellula, si è potuto derivare il convincimento che lo sviluppo ed il successo della ricerca genomica, ed ora anche post-genomica (genomica funzionale), promettono un significativo e rapido impatto sulla prevenzione, diagnosi e trattamento di questa malattia. In particolare viene enfatizzato il concetto che il cancro è una malattia caratterizzata da una estrema individualità, sia a livello della cellula tumorale stessa (tumori dello stesso tipo derivano e quindi mostrano lesioni genetiche diverse), sia a livello del singolo paziente (lo stesso farmaco può avere un diverso metabolismo e quindi essere differenzialmente attivato o inattivato nei diversi pazienti).

Di conseguenza la ricerca genetica e molecolare in campo oncologico dovrebbe assumere un rilievo particolare per la sua capacità di suggerire nuove linee di lavoro prioritarie in diversi contesti. In termini esemplificativi possono essere indicati i seguenti filoni. Per quanto riguarda:

La diagnosi

- Sviluppo di saggi per una diagnosi molecolare dei geni coinvolti nella suscettibilità genetica ai tumori eredo-famigliari quali quelli della mammella/ovaio, colon-retto, malattie endocrine di tipo 2 ecc.
- Definizione di griglie di marcatori molecolari mediante l'analisi di DNA, RNA o proteine di origine tumorale e presenti in campioni biologici ottenuti con metodologie non o poco invasive (sangue, sputo, feci, urine ecc.).
- Identificazione di polimorfismi genetici da associare alla risposta individuale di pazienti sottoposti a trattamenti chemioterapici utilizzando farmaci antineoplastici di diverse classi.
- Sviluppo di metodologie per “imaging molecolare” (MRI, PET scanning, ultrasound, ecc.) per una diagnosi precoce dei tumori e per il monitoraggio dei trattamenti farmacologici.

La prognosi

- Definizione e validazione di una classificazione molecolare dei tumori basata sui profili di espressione genica (tecnologia dei microarray) o proteica (tecniche di spettrometria di massa) in grado di migliorare significativamente la predizione dell'andamento clinico della malattia e della risposta ai diversi farmaci di pazienti affetti dalla stesso tipo di neoplasia ma riclassificabili in sottogruppi in base al loro profilo molecolare.

La terapia

- Sviluppare ricerche multidisciplinari di genomica strutturale e funzionale per identificare e validare bersagli molecolari per approntare innovative strategie terapeutiche ad alta specificità ed efficacia e a basso profilo di tossicità.
- Promuovere ricerche innovative per la terapia radiante e radioterapia intra-operatoria.

Vanno infine presi in attenta considerazione altri interventi che costituiscono il presupposto per un significativo sviluppo delle ricerche genetico-molecolari sui tumori, ed in particolare le possibilità permesse dalle nuove tecnologie di “estrarre” da un campione l'informazione biologica relativa alla “storia” del tumore (la sua

origine, il suo decorso clinico, la sensibilità ai farmaci, ...) da unire ad una dettagliata conoscenza della storia clinica del paziente donatore del campione biologico al fine di un utilizzo ottimale del campione stesso. Viene inoltre sottolineata la necessità di uno sviluppo delle competenze e strutture di bioinformatica che si rendono assolutamente necessarie per una corretta ed efficace interpretazione della mole di dati che vengono generati da singoli esperimenti utilizzando le tecnologie post-genomiche.

Proposte 2004-2006

- **Promuovere la costituzione e il funzionamento di banche di campioni tumorali e** altri tessuti biologici di pazienti affetti da diverse neoplasie.
- **Favorire la realizzazione di data base contenenti informazioni cliniche** relative al materiale conservato nelle diverse banche e promuovere la loro integrazione in modelli di cartelle cliniche informatizzate che se condivise a livello regionale potrebbero costituire inoltre un valido strumento gestionale utile anche per lo svolgimento dei compiti istituzionali della Regione stessa.
- **Promuovere la costituzione di una rete regionale tra gli IRCCS e i dipartimenti oncologici ospedalieri per la gestione dei casi tumorali a componente eredo-famigliare.** La rete comprenderà attività legate alla consulenza genetica, test molecolari, linee guida per interventi preventivi, di follow-up e terapeutici specifici per queste neoplasie. L'obiettivo è quello di modulare il rischio genetico nella patologia neoplastica con ricadute psicologiche, etiche, sociali ed economiche per l'evidente ricaduta preventiva di tali attività.
- **Promuovere lo sviluppo delle metodologie bioinformatiche** favorendo l'integrazione tra le strutture di ricerca che producono dati e le realtà operative, presenti sul territorio, possedenti le richieste competenze per queste analisi.

Questo tipo di attività il cui esito finale può essere ricondotto alla **produzione di nuovi diagnostici in oncologia e di nuovi farmaci antineoplastici**, troverebbe un naturale interlocutore, anche sul piano di una partecipazione agli investimenti richiesti, nelle molteplici realtà produttive del settore presenti nella nostra Regione, quali le industrie farmaceutiche e le compagnie biotecnologiche di recente creazione.

EPIDEMIOLOGIA GENETICA DEL TUMORE POLMONARE E DELL'ABITUDINE AL FUMO

Il tumore polmonare ha tra i tumori la più elevata mortalità. Nei paesi sviluppati, circa il 90% dei casi negli uomini e l'80% dei casi nelle donne sono conseguenza del fumo di tabacco. Questo legame è stato ripetutamente documentato in numerosi studi epidemiologici in un periodo di tempo di oltre 50 anni. L'abitudine al fumo nei paesi sviluppati è, in generale, in leggera diminuzione, mentre è in crescita tra i giovani; il numero totale di fumatori nel mondo è in aumento. I programmi di cessazione del fumo iniziati in molti paesi hanno fornito risultati modesti. Il trattamento del tumore polmonare ha nel complesso una efficacia limitata, con una sopravvivenza a 5 anni pari al 15%. Screening di diagnosi precoce hanno avuto nel passato efficacia limitata; approcci più recenti, come la TAC spirale, sembrano più

promettenti. L'evidenza scientifica indica con chiarezza il fumo di tabacco come centrale nel processo di causazione di questo tumore. Altre cause documentate includono dieta, altre malattie polmonari, esposizioni professionali e inquinamento ambientale.

Nel corso dell'ultimo decennio sono stati condotti oltre 100 studi sul possibile ruolo di singoli geni ma, nonostante questa mole di lavoro, non esiste un consenso circa l'influenza di questi geni, singolarmente o nell'insieme, sulla suscettibilità al cancro del polmone. Comprendere il ruolo dei fattori genetici in tale patologia sarebbe di importanza cruciale non solo per questo specifico tumore, ma probabilmente per un ampio spettro di complesse patologie.

Nonostante la sua rilevanza, il problema del fumo di tabacco e delle sue conseguenze non è stato studiato in sufficiente dettaglio. Quali siano le basi della dipendenza da fumo è una delle questioni ancora aperte.

D'altra parte, centrale è la comprensione dei fattori ambientali e genetici che contribuiscono allo sviluppo del cancro nell'uomo. E' necessario identificare e caratterizzare questi geni e l'interazione di essi con i fattori ambientali.

Su queste premesse il National Cancer Institute degli USA ha bandito nel 2000 un bando internazionale per uno studio pluriennale su "Genetic Epidemiology of Lung Cancer and Smoking".

Il Centro Ricerche di Epidemiologia Occupazionale, Clinica e Ambientale (EPOCA) del Dipartimento di Medicina del Lavoro della Facoltà di Medicina dell'Università degli Studi di Milano in collaborazione con una rete di 14 ospedali di cinque aree della Lombardia (Milano, Pavia, Varese, Brescia, Monza) ha presentato una proposta che, al termine della combattuta gara, è risultata vincitrice. Il progetto si caratterizza per (1) affrontare uno dei più rilevanti problemi di salute pubblica (cioè le malattie associate al fumo di tabacco); (2) esplorare nuove strade di ricerca grazie all'utilizzo delle metodologie e tecniche avanzate di più recente sviluppo.

Lo studio proposto affronta due principali aree: (1) i fattori genetici che svolgono un ruolo nello sviluppo del tumore polmonare nei fumatori, tenendo conto anche di altre esposizioni ambientali; (2) i fattori genetici e psico-comportamentali di rischio per il fumo.

Il disegno è di tipo caso-controllo, con 2000 casi incidenti di cancro, 2000 controlli sani di popolazione e 200 fratelli di casi, da arruolarsi nel corso di tre anni in un'area lombarda di circa 3 milioni di abitanti, con la collaborazione dei seguenti Ospedali: A.O. San Paolo Milano, A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda Milano, Istituto Clinico Humanitas, Rozzano (MI), A.O. Istituti Clinici di Perfezionamento Milano, A.O. Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi Varese, A.O. Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico Milano, Ospedale Generale di Zona "San Giuseppe" Milano, I.R.C.C.S. Fondazione Centro San Raffaele HSR Milano, I.R.C.C.S. Ospedale Maggiore Policlinico Milano, A.O. Ospedale "Luigi Sacco" Milano, A.O. Spedali Civili Brescia, A.O. San Gerardo Monza, A.O. San Carlo Borromeo Milano.

Lo studio prevede la raccolta di campioni biologici, oltre che informazioni sulle diverse esposizioni, e avrà la potenza necessaria a indagare gli effetti genetici

principali e le interazioni gene-ambiente. La dimensione del campione permetterà anche di mettere in luce modesti anche se rilevanti effetti dei polimorfismi genetici, come è atteso per le patologie di complessa patogenesi.

Grazie al disegno caso-controllo, con l'uso di questionari, la raccolta di informazioni cliniche e di campioni di sangue, sarà possibile investigare:

- i principali effetti dei geni sul rischio di tumore polmonare;
- gli effetti della interazione gene-ambiente e gene-gene nell'eziologia del tumore;
- effetto dei geni sulla persistenza della abitudine al fumo;
- effetto dei geni sul fatto di fumare/non avere mai fumato;
- interazione gene-psicologia nel comportamento circa il fumo.

Vengono raccolti linfociti crio-preservati da tutti i soggetti partecipanti. Campioni di tessuto vengono prelevati per i casi con indicazione chirurgica: tali campioni permetteranno ulteriori indagini sulle relazioni tra geni, istologia, presentazione clinica del tumore, anche in rapporto a diverse esposizioni, abitudini al fumo ecc.

Lo studio dei fratelli dei casi permetterà di replicare alcune delle associazioni trovate nel campione "casi-controlli" e affrontare alcuni problemi di genetica di popolazione.

Il progetto è passato al vaglio dei Comitati Scientifici e dei Comitati Etici delle istituzioni partecipanti in Italia e in USA.

Dopo le fasi pilota utilizzate per mettere a punto gli strumenti e le procedure, reclutare ed istruire il personale, e verificare sul campo tutte le attività connesse alla ricerca, il progetto ha preso ufficialmente avvio nell'aprile 2002.

LE RISORSE

Il presente capitolo è stato suddiviso in due paragrafi. Nel primo è stato stimato l'ammontare delle risorse che attualmente sono destinate alla prevenzione diagnosi e cura della patologia oncologica. Nel secondo è stato indicato l'ammontare delle risorse aggiuntive per sostenere gli obiettivi del presente Piano.

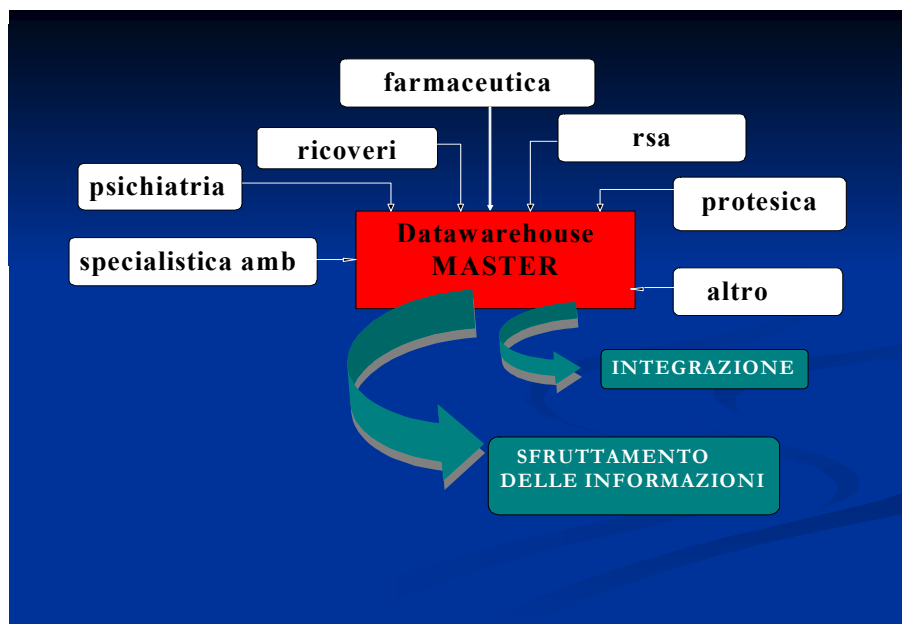
IL FABBISOGNO DI RISORSE

L'accordo dell'8 agosto 2001, con la rivalutazione del fabbisogno finanziario complessivo del SSN (146.376 mld di lire per l'anno 2002, di cui 23.100 mld per la Regione Lombardia) ha determinato un riallineamento tra livelli di assistenza sanitaria erogati e relativi costi. Qualora il fabbisogno risultasse superiore alla quota di finanziamento le regioni devono far fronte alle ulteriori esigenze finanziarie con mezzi propri.

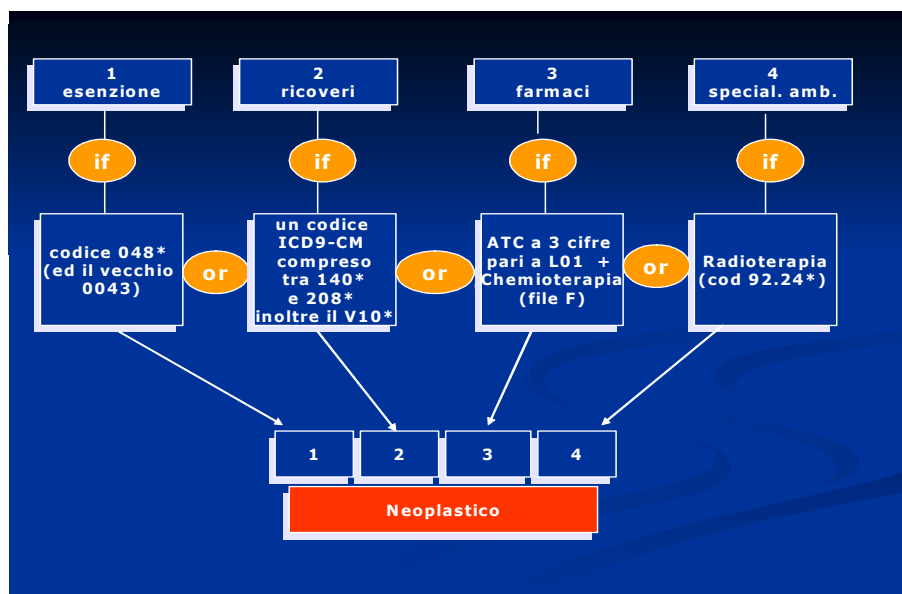
In un sistema in cui le risorse sono limitate il rischio è quello di non identificare le priorità e di effettuare delle scelte ingiuste ed inadeguate. La conoscenza dello stato di salute della popolazione con i relativi bisogni sanitari è informazione fondamentale per valutare nel tempo le scelte di fondo effettuate. Quanto sopra si rivela particolarmente critico quando si tratta del malato neoplastico.

Per dare una idea di quale porzione del fondo sanitario sia destinata alla prevenzione diagnosi e cura della patologia oncologica, è stata effettuata una stima utilizzando la Banca Dati Assititi (BDA) che pur essendo ancora in fase sperimentale risulta praticamente implementata in tutte le ASL. In estrema sintesi la BDA rappresenta l'integrazione e lo sfruttamento ragionato delle banche dati di tipo amministrativo esistenti utilizzando il metodo ideato e realizzato presso la ASL

della provincia di Pavia¹⁵. Le informazioni in essa contenute sono centrate sul singolo paziente



Per identificare i pazienti affetti da patologia oncologica è stato utilizzato lo schema seguente.



¹⁵ Per una esauritiva trattazione circa il metodo utilizzato: Il governo della domanda nei sistemi socio-sanitari. Pavia: Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Pavia, 2002.

Attraverso la BDA è stato così possibile identificare i pazienti affetti da patologia oncologica ed individuare i principali consumi sanitari ad essi correlati. In questo modo sono stati calcolati alcuni indici (prevalenza dei malati neoplastici, costo pro capite per ricoveri, prestazioni ambulatoriali e farmaceutica). Il procedimento utilizzato ha sicuramente dei limiti, ma consente di effettuare una prima stima dei principali consumi relativa alla patologia oncologica in Regione Lombardia.

La tabella seguente mostra che i pazienti affetti da patologia oncologica in Regione Lombardia sono circa 250.000. La spesa pro capite riferita ai principali consumi sanitari per l'anno 2001 è stata di circa 4.332 euro di cui 2.905 euro sono stati destinati ai ricoveri, all'incirca 412 euro per sostenere la spesa di prestazioni ambulatoriali tra cui la radioterapia e 409 euro per la spesa farmaceutica tra cui il file F.

Assistiti affetti da neoplasia				Valori pro capite			
ASL	Numero	Popolazione assistita	%	Ricoveri	Prestazioni ambulatoriali	Farmaci (+ file F)	TOTALE
Regione	250.377	9.121.714	2,74%	€ 2.905	€ 547	€ 880	€ 4.332

Il totale della spesa per i principali consumi è riportato nella successiva tabella.

Stima della spesa complessiva regione lombardia (.000 di €)			
Ricoveri	Prestazioni ambulatoriali	Farmaci (compreso file F)	TOTALE
€ 724.434	€ 139.964	€ 220.381	€ 1.084.779
66,78%	12,90%	20,32%	100,00%

Per quanto attiene l'entità della spesa relativa alle attività di prevenzione la stima è stata effettuata dalla U.O. Prevenzione della Direzione Generale Sanità ed è riportata in modo dettagliato nella tabella seguente:

ATTIVITA' DI PREVENZIONE		COSTI euro
SCREENING CA ⁽¹⁾		8.600.000,00
	<i>cervice uterina</i>	620.000,00
	<i>mammella</i>	500.000,00
	<i>retto</i>	230.000,00
	<i>altro</i>	7.250.000,00
SKIN CANCER DAY		50.000,00
TABAGISMO		2.575.000,00
	<i>Interventi nella scuola ⁽²⁾</i>	55.000,00
	<i>Disassuefazione 1° livello ⁽³⁾</i>	200.000,00
	<i>Disassuefazione 2° livello ⁽⁴⁾</i>	2.000.000,00
	<i>Ospedali e ASL liberi da fumo ⁽⁵⁾</i>	300.000,00
	<i>Comunicazione / informazione</i>	20.000,00
TUMORI PROFESSIONALI		2.880.000,00
	<i>registro mesoteliomi (convenzione)</i>	80.000,00
	<i>progetto tumori professionali</i>	2.800.000,00
ALIMENTAZIONE		1.300.000,00
	<i>progetto prevenzione antiparassitari in agricoltura</i>	1.300.000,00
AMBIENTE		24.000.000,00
	<i>costi ARPA direttamente e indirettamente legati alla prevenzione tumori ⁽⁶⁾</i>	24.000.000,00
EPIDEMIOLOGIA		680.000,00
	<i>convenzione ex DGR 9292 del 7.6.02</i>	680.000,00
T O T A L E		40.085.000,00

¹⁶

Deve necessariamente essere precisato che il valore riferito alle attività di screening riportato nella tabella si riferisce esclusivamente alle attività di organizzazione degli stessi e non ai costi per l'esecuzione dei test. Per avere il valore complessivo della spesa sostenuta per l'esecuzione degli screening è necessario sommare al valore indicato in tabella la spesa per l'esecuzione dei relativi test. (15 milioni di euro per la mammografia e 4 milioni di euro per il pap test). La spesa complessiva per l'attività di screening è pertanto stimabile attorno ai 27,4 milioni di euro.

¹⁶ (1) i costi indicati si riferiscono all'attività svolta dai DP delle ASL nel 2002, relativa a attività di accoglienza, raccolta anamnesi e, in casi limitati, esecuzione dell'esame. I dati sono stime parziali, in quanto non comprendono l'esecuzione degli esami. - (2) Costo stimato su interventi effettuati in 4 ASL (3) Costo stimato su interventi effettuati in 3 ASL (4) Costo stimato su intervento effettuato su 2.500 fumatori (5) Costo stimato su interventi effettuati in 10 Aziende sanitarie (6) La previsione di Bilancio dell'ARPA 2003 è di 48 milioni di Euro.

Per definire il quadro completo della spesa sostenuta per la domanda dei pazienti oncologici, sono stati stimati infine stimati costi relativi alle cure primarie ed alle altre attività distrettuali. Il risultato complessivo è rappresentato nella successiva tabella in cui le risorse destinate alla patologia oncologica sono state suddivise tra i tre livelli di assistenza.

Stima dei costi (anno 2002) per l'ONCOLOGIA suddivisa per Livelli Essenziali di assistenza		
Livelli di Assistenza	Stima dei costi (milioni di €)	Suddivisione % tra i livelli
Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro - TOTALE	59	4,2%
Assistenza distrettuale - TOTALE	621	44,1%
Assistenza ospedaliera - TOTALE	727	51,7%
Stima dei costi - TOTALE	1.407	

Nel complesso si può affermare che le risorse destinate alla prevenzione diagnosi e cura della patologia oncologica sono state all'incirca di 1.407 milioni di euro che corrispondono al 11,7 % del Fondo Sanitario Regionale dell'anno 2002. La ripartizione percentuale tra i vari livelli assegna il 4,2% alla assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, il 44,1% all'assistenza distrettuale ed il 51,7% a quella ospedaliera.

Non è possibile in questa fase effettuare delle valutazioni circa l'equilibrio della assegnazione delle risorse rispetto alle altre patologie. Sono però plausibili le seguenti considerazioni.

L'analisi della domanda riferita ai ricoveri ospedalieri (cap.1) ha messo in evidenza che il numero di soggetti che hanno avuto almeno un episodio di ricovero nel corso dell'anno non ha subito variazioni di rilievo negli ultimi tre anni, allo stesso modo è rimasto stabile il numero assoluto di ricoveri (+0,8%).

L'offerta attuale risulta nel complesso adeguata salvo che per le UOCP per le quali è prevista l'apertura di nuovi posti letto (cap.3) e per la radioterapia. Va inoltre tenuto presente che lo sviluppo in atto della rete assistenziale rivolta ai pazienti terminali rende necessario un ulteriore approfondimento in relazione ai costi dell'intero percorso assistenziale in particolare per ciò che riguarda la componente di intervento domiciliare. Ciò consentirà di allocare le risorse disponibili per sostenere il completamento della rete prevista dal PSSR

Il discorso cambia se ci si riferisce alle risorse che sono state erogate per garantire la domanda. Infatti la spesa per i ricoveri ospedalieri (al lordo degli abbattimenti) è aumentata nell'ultimo triennio del 9,6% in linea con il dato medio regionale del 10%.

Un ulteriore aspetto da esaminare è quello che prende in considerazione i livelli di erogazione delle prestazioni secondo le percentuali indicate nella precedente tabella. Anche in questo caso non è possibile affermare, trattandosi di una specifica patologia quali siano i valori ottimali di riferimento, ma sin da ora è plausibile sostenere che il livello relativo alla prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro

(4,2%) deve essere alimentato in quanto strategicamente importante per il controllo della malattia. Saranno pertanto ricercate le modalità per fare in modo di rendere più equilibrato il peso tra i diversi livelli.

LE RISORSE AGGIUNTIVE

Nell'attuale contesto di rigore economico, è importante ribadire che le risorse immediatamente disponibili sono quelle che si risparmiano dall'uso efficiente di quelle già immesse nel sistema. E' necessario ricercare quelle modalità organizzative che, attraverso una migliorata efficienza, faranno recuperare le risorse. Ad esempio è possibile ipotizzare la conversione di alcune attività inutili e costose in attività che hanno invece sicura rilevanza per la salute dei pazienti. Per quanto attiene le attività di prevenzione è ormai ampiamente riconosciuto che alcune attività tipiche del dipartimento di prevenzione (libretti sanitari, certificazioni sanitarie, visite necroscopiche) non hanno più ragione d'essere e che le risorse attualmente impiegate potrebbero essere meglio utilizzate per attività più proficue come ad esempio gli screening e l'educazione sanitaria.

Allo stesso modo è noto che ricercare l'appropriatezza dei livelli di assistenza consente di evitare inutili ricoveri e di recuperare le relative risorse per potenziare i servizi a livello distrettuale.

Si può pertanto comprendere che lo stanziamento di risorse aggiuntive per sostenere gli obiettivi contenuti nel presente piano, in un contesto di rigore economico, mostra in modo evidente il forte interesse della Regione verso un ulteriore miglioramento qualitativo dei servizi erogati a favore del paziente oncologico. Allo stesso modo si comprende quanto il suddetto stanziamento debba essere accompagnato da regole che diano le adeguate garanzie affinché tutte le risorse raggiungano gli scopi prefissati.

Lo stanziamento di tali risorse aggiuntive è stabilito per l'anno 2004 in 8 milioni di euro, in 8 milioni di euro per il 2005 e in 8 per il 2006.

- Con successivo provvedimento da emanarsi entro 90 giorni dall'approvazione del piano, saranno identificati i criteri e le modalità con cui saranno erogate le risorse aggiuntive. Tale provvedimento dovrà contenere: le priorità dei vari obiettivi, l'assegnazione delle risorse dei vari ambiti, la relativa quota annua di finanziamento, i livelli di qualità delle prestazioni rese, le indicazioni per effettuare i controlli dell'utilizzo efficiente delle risorse erogate, ecc. Una quota rilevante delle risorse sarà comunque destinata alla implementazione della ROL ed al sostegno delle attività di screening.
- **Potenziamento dei programmi di screening**
- **Potenziamento della Rete Oncologica Lombarda**
- **Formazione**
- **Ricerca**
- **Altri interventi innovativi previsti dal piano**

– ALLEGATI

ALLEGATO A (Lotta al tabagismo)

Prevenire l'acquisizione dell'abitudine al fumo tra i giovani

Una consistente parte dei giovani nel nostro Paese comincia a fumare ad un'età compresa tra gli 11 e i 15 anni. Ciò richiede, nell'ambito più complessivo della programmazione degli interventi di educazione alla salute, la realizzazione di specifici programmi di prevenzione del fumo rivolti ai ragazzi in età pre-adolescenziale, a partire dalla scuola dell'obbligo e in accordo con gli organismi scolastici competenti, attraverso schemi programmatici che proseguano nei primi anni delle scuole superiori e che devono essere preceduti da idonee attività di formazione degli insegnanti.

Sulla base delle esperienze accumulate e debitamente valutate e delle più recenti linee di indirizzo internazionali per la prevenzione del tabagismo tra i giovani, è stato formulato a livello regionale, un progetto di educazione sanitaria per la scuola orientato per l'antiiniziato al fumo di tabacco.

Il progetto è articolato in una serie di programmi differenziati secondo il grado e ordine delle scuole interessate (materne, elementari, medie inferiori e superiori – 3-18 anni), ed i suoi obiettivi sono i seguenti:

- sperimentare metodologie di educazione sanitaria rivolte alle comunità scolastiche per ottenere una diminuzione della prevalenza del tabagismo tra i giovani.
- sensibilizzare la popolazione generale adulta al problema del tabagismo, motivando i familiari degli studenti interessati dal programma a smettere di fumare qualora siano fumatori.

Appare opportuno sottolineare che l'impostazione degli interventi educativi-informativi rivolti ai giovani, punterà sugli aspetti positivi di una vita libera dal fumo, sull'utilizzo di immagini positive e di modelli per far fronte alle pressioni che inducono ad acquisire l'abitudine al fumo, piuttosto che sui rischi per la salute legati al tabacco.

La promozione dei programmi e degli interventi educativi si avvarrà dei Servizi Medicina Preventiva nelle Comunità(SMPC), del Dipartimento di Prevenzione delle ASL, il cui ruolo sarà di favorire la condivisione partecipata ai progetti di prevenzione del tabagismo, nonché quello di orientare la formazione dei docenti.

L'intervento diretto del personale del SMPC non sostituirà quello degli insegnanti, ma si articolerà solo in alcune fasi specifiche del programma, che potranno limitarsi alla parte progettuale dell'intervento di educazione sanitaria nonché, se richieste, a partecipazioni specifiche.

Favorire la cessazione del fumo tra i soggetti fumatori.

La disassuefazione dal fumo è un momento cruciale dell'intervento sanitario e può definirsi allo stesso tempo un intervento di prevenzione e di terapia: prevenzione dei danni correlati al tabacco, terapia della dipendenza da una

sostanza che, per diversi aspetti, è assimilabile a diverse droghe attualmente ritenute illegali.

La cessazione del fumo tra i soggetti fumatori è possibile grazie all'attuazione di specifici programmi di disassuefazione nella pratica clinica ed assistenziale ordinaria, nell'ambito delle strutture ospedaliere e della medicina territoriale e da parte delle associazioni private di volontariato.

E' auspicabile che nelle strutture aziendali sanitarie si costituisca un'équipe multidisciplinare, di più figure professionali, che programmi l'intervento e strutturi e coordini i percorsi, utilizzando la specificità delle varie competenze nella promozione di momenti informativi, formativi e educativi e nel trattamento dei pazienti.

A livello regionale, **il progetto** in via di sviluppo ha i seguenti obiettivi:

- la promozione, nelle aziende sanitarie, presso uno o più servizi specialistici competenti per il tabagismo e problematiche fumo-correlate (SERT, Unità di pneumologia, ecc.) di articolazioni funzionali, per lo svolgimento di corsi intensivi per smettere di fumare e di altri programmi terapeutici, individuali o di gruppo, adeguati alla specificità della dipendenza da nicotina;
- la formazione degli operatori. Si sta operando verso standard di formazione omogenei e di alta qualità per quanti vogliono occuparsi di disassuefazione, in modo da garantire la validità e l'efficacia degli interventi operati.
- favorire i rapporti coi MMG e i PLS. Si sottolinea la necessità di agire di concerto coi medici di base, vista la diffusione del problema e la necessità di un intervento efficace anche su un primo livello di terapia. Si stanno studiando protocolli di differenziazione ed integrazione degli interventi tra medici di medicina generale che si occupano di tabagismo e centri di II livello.

Un ruolo specifico nel programma per la cessazione del fumo è ricoperto dai MMG, ai quali ricorre gran parte della popolazione generale. Questi si trovano in una posizione privilegiata per condurre interventi finalizzati a contrastare l'abitudine al fumo. Possono, infatti, raggiungere tutta la popolazione assistita con messaggi personalizzati e fornire un supporto continuato nel tempo al fumatore che prova a smettere. Intervenendo anche con un semplice, conciso avvertimento, si potrebbero ottenere percentuali di disassuefazione annualmente di grande rilievo se rapportati su scala regionale e nazionale.

A livello regionale è in fase di attuazione un **progetto il cui obiettivo è quello di promuovere su tutto il territorio regionale interventi di cessazione dal fumo nei confronti della popolazione a cura dei MMG.**

Poiché il ruolo dei MMG e dei PLS è di vitale importanza, dovranno essere realizzati, per questi operatori, appositi interventi di sensibilizzazione e di formazione sia sui criteri diagnostici relativi alle caratteristiche della dipendenza, sia sulle linee guida più adeguate per facilitare la cessazione dell'abitudine al fumo di tabacco; a loro, inoltre, è rivolto un **progetto sulla prevenzione del fumo passivo**, tuttora in fase di elaborazione.

Più in generale, risulta sempre più indispensabile intraprendere iniziative di sensibilizzazione diffusa dell'opinione pubblica sui danni da fumo, mediante un'informazione chiara ed efficace da parte di tutti gli operatori sanitari, che sia in grado di creare i presupposti culturali per uno stile di vita più sano e sicuro e per ridurre, nello stesso tempo, il rischio di danni da fumo passivo per i contatti.

Ma l'informazione da sola non basta a ridurre la prevalenza dei fumatori, soprattutto se si considera che la medesima è più elevata negli operatori sanitari che nella popolazione generale. Per questa ragione, a livello regionale, è stato promosso, nelle strutture sanitarie lombarde, sia ospedaliere, sia territoriali, un **progetto** il cui obiettivo generale è **eliminare il fumo al loro interno e fornire gli strumenti per diminuire la prevalenza di fumatori tra gli stessi operatori sanitari.**

Proteggere i non fumatori dal fumo passivo.

Si rimanda ad un apposito urgente intervento legislativo, a completamento dell'attuale normativa, per la regolamentazione del divieto di fumo negli esercizi pubblici (bar, ristoranti) e nei luoghi di lavoro chiusi e non aperti al pubblico, al fine di tutelare la salute dei lavoratori anche dall'esposizione al fumo passivo.

Per quanto riguarda la normativa già vigente sul divieto di fumo nei luoghi pubblici, assume una particolare gravità il perpetuarsi dell'inadempienza del suo rispetto nelle strutture sanitarie e scolastiche. E' opportuno attuare con sollecitudine un **processo di verifica dell'applicazione dell'attuale legislazione e della relativa efficacia.** Ciò dovrà avvenire utilizzando le competenze delle aziende sanitarie tramite idonee attività di stimolo e di sorveglianza.

Valutazione degli interventi.

Al fine di migliorare il livello qualitativo delle iniziative già intraprese e in fase di attuazione e di studio, è, comunque, indispensabile predisporre un programma regionale di **valutazione dell'efficacia delle medesime e di monitoraggio costante dell'abitudine al fumo.**

Il fumo rappresenta uno dei principali fattori di rischio per molte patologie tumorali, nonché per quelle dell'apparato cardiovascolare e respiratorio. Studi condotti in numerose situazioni e con diverse metodologie, hanno provato una relazione causale tra consumo di tabacco e neoplasie di almeno sette organi: polmone, cavo orale e faringe, esofago laringe, pancreas rene e vescica, dei quali il polmone è l'organo principalmente e specificatamente colpito.

Si considera attribuibile al fumo il 90% delle morti per tumore polmonare.

Non meno importante si rivela l'esposizione al fumo passivo che, se negli adulti è causa di tumore al polmone, di malattie respiratorie e cardiovascolari, nei bambini causa decine di migliaia di episodi di asma acuta, bronchiti e polmoniti, nonché ritardato sviluppo respiratorio, malattie dell'apparato respiratorio superiore ed otite cronica.

Per far fronte a tale situazione, la Regione Lombardia ha messo in atto più strategie operative, fra cui la definizione di linee guida per la lotta al tabagismo e la costituzione di un gruppo di studio regionale, che si è posto come obiettivo il

favorire l'attuazione operativa e capillare di tali linee guida in tutte le strutture sanitarie poste sul territorio regionale.

ALLEGATO B (tumori professionali)

Un primo rendiconto è stato presentato nel quarto rapporto sullo stato della salute e dell'ambiente in Regione Lombardia del 2001.

Dall'analisi dei Piani Attuativi Locali delle ASL risulta che la maggior parte dei Servizi si è attivata per il perseguimento dell'obiettivo strategico, anche con notevole disomogeneità di scelte operative

	Mappatura con matrici	Indagini conoscitive	Programmi bonifica	Ricerca attiva tumori	Registri	Indagini epidemiolo giche	Collegamento con medici competenti
Milano città	2002		2003-2004				
Milano 1						tinto- stamperie	
Milano 2	2002			2001	2002		
Milano 3		2002		2002	2002		2001
Bergamo		2001					
Brescia	2002	2002	2002	2001 polmone	2000	PCB, metallurgia	
V. Camonica							
Como	2002	2003	2003		2002		2002
Cremona					mesoteliomi		
Lecco	2000- 2001	2001	2001		esposti		2001
Lodi	2002	2002	2002	2001 mesoteliomi			2002
Mantova			2001-2002 linee guida	2000-2001	mesoteliomi	lav. chimici	2001
Pavia	2001	2001-2002	2003-2004	2001 mesoteliomi	2002 Reg. esposti	Fibronit	2002
Sondrio	(rimanda a 2002 la stesura del progetto)						
Varese	2002	2002	2002	2001	x		

Ciò ha indotto la U.O. Prevenzione Regionale ad attivare una sperimentazione pilota, allo scopo di garantire nel tempo lo sviluppo di un intervento basato su criteri e strumenti il più possibile omogenei sul territorio regionale.

Nel biennio 2001-2002 si sono attivate numerose iniziative finalizzate allo sviluppo organico delle attività di progetto a livello regionale, a supporto di un'attività di coordinamento e razionalizzazione dei programmi di lavoro avviati dalle singole ASL su un tema tanto delicato e importante quanto la prevenzione dei tumori professionali.

1. Si è creato un **Gruppo Centrale di Coordinamento del progetto**, con il compito di dare indirizzi e orientamenti, verificare lo stato di avanzamento e relazionare periodicamente all'Assessore alla Sanità e al Direttore Generale.
2. Nell'Aprile 2001 si è tenuto a Varese il **workshop** "La prevenzione dei tumori professionali in Regione Lombardia", in cui si è definito l'obiettivo di una **sperimentazione pilota regionale** per le aree **Igienistico Tossicologica e Tecnico Impiantistica** sulle tre ASL di Varese, Lodi e Como, finalizzato a costruire e validare, in territori dalle caratteristiche produttive diverse, i criteri e gli strumenti per la individuazione, la quantificazione e la riduzione dell'esposizione a rischio.
3. La sperimentazione, condotta in collaborazione tra la A.O. Istituti Clinici di Perfezionamento, i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL e l'INAIL-

Contarp, ha già concluso la prima fase di mappatura, in cui si è utilizzata la matrice di predizione dell'esposizione costruita nel quadro del progetto PRIOR piemontese; i risultati preliminari sono stati descritti in un apposito report del Giugno 2002. La seconda fase di approfondimento dell'esposizione nelle imprese individuate è attualmente in corso.

A partire dall'anagrafe ISPESL delle imprese, che fornisce, oltre ai dati anagrafici, le informazioni relative al codice ATECO, sono state estratte 250 aziende tramite programma Excel sul territorio delle 3 ASL. L'estrazione casuale di questo campione è rappresentativa di tutte le tipologie di attività.

La matrice Prior ipotizzava la presenza di cancerogeni nel 40% del campione; nel corso delle indagini la presenza di cancerogeni è stata accertata solo nel 20%; inoltre i cancerogeni previsti dalla matrice nella maggioranza dei casi non sono risultati corrispondenti a quelli realmente utilizzati. In base ai primi risultati dell'indagine emerge che la matrice:

- non risulta aggiornata alle ultime normative sull'etichettatura delle sostanze pericolose;
- non tiene conto dell'evoluzione e trasformazione di alcuni settori produttivi e quindi dei cicli di produzione;
- non si è dimostrata uno strumento sufficientemente specifico per una identificazione e valutazione dell'esposizione a cancerogeni.

Pensata come strumento per la ricerca di tutte le possibili esposizioni a cancerogeni su singole attività lavorative, la matrice PRIOR si è rivelata troppo sensibile ai fini di una mappatura territoriale delle esposizioni; la finalità originaria per cui è stata costruita - di tipo essenzialmente epidemiologico - fa sì, infatti, che individui ipotetiche esposizioni in troppe situazioni lavorative, spesso senza riscontro reale, oppure a fronte di esposizioni estremamente basse. Occorre ripensare i criteri di mappatura, puntando da un lato a censire le modalità espositive in cicli notoriamente a rischio, dall'altro a esplorare condizioni di lavoro da questo punto di vista mal note.

4. E' ormai avviata la **fase due** del progetto volta a **quantificare l'esposizione professionale** in specifici comparti produttivi e ad individuare idonei percorsi per la riduzione/eliminazione dell'esposizione, che vede le tre ASL sperimentali impegnate nell'approfondimento della tematica in comparti produttivi diversi (rispettivamente plastiche a Varese, galvaniche a Como, lavorazioni di produzione e messa in posa di conglomerati bituminosi a Lodi) e che si concluderà entro Giugno 2003.
5. Per quanto riguarda la **“sorveglianza epidemiologica sui tumori professionali e lavoro-correlati prioritariamente rivolta verso quelli a più elevata frazione eziologica, finalizzata anche al loro riconoscimento in sede medico-legale”**, si sono sviluppate iniziative diverse in funzione del peso relativo della frazione eziologica.

Le scelte effettuate hanno precorso le indicazioni contenute nelle linee guida del Coordinamento Tecnico delle Regioni “Protezione da agenti cancerogeni e mutageni” Aggiornamento 2002, che, a proposito della ricerca attiva dei tumori professionali auspicano due diverse modalità in funzione di frazione eziologica:

“Quanto previsto dalla norma apre la strada alla ricerca attiva dei tumori professionali attraverso due principali canali, attivabili in funzione della frazione eziologica:

- *In analogia con i registri dei mesoteliomi nella rete “RENAM” è auspicabile la costituzione di registri regionali per i tumori ad elevata frazione eziologica, quali gli adenocarcinomi delle fosse nasali e gli angiosarcomi epatici;*
- *per altri tipi di tumore a più bassa frazione eziologica (tumore del polmone e vescica) sono in sperimentazione, a seguito dei risultati conseguiti con il progetto “OCCAM” a partire dai registri tumori di popolazione, sistemi di linkage tra casi registrati dalle schede di dimissione ospedaliera e informazioni dai registri INPS e INAIL sulle attività lavorative dei soggetti; una ulteriore fase della sperimentazione prevede l’approfondimento, per comparti e sulla base di criteri omogenei, dei casi potenzialmente professionali ricavabili dal linkage, a cura dei servizi territoriali e il conseguente ritorno di dati circostanziati per la validazione del metodo.*

In proposito è formalmente avviata una collaborazione tra ISPEL, Istituto Tumori di Milano, Regione Lombardia e Regione Toscana per sperimentare un sistema di sorveglianza epidemiologica basato sulle schede di dimissione ospedaliera dei tumori a frazione eziologica significativa, a partire dal tumore della vescica, utilizzando le metodologie dello studio OCCAM.”

Per i tumori a più bassa frazione eziologica come sopra accennato si sono definite intese formali tra Dipartimento di Medicina del Lavoro dell’ISPEL, Istituto Nazionale per lo studio e la cura dei Tumori di Milano e Regione Lombardia finalizzate alla **ricerca attiva dei tumori professionali**.

L’analisi dei dati di **dimissione ospedaliera** per gli anni 1999-2000 relativi ai tumori della vescica ha consentito di ottenere, sui casi apparentemente incidenti del 2000 (senza ricoveri nel 1999) la ricostruzione della storia professionale in termini di attività lavorativa presso imprese nominativamente e geograficamente individuate in periodi di tempo definiti.

Sulla base:

- della matrice predisposta nel progetto OCCAM, che documenta le segnalazioni di letteratura specifica relative a tumori professionali nei diversi comparti produttivi,
- delle informazioni contenute nelle schede individuali, è stato possibile aggregare i casi per comparto produttivo e per ambito territoriale.

Ciò potrà consentire:

- un approfondimento epidemiologico del peso della frazione di tumori vescicali attribuibile ad eziologia professionale (è in corso uno studio caso-controllo che si prevede sia completato entro il mese di Ottobre c.a.) che permetterà di identificare i comparti e gli ambiti territoriali a maggior incidenza in Lombardia e di orientare di conseguenza gli interventi di prevenzione.
- L’avvio di una verifica del livello di specificità della selezione automatica, mediante definizione di idonei ulteriori criteri di selezione, da definirsi in tempi rapidi, e verifica per alcuni comparti produttivi e su

una base territoriale definita. Ciò in vista della creazione del registro regionale dei tumori professionali, di cui dovranno essere definiti contenuti e modalità di gestione.

Tale verifica sarà effettuata mediante una sperimentazione pilota sul settore tessile, coinvolgendo fin dalle fasi istruttorie i servizi PSAL delle ASL di Como, Lodi, Varese, Milano 1 (facendo tesoro in quest'ultima realtà dell'esperienza maturata su uno studio di coorte tuttora in corso relativa alle tinto-stamperie).

La sperimentazione consentirà inoltre di formalizzare i criteri di selezione dei casi potenzialmente professionali su cui effettuare inchiesta di malattia professionale, nonché di definire le informazioni aggiuntive da raccogliere che entreranno nel pool di informazioni che dovranno costituire il **registro regionale**. *Per quanto riguarda i tumori a più alta frazione eziologica, il Registro mesoteliomi* è ormai pressochè a regime e produce report periodici. E' stato ormai consegnato il quarto report, che fa il punto relativamente al numero di casi, al controllo delle diagnosi e dell'esposizione professionali per gli anni 1999-2000-2001. E' attualmente in corso il controllo di completezza mediante confronto incrociato con le SDO e con i registri di causa di morte.

ALLEGATO C
(Qualità dell'aria)

Il PSSR dispone anche che la Direzione Generale della Sanità definisca le “Linee guida per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie dell'apparato respiratorio” coerenti con il consenso nazionale e internazionale e validate da esperienze cliniche e sperimentali in merito a patologie di grande rilevanza clinica ed epidemiologica quali appunto tubercolosi, asma bronchiale, polmoniti acquisite in comunità, neoplasie polmonari, BPCO e insufficienza respiratoria cronica. Potranno essere inoltre individuati tre o quattro progetti speciali, tra cui uno certamente sull'asma, in funzione della sua attualità ed importanza, ed uno sul ruolo dell'inquinamento e il suo impatto sulla salute pubblica.

La Regione Lombardia pone dunque la suddetta problematica nell'ambito degli interventi prioritari del primo PSSR, e, inoltre, rilancia le iniziative di prevenzione che sono partite con l'Azione programmata per la prevenzione, diagnosi e cura delle allergopatie (Deliberazione del Consiglio Regionale dell'8 marzo 1995, n. V/1446), a cui è seguita la pubblicazione del “Manuale regionale per la prevenzione, la diagnosi e la cura delle allergopatie” a cura del Servizio Igiene Pubblica della Regione Lombardia (aprile 1996), nonché l'organizzazione della 15° giornata di studio, che si è tenuta a Cremona il 30 maggio 1997, sul tema “Allergopatie e Ambiente”. In precedenza, nell'agosto del 1993, la Regione ha predisposto “Il Protocollo operativo per il controllo e la prevenzione della tubercolosi in Regione Lombardia”, a cui sono seguite le disposizioni ministeriali in materia.

Nel luglio del 1999, il Consiglio Regionale della Lombardia ha approvato il “Piano oncologico regionale per il triennio 1999-2001 e la istituzione dei Dipartimenti oncologici in Lombardia” dove si dà molto risalto alla prevenzione dei tumori del polmone e viene rilanciata anche la lotta contro il tabagismo e l'inquinamento ambientale. Vengono istituiti nuovi registri provinciali dei tumori nelle province di Mantova e di Sondrio che si aggiungono a quelli esistenti, da un quarto di secolo, a Varese e da qualche anno a Brescia.

La Giunta Regionale il 24 febbraio 2000 ha approvato le “Linee guida per la prevenzione del tabagismo nella Regione Lombardia”. Il 31.5.2002 si è tenuto un importante Convegno regionale, a Milano, su “La prevenzione del tabagismo”.

Rilevante anche il provvedimento della G.R. con il quale, il 13 luglio 2001, è stata definita “L'organizzazione della campagna vaccinale antinfluenzale per la stagione 2001-2002 e della contestuale campagna di comunicazione e informazione per la sensibilizzazione della popolazione”.

Per la lotta contro l'inquinamento atmosferico come è stato sottolineato nella premessa, l'evento referendario del 1993 ha avuto un effetto negativo su tutte le attività di prevenzione sia sanitaria che ambientale.

Solamente negli ultimi tempi il Servizio Sanitario Regionale, in collaborazione con l'ARPA, ha ripreso a svolgere un ruolo rilevante nella battaglia contro le malattie correlate all'inquinamento atmosferico, tenuto conto anche di quanto indicato nel provvedimento nazionale indicante i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), (DPCM 29 novembre 2001). I precedenti Rapporti “Salute e Ambiente” della Direzione Generale Sanità testimoniano lo sforzo svolto dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL) della Lombardia nella lotta contro l'inquinamento ambientale.

Finalmente con “Il Libro Azzurro della mobilità e dell'ambiente” la Giunta Regionale, nell'aprile 2002, rilancia e coordina l'impegno di tutte le Direzioni Generali, compresa ovviamente quella della Sanità, per una più efficace azione contro l'inquinamento dell'aria.

Le Azioni di prevenzione dell'inquinamento atmosferico del "Libro Azzurro" sono 62, in molte di esse interviene il SSR specie nella scheda n. 19, riguardante il Piano di informazione, formazione ed aggiornamento sistematici degli operatori (Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, medici di base) sugli effetti dell'inquinamento urbano e sui comportamenti utili a contenere l'esposizione agli inquinanti. Nel 2002 verranno organizzati anche 4 Convegni regionali (2 a Milano, 1 a Cremona, 1 a Cernobbio).

Conclusioni

Finalmente con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", come più sopra ricordato, si precisa che tra le prestazioni di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro garantite dal Servizio Sanitario Nazionale vi è anche quella inerente la "Tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali". Con la delibera della Giunta Regionale del 19 ottobre 2001, si è provveduto a ridefinire la "Zonizzazione del territorio regionale per il conseguimento degli obiettivi di qualità dell'aria, ambiente, ottimizzazione della rete di monitoraggio, relativamente al controllo dell'inquinamento da PM10, fissazione dei limiti di emissioni degli impianti di produzione di energia e piano di azione per il contenimento e la prevenzione degli episodi acuti di inquinamento atmosferico. Revoca delle dd.g.r. 11 gennaio 1991, n. 4780, 9 novembre 1993, n. 47079, 5 novembre 1994, n. 14606 e 21 febbraio 1995, n. 64263 e sostituzione dell'allegato alla d.g.r. 11 ottobre 2000, 1529".

Contemporaneamente alla deliberazione della G.R. più sopra richiamata, il 27 novembre 2001 è stata pubblicata nella G.U.C.E. (n. 309) la "Direttiva del Parlamento Europeo e del Consiglio relativa ai limiti nazionali di emissioni di alcuni inquinanti atmosferici" (Direttiva 2001/81/CE del 23 ottobre 2001).

Sulla G.U. R.I. del 13 aprile 2002 è stato pubblicato il Decreto 2 aprile 2002, n. 60 del Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio "Recepimento della direttiva 1999/30/CE del Consiglio del 22 aprile 1999 concernente i valori limite di qualità dell'aria ambiente per il biossido di zolfo, il biossido di azoto, gli ossidi di azoto, le polveri totali e il piombo, e la direttiva 2000/69/CE relativa ai valori limite di qualità dell'aria per il benzene e il monossido di carbonio".

L'ordinamento dell'Unione Europea (UE), quello nazionale e quello regionale finalmente sono coerenti e danno corrette indicazioni per la lotta contro l'inquinamento atmosferico.

ALLEGATO D (File F)

**Somministrazione di farmaci antitumorali in contesto ambulatoriale
(File F) Principi attivi, importo totale ed importo per caso trattato.**

Si rammenta che in queste tabelle caso non è sinonimo di soggetto, perché lo stesso soggetto può essere trattato nel corso dell'anno con più principi attivi, e pertanto ricadere in più categorie. Scopo delle tabelle è solo quello di esplicitare quali sono i 10 principi attivi più utilizzati nel corso dell'anno e quale è il loro peso (in termini di frequenza e di importo) sul totale delle osservazioni relative ai principi attivi utilizzati.

	Principio attivo	Casi	Importo L	Importo €	Importo €/caso
1999	FLUOROURACILE	816 19,92%	37.064.694	19.142,32 1,32%	23,46
	EPIRUBICINA (CLORIDRATO)	597 14,57%	492.093.995	254.145,34 17,57%	425,70
	MITOMICINA	496 12,11%	255.076.257	131.735,89 9,11%	265,60
	CICLOFOSFAMIDE (MONOIDRATO)	358 8,74%	13.347.760	6.893,54 0,48%	19,26
	GEMCITABINA (CLORIDRATO)	333 8,13%	439.204.342	226.830,11 15,68%	681,17
	VINCISTINA (SOLFATO)	185 4,52%	7.616.771	3.933,73 0,27%	21,26
	DOXORUBICINA (CLORIDRATO)	156 3,81%	58.440.034	30.181,76 2,09%	193,47
	CARBOPLATINO	155 3,78%	131.015.902	67.664,07 4,68%	436,54
	METOTREXATO (SALE SODICO)	151 3,69%	8.303.032	4.288,16 0,30%	28,40
	VINORELBINA (BITARTRATO)	123 3,00%	83.015.139	42.873,74 2,96%	348,57
Subtotale		3.370 82,26%	1.525.177.926	787.689 54,47%	233,74

	Principio attivo	Casi	Importo L	Importo €	Importo €/caso
2000	FLUOROURACILE	2.287 20,09%	129.174.965	66.713,30 0,94%	29,17
	CICLOFOSFAMIDE (MONOIDRATO)	1.393 12,23%	54.187.625	27.985,57 0,40%	20,09
	METOTREXATO (SALE SODICO)	1.000 8,78%	38.081.240	19.667,32 0,28%	19,67
	EPIRUBICINA (CLORIDRATO)	844 7,41%	758.937.990	391.958,76 5,54%	464,41
	DOXORUBICINA (CLORIDRATO)	693 6,09%	427.780.675	220.930,28 3,12%	318,80
	MITOMICINA	686 6,02%	427.145.288	220.602,13 3,12%	321,58
	GEMCITABINA (CLORIDRATO)	659 5,79%	1.447.097.658	747.363,57 10,56%	1.134,09
	VINORELBINA (BITARTRATO)	601 5,28%	434.294.916	224.294,61 3,17%	373,20
	PACITAXEL	501 4,40%	4.031.861.471	2.082.282,67 29,42%	4.156,25
	VINCISTINA (SOLFATO)	419 3,68%	18.078.469	9.336,75 0,13%	22,28
Subtotale		9.083 79,77%	7.766.640.297	4.011.135 56,67%	441,61

	Principio attivo	Casi	Importo L	Importo €	Importo €/caso
2001	FLUOROURACILE	2.025 16,77%	140.423.024	72.522,44 0,54%	35,81
	CICLOFOSFAMIDE (MONOIDRATO)	1.187 9,83%	54.473.707	28.133,32 0,21%	23,70
	EPIRUBICINA (CLORIDRATO)	1.051 8,71%	991.232.130	511.928,67 3,80%	487,09
	MITOMICINA	904 7,49%	690.236.006	356.477,15 2,65%	394,33
	METOTREXATO (SALE SODICO)	800 6,63%	37.905.271	19.576,44 0,15%	24,47
	GEMCITABINA (CLORIDRATO)	714 5,91%	1.517.355.077	783.648,50 5,82%	1.097,55
	PACLITAXEL	649 5,38%	4.996.641.082	2.580.549,76 19,16%	3.976,19
	VINORELBINA (BITARTRATO)	649 5,38%	525.384.814	271.338,61 2,02%	418,09
	DOXORUBICINA (CLORIDRATO)	617 5,11%	724.584.702	374.216,77 2,78%	606,51
	VINCRISTINA (SOLFATO)	359 2,97%	12.888.424	6.656,32 0,05%	18,54
	Subtotale	8.955 74,18%	9.691.124.237	5.005.048 37,17%	558,91

Interessante notare come, mentre nei primi 2 anni considerati, i 10 principi attivi più utilizzati rendono conto globalmente di percentuali di utilizzo e importo sufficientemente sovrapponibili, il 2001 presenta un quadro in cui, al minor peso della percentuale globale di utilizzo dei 10 principi attivi più usati sul totale generale, fa riscontro un ancor più netto calo della percentuale globale dell'importo di tali principi attivi sull'importo totale per la somministrazione di farmaci antineoplastici in contesti diversi da quello del ricovero ospedaliero.

Ciò è dovuto non tanto all'introduzione di nuovi principi attivi o di nuove combinazioni di essi in protocolli terapeutici innovativi, quanto alla diversa distribuzione di utilizzo degli stessi principi attivi nel 2001 rispetto agli anni precedenti (in particolar modo il 2000).

Le successive tabelle mostrano invece i protocolli di trattamento dei soggetti più utilizzati negli anni considerati. In queste tabelle, caso equivale a soggetto trattato, ma la presenza di una determinata combinazione di principi attivi non indica di per sé la somministrazione contemporanea (nella stessa data e/o nello stesso ciclo terapeutico) di tutti i principi attivi elencati.

1999	Combinazione principi attivi	Casi	Importo L	Importo €	Importo €/caso
	MITOMICINA	382 16,59%	239.196.454	123.534,66 8,54%	323,39
	FLUOROURACILE	348 15,12%	27.636.228	14.272,92 0,99%	41,01
	EPIRUBICINA (CLORIDRATO)	310 13,47%	230.032.472	118.801,86 8,21%	383,23
	GEMCITABINA (CLORIDRATO)	120 5,21%	208.976.953	107.927,59 7,46%	899,40
	FLUOROURACILE GEMCITABINA (CLORIDRATO)	65 2,82%	68.195.124	35.219,84 2,44%	541,84
	CICLOFOSFAMIDE (MONOIDRATO) EPIRUBICINA (CLORIDRATO) FLUOROURACILE	61 2,65%	83.028.813	42.880,80 2,97%	702,96
	VINCRISTINA (SOLFATO)	45 1,95%	1.558.437	804,87 0,06%	17,89
	CICLOFOSFAMIDE (MONOIDRATO) FLUOROURACILE METOTREXATO (SALE SODICO)	40 1,74%	5.571.324	2.877,35 0,20%	71,93
	RALTITREXED	40 1,74%	139.805.094	72.203,31 4,99%	1.805,08
	VINORELBINA (BITARTRATO)	38 1,65%	22.640.218	11.692,70 0,81%	307,70
Subtotale		1.449 62,95%	1.026.641.117	530.215,89 36,66%	365,92

2000

Combinazione principi attivi	Casi	Importo L	Importo €	Importo €/caso
FLUOROURACILE	665 10,68%	49.950.487	25.797,27 0,36%	38,79
MITOMICINA	568 9,12%	397.899.720	205.498,06 2,90%	361,79
CICLOFOSFAMIDE (MONOIDRATO) FLUOROURACILE METOTREXATO (SALE SODICO)	563 9,04%	59.754.580	30.860,67 0,44%	54,81
EPIRUBICINA (CLORIDRATO)	426 6,84%	349.090.536	180.290,22 2,55%	423,22
GEMCITABINA (CLORIDRATO)	217 3,48%	391.851.567	202.374,45 2,86%	932,60
PACLITAXEL	168 2,70%	1.465.669.851	756.955,31 10,70%	4.505,69
TEMOZOLOMIDE	147 2,36%	1.034.059.291	534.047,05 7,55%	3.632,97
VINORELBINA (BITARTRATO)	143 2,30%	101.738.325	52.543,46 0,74%	367,44
CICLOFOSFAMIDE (MONOIDRATO) DOXORUBICINA (CLORIDRATO) VINCISTINA (SOLFATO)	120 1,93%	68.859.267	35.562,84 0,50%	296,36
FLUOROURACILE METOTREXATO (SALE SODICO)	117 1,88%	7.851.350	4.054,88 0,06%	34,66
Subtotale	3.134 50,32%	3.926.724.974	2.027.984,20 28,65%	647,09

	Combinazione principi attivi	Casi	Importo L	Importo €	Importo €/caso
2001	MITOMICINA	795 11,11%	650.005.884	335.700,02 2,49%	422,26
	EPIRUBICINA (CLORIDRATO)	582 8,13%	481.356.372	248.599,82 1,85%	427,15
	FLUOROURACILE	522 7,29%	41.023.716	21.186,98 0,16%	40,59
	CICLOFOSFAMIDE (MONOIDRATO) FLUOROURACILE METOTREXATO (SALE SODICO)	421 5,88%	64.166.344	33.139,15 0,25%	78,72
	TEMOZOLOMIDE	329 4,60%	3.236.005.735	1.671.257,49 12,41%	5.079,81
	GEMCITABINA (CLORIDRATO)	323 4,51%	596.083.057	307.851,21 2,29%	953,10
	PACLITAXEL	203 2,84%	1.454.311.220	751.089,06 5,58%	3.699,95
	VINORELBINA (BITARTRATO)	172 2,40%	118.366.813	61.131,36 0,45%	355,41
	RITUXIMAB	169 2,36%	1.928.569.988	996.023,28 7,40%	5.893,63
	FLUOROURACILE OXALIPLATINO	164 2,29%	1.203.801.011	621.711,34 4,62%	3.790,92
	Subtotale	3.680 51,41%	9.773.690.140	5.047.689,70 37,49%	1.371,65

In questo caso si può osservare una contrazione dei soggetti trattati con i protocolli riportati nel periodo 1999-2001, dovuto all'incremento delle combinazioni di principi attivi utilizzati nel 2000/2001 rispetto al 1999, mentre si assiste a una iniziale diminuzione del peso economico percentuale globale delle combinazioni elencate passando dal 1999 al 2000, seguito però da una risalita nel 2001, dovuta a tre fattori: l'introduzione di nuove combinazioni di trattamento, l'incremento del numero di soggetti trattati con determinate combinazioni, le dosi impiegate per taluni principi attivi, come visibile anche da quanto riportato in tabella.

Una interpretazione univoca dei dati sopra riportati non è agevole, perché sono diversi i fattori in gioco, come accennato all'inizio: accanto a motivazioni economiche, non sono da sottovalutare gli aspetti di gestione dei soggetti sottoposti a chemioterapia antitumorale, di aspettative di vita verosimilmente migliorate, di

passaggio dalla ricerca alla pratica clinica quotidiana per quanto riguarda principi attivi e loro combinazioni.

Terapia oncologica in Lombardia

CENTRO	caratteristiche unità operativa			Dotazione per radioterapia con fasci esterni										Altre metodiche speciali				Brachiter. si/no	Dotazione per brachiterapia					
	Pubblica	Degenza/ N° letti	Num. Medici	N° TCT/ anno	N° AL el/ anno	N° AL no el/ anno	collimat. Multileaf	collimat. micromultileaf	potenz. IMRT	TC dedicata	N° simulat/ anno	TPS 2D/ anno	TPS 3D/ anno	IORT	TBI	Stereotas Brain	Stesreotas Body		N° letti	interstiz.	sala operat. dedicata	endocavit ar LDR	HDR	PDR
Spedali Riuniti - Bergamo	Si	NO	8	1/1978	3/1990, 1992, 1996	no	NO	NO	NO	accesso a tc	1/1996		Si,1999	NO	si	si	NO	Si	2	no	No	No	No	Si
Brescia Istituto del Radio	Si	Si/ 40	13	1/1990	3/1992 2002 2002	1/1992	SI	NO	SI	SI	2/1992, 1997		SI 1997- 2000	NO	si	no	no	Si	4	si	No	Si	Si	No
Brescia S. Anna	No	No	1	no	1/1994	no	no	no	NO	NO	1/1994	Target serie 2 1994		no	no	no	no	No	0	no	no	no	no	no
AO S.Anna - Como	SI	si/10	8	no	3/1990, 1998, 2002	no	si	no	si	accesso a tc	1/1990		Si, 1997 2002	no	no	no	no	Si	2	NO	si	si	si	si
Istituti Ospedalieri - Cremona	Si	SI/23	5	NO	2/2002 1998	1/1999	SI	NO	NO	accesso a tc	1/1991		Si, 1998	no	no	no	no	Si	3	si	si	Si	Si	No
Lecco Ospedale A.Manzoni	Si	No	4	no	1/2000	1/2000	SI	SI	si	si	1/2000		Si, 2000- 01	no	no	si	no	Si	0	no	No	No	Si	No
Mantova AO C. Poma - Mantova	Si	No	3	no	1/1995	no	NO	NO	NO	si	1/1995	Plato 1995	Si,1998	no	no	no	no	Si	0	no	No	No	Si	no
AO.S. Gerardo - Monza	Si	Tempor. chiusa	4	no	1/1994	1/1997	NO	NO	NO	SI	1/1992		Si 1996	no	si	no	no	Si	2	no	si	Si	No	Si
IRCCS Policlinico S. Matteo - Pavia	Si	No	7	1/1985	1/2002	1/1999	SI	NO	NO	no, accesso a tc	1/2002		Si	no	no	no	no	No	0	no	No	No	No	No
S.Donato Milanese Osp. Clinicizzato	NO	NO	2	no	1/989	no	no	no	no	accesso a tc	1/1989		Si	NO	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
Sondrio Ospedale	Si	No	3	no	1/1993	1/2000	NO	NO	NO	accesso a tc	1/1995		Si, 1995	no	no	no	no	no	no	no	No	No	No	No
AO di Circolo - Varese	Si	SI/12	12	no	2/1992, 1998	1/1993	SI	NO	NO	si	1/1996, Sim Tc 2001		Si, 1994, '98,2000	no	si	si	no	Si	4	si	si	si	si	No
Milano Ist.Europeo di Oncologia	No	SI/Diparti m.	7	no	2/1996	1/2000	si	si	si	si	1/1995		Si,1998, 1998	SI	no	si	si	si	3	si / prostata	no	no	si	si
Milano Ist. Nazionale Tumori	Si	si/12	18	1/1985	2/1992, 2002	2/1985, 1993	SI	si	SI	si	2/2002	2/1996	Si, 2000	no	si	si	SI	Si	12	si	si	si	no	no
Milano Ospedale Niguarda	Si	si/12	9	no	3/1989, 1992, 2001	1/2001	NO	NO	NO	accesso a tc	2/1994, 2001		Si 1999, 2001	no	si	si	si	Si	4	si	no	no	si	si
Milano S. Pio X	No	No	4	no	1	1	no	no	no	accesso a tc	si		Si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	No	no
Milano S. Raffaele	NO	si	13	no	1/1988	2/1988	no	no	no	accesso a tc	1/1988		Si	si	si	SI	?	si	0	si / prostata	si	no	no	no
Pavia Fondazione Maugeri	no	?	3	no	1/2002	1/1998	si	no	si	accesso a tc	1/1998		Si	no	no	no	?	?	?	?	?	?	?	?
Milano S. Ambrogio	NO	NO	3	no	no	1/1990	no	no	no	accesso a tc	no		Si, 2001	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
Monza Nuovo Policlinico	NO	no	4	no	no	1/2002	si	SI	si	si	?		Si, 2002	no	no	si	?	no	no	no	no	no	no	no
Milano Besta	SI	no	2	no	no	1/1991	no	si	si	si	si		si	?	no	SI	no	no	no	no	no	no	no	no
Busto A.	SI	no	4	no	1/1998	no	no	no	no	accesso a tc	no		si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no

