



PREVENZIONE, DIAGNOSI E CURA DELLA PATOLOGIA ONCOLOGICA NELLA PROVINCIA DI LODI

Novembre 2007



Regione Lombardia
Sanità



*A cura di: Antonio Nava, Loredana Luzzi, Roberto Giunta
Con la collaborazione di: Olivia Alboni, Anna Belloni, Lorenzo Colonna, Luigi
Gulinatti, Daniela Lugramani, Giovanni Marazza, Giovanni Morandi, Luca Polli,
Giovanni Sbalzarini, Maria Grazia Silvestri, Renato Scola, Massimo Vaiani*

**PREVENZIONE, DIAGNOSI E CURA DELLA PATOLOGIA ONCOLOGICA
NELLA PROVINCIA DI LODI**

INDICE

INTRODUZIONE.....	4
LA PREVENZIONE PRIMARIA	5
PIANO INTEGRATO 2003-2007.....	5
IL RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE.....	12
ASL LODI LE CAMPAGNE DI SCREENING.....	13
LO SCREENING DEL TUMORE DELLA MAMMELLA.....	13
LO SCREENING DEL TUMORE DEL COLLO DELL'UTERO.....	16
LO SCREENING DEL TUMORE DEL COLON RETTO.....	20
COMMENTO E PROPOSTE.....	23
IL RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE:.....	25
LA PATOLOGIA NELLA FASE ACUTA:	26
LA PATOLOGIA ONCOLOGICA NELLA ASL DI LODI RILEVATA DALLA BANCA DATI ASSISTITO (BDA).	26
L'OFFERTA SPECIALISTICA DI RICOVERO E AMBULATORIALE.....	34
IL RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE:.....	35
LA SCHEDA DI RILEVAZIONE TUMORI DA PARTE DEI MMG	36
TEMPI DI ATTESA ED ACCESSIBILITA'	36
LE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI DELL'ASL DI LODI.....	38
IL RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE:.....	40
PROGETTUALITA' E SCENARI FUTURI.....	42
IL RUOLO DEI PROTAGONISTI.....	45
IL DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE PROVINCIALE ONCOLOGICO (DIPO).....	46

INTRODUZIONE

Il presente documento vuole “fare il punto” sullo stato della prevenzione diagnosi e cura della patologia oncologica nella provincia di Lodi.

Per la redazione del documento si è pensato alla descrizione del percorso del cittadino e/o paziente. Si è abbandonata la logica delle competenze delle strutture per abbracciare quella della descrizione del percorso del paziente e dare quindi una lettura “orizzontale” delle attività messe in atto e dell’offerta presente sul territorio.

Il documento vuole essere un’opportunità di testimoniare le attività messe in atto e sviluppate nel quinquennio 2003 – 2007 e consentire una presentazione dei servizi e dei soggetti coinvolti, anche prospetticamente, con la convinzione che al centro ci debba stare l’assistito e il paziente

La patologia oncologica è una delle principali cause di morte, in tutto il mondo ed anche in Provincia di Lodi. I cittadini devono poter conoscere i servizi che il sistema offre e verificare che tale sistema funzioni e che sia in grado di supportare le scelte del singolo e della famiglia offrendo una serie di servizi adeguati alle necessità.

I riferimenti programmatici del documento sono rappresentati dal piano oncologico regionale del 2004¹, la cui attualità è stata confermata nel vigente piano socio sanitario (PSSR 2007 – 2009) e negli atti di programmazione annuale regionale. Il riferimento locale è il documento di programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e socio sanitari della provincia di Lodi², nella programmazione 2006 e 2007 e come punto di partenza per la programmazione 2008.

Il presente documento infatti interviene alla fine del mandato quinquennale dell’attuale direzione generale dell’ASL e nel momento in cui la Regione Lombardia chiede alle ASL di programmare i servizi per l’anno 2008.

Nelle pagine che seguono si è provato ad offrire una lettura, per livelli d’assistenza, dalla prevenzione primaria alle cure palliative, nel settore oncologico. Si è tentato di riportare dati sintetici e brevi commenti che agevolino la lettura.

I destinatari del presente documento sono innanzi tutto i medici e i pediatri di famiglia della Provincia di Lodi, primi interlocutori dei cittadini per qualsiasi problema di salute. Alcuni medici hanno contribuito attivamente alla redazione del documento, in una logica di collaborazione pragmatica, così come ha contribuito fattivamente il responsabile del DIPO (Dipartimento Interaziendale Provinciale Oncologico).

Il documento è parte integrante del documento di programmazione dell’ASL 2008 e a disposizione di tutti coloro che, per motivi legati alla professione, alla patologia in atto o semplicemente per curiosità, volessero approfondire la tematica.

Vuole inoltre essere pratica testimonianza di quale può essere il ruolo dell’Azienda sanitaria locale in tema di coordinamento dei servizi sanitari e socio sanitari nella delicata fase di costruzione delle reti di patologia.

ASL della Provincia di Lodi
Il Direttore Generale
Prof. Guido Broich

¹ Dgr n. VII/18346 del 23 luglio 2004

² del DG Asl Lodi n. del 2007 – www.asl.lodi.it

LA PREVENZIONE PRIMARIA

Il rapporto sulla salute nel mondo dell'OMS Secondo il National Cancer Institute (USA) l'80 % di tutte le forme tumorali sono potenzialmente prevenibili in quanto dovute a fattori ben identificabili. In particolare, il 30 % dei tumori nel mondo è riconducibile all'uso di tabacco, mentre i fattori dietetici sono ritenuti responsabili in media del 35 % delle morti per cancro dei Paesi industrializzati³.

Fattori di rischio comuni alle patologie cronico-degenerative in generale, ivi comprese quelle oncologiche, sono rappresentati da squilibri alimentari, sovrappeso-obesità e sedentarietà; fattori protettivi comuni sono una regolare attività fisica, un adeguato consumo di frutta e verdura ed il mantenimento del peso corporeo nella norma.

Tali aree d'intervento rientrano nel programma integrato di promozione della salute varato nel 2003 nell'ASL della Provincia di Lodi . Il programma, ad ampio orizzonte temporale, mira a sviluppare in una cornice sistemica politiche orientate a modificare i principali determinanti di sicurezza e salute nel territorio, in coerenza con i principi ispiratori della Carta di Ottawa per la Promozione della Salute (OMS, 1986) e in applicazione delle direttive nazionali e regionali in termini di prevenzione attiva.

PIANO INTEGRATO 2003-2007

Il programma Aziendale prevede il coordinamento con le istituzioni e le forze sociali del territorio con l'obiettivo di creare e una rete sociale organizzata utile per rafforzare comportamenti "sani" e "positivi" sino a renderli "preferibili" e "naturali".

La scelta di questo nuovo approccio ha comportato la messa in atto di un processo di integrazione dei programmi preventivi. In particolare sono stati coinvolti i Dipartimenti Aziendali con particolare attenzione ai Servizi di Prevenzione .

Il modello di intervento adottato integra obiettivi, metodologia e risorse per la conduzione di iniziative coordinate ed interdisciplinari su più ambiti, dalla scuola ai luoghi di vita e di lavoro, puntando ad innescare sane politiche pubbliche, a creare ambienti favorevoli alla salute; a sviluppare le capacità individuali e rafforzare l'azione collettiva a favore della salute. Nell'ambito del programma sono sviluppate 5 aree di intervento: **Corretta alimentazione e prevenzione dell'obesità, Lotta al fumo di tabacco, Sviluppo sano e benessere della persona e promozione dell'attività fisica, Sicurezza negli ambienti di vita , Prevenzione degli incidenti stradali.**

Nell'ambito della prevenzione primaria un ruolo significativo è svolto dal Dipartimento Dipendenze che ha fra i suoi compiti l'Educazione alla Salute e la prevenzione specifica attraverso attività sul territorio in collaborazione con i Comuni, gli Istituti Scolastici, le Agenzie di volontariato, ecc.

Prevenire i comportamenti di abuso, dipendenza e uso dannoso delle sostanze illecite e lecite, con particolare attenzione al tabacco e all'alcool si collega ed integra con il Programma Aziendale.

Le azioni si rivolgono ad una popolazione che va dall'età pre adolescenziale a quella adulta.

Negli interventi proposti e svolti dal Dipartimento Dipendenze in ambito preventivo vengono valorizzati aspetti di dissuasione in tema di comportamenti a rischio ma ancor più è svolta una vera e propria azione di marketing di atteggiamenti favorevoli al benessere.

La "Progettazione partecipata" è il metodo adottato da tempo dal Dipartimento nella convinzione che la partecipazione indica una modalità attiva e socialmente visibile di

³ L'American Institute for Cancer Research stima che con Corrette abitudini alimentari , Esercizio fisico e Peso corporeo nella norma l'incidenza di cancro si ridurrebbe del 30-40%.

contributo alla progettazione da parte di coloro che sono destinati a diventare utenti delle iniziative proposte.

Lavorare in questo modo permette agli operatori del Dipartimento Dipendenze di individuare, condividendole, le strategie più opportune e mirate per raggiungere gli obiettivi prefissati.

Con l'eccezione della prevenzione degli incidenti stradali, tutte le strategie sono correlate, almeno in parte, alla prevenzione delle patologie oncologiche, anche se in termini di guadagno potenziale di anni di vita in buona salute gli obiettivi prioritari sono individuabili per le prime tre aree di intervento indicate nella tabella seguente.

AREE DI INTERVENTO	OBIETTIVI
Corretta alimentazione e prevenzione dell'obesità	Migliorare i comportamenti e gli atteggiamenti in ambito alimentare, promuovere il consumo di alimenti sicuri e protettivi, promuovere l'attività fisica.
Lotta al fumo di tabacco	Far acquisire adeguate conoscenze sui rischi del fumo e prevenirne l'uso, fornendo strumenti per scegliere e adottare corretti stili di vita, grazie al coinvolgimento della comunità.
Sviluppo sano e benessere della persona e prevenzione dell'attività fisica	Orientare le aspettative e gli approcci alla persona secondo una visione integrata delle potenzialità come strumento per superare gli ostacoli e le limitazioni che si frappongono tra il soggetto e la piena realizzazione di un armonico equilibrio.
Sicurezza negli ambienti di vita	Incrementare la cultura della sicurezza negli ambienti indoor (scuola, casa, ambienti di lavoro e ricreativi) e outdoor. Fornire conoscenze sui rischi e sviluppare attitudini per l'adozione di comportamenti atti a prevenirli.

DESTINATARI E ATTORI

Destinatari e attori del modello di intervento sono le istituzioni e le forze sociali del territorio, con particolare attenzione a Operatori Sanitari, Amministrazioni Locali, Scuole pubbliche e private di ogni ordine e grado, Imprese, Servizi, strutture sanitarie ecc.

METODOLOGIA

Nella pianificazione operativa l'approccio adottato si può sintetizzare in un sistema strutturato in più fasi : informazione-formazione, attivazione di tavoli e gruppi di lavoro con opinion leaders e stake-holders, condivisione della metodologia e definizione dei percorsi e strumenti, attivazione dei percorsi pianificati, follow-up e valutazione di efficacia.

OBIETTIVI E INDICATORI

Al fine di valutare l'efficacia dell'intervento ad ogni obiettivo è stato associato uno specifico indicatore in grado di misurare oggettivamente il grado di raggiungimento.

Dato l'ampio orizzonte temporale del programma, si prevede un costante avanzamento e arricchimento dei risultati intermedi attraverso la progressiva crescita di iniziative specifiche coordinate.

ATTIVITÀ SVOLTA E OBIETTIVI RAGGIUNTI AL GIUGNO 2007

La tabella seguente illustra i dati relativi ad alcuni specifici indicatori di processo per le quattro aree di intervento in qualche modo correlate alla tematica oncologica nella scuola: adesione delle strutture ai progetti specifici, classi coinvolte, alunni raggiunti, insegnanti formati alla conduzione degli interventi specifici, con aumento significativo delle conoscenze negli insegnanti coinvolti .

Occorre peraltro ricordare che negli anni scolastici 2004/05, 2005/06, 2006/07 sono stati coinvolti e formati sulla metodologia di approccio del modello HPS 287 insegnanti, pari a circa il 13% del totale; l'organizzazione di incontri formativi ha consentito la formazione di almeno 4 insegnanti per ogni Direzione/Presidenza che ha aderito al programma.

**REPORT ATTIVITÀ DI PROMOZIONE DELLA SALUTE NELLA SCUOLA AL
30 GIUGNO 2007**

Iniziativa	Istituzioni aderenti	Insegnanti Formati	Classi scolastiche coinvolte	Studenti raggiunti
Alimentare la salute	19	75	86	1600
	(47% delle Istituzioni pubbliche)	(3.3% degli insegnanti)	(6.5% delle classi del territorio)	(5.5% della popolazione studentesca)
Lotta al fumo di tabacco	13	28	37	725
	(38% delle Istituzioni)	(1.3 % degli insegnanti)	(2.7 % delle classi del territorio)	(2.5% della popolazione studentesca)
Benessere e Sicurezza negli ambienti di vita	10	30	40	805
	(26% Istituz. pubbliche)	(1.4 % degli insegnanti)	(3 % delle classi del territorio)	(2.8% della popolazione studentesca)
Sviluppo e Benessere della Persona .(attività motoria, corretto uso farmaci, salute orale, malattie infettive ecc)	18	117	132	2650
	(44% delle Istituzioni pubbliche)	(5.3 % degli insegnanti)	(10 % delle classi del territorio)	(9.3% della popolazione studentesca)
Totale	26	287	343	6500
	(76% delle Istituz.pubbliche)	(13% degli insegnanti)	(25% delle classi del territorio)	(23% della popolazione studentesca)

Dopo l'avvio e la realizzazione dello specifico progetto di promozione di una corretta alimentazione, il consumo di verdura e frutta è risultato in crescita nei destinatari del programma, i quali hanno inoltre acquisito maggiori conoscenze e strumenti per una gestione corretta dell'alimentazione e del peso.⁴

Nell'ambito del progetto è stata realizzata inoltre la formazione e informazione dei referenti comunali per il servizio di ristorazione scolastica al fine di promuovere corretti comportamenti alimentari in ambito scolastico. Sono stati organizzati 4 incontri di formazione a cui ha partecipato il 42% dei Comuni titolari del servizio; il 100% dei Comuni titolari del servizio è stato raggiunto da atti di indirizzo e, in più del 90% dei Comuni è stata adottata la tabella dietetica proposta dall'ASL senza sostanziali variazioni.

I Pediatri di libera scelta del territorio sono stati sensibilizzati e formati sul programma mediante implementazione del piano formativo sulle principali aree di intervento (partecipazione del 100% dei PLS); è stato predisposto un protocollo per il percorso assistenziale al bambino con sovrappeso/obesità afferente agli ambulatori pediatrici e tutti i PLS sono stati raggiunti da strumenti informativi e per la gestione del counselling, anche con l'utilizzo di sistemi informativi integrati con il Datawarehouse aziendale.

⁴ I rilievi sono emersi da questionari tesi ad esplorare le frequenze di consumo nella giornata alimentare, da rilievi dei consumi in mensa con cui, a partire dal 1993, sistematicamente viene monitorato il processo.

L'utilizzo sistematizzato dei dati dell'VIII bilancio di salute ha consentito di evidenziare nel 2005 su 408 bambini di 5-6 anni di età (20% della fascia di popolazione), un eccesso ponderale nel 18.5% dei soggetti e, nei primi 10 mesi del 2006, su un numero analogo di bambini, un eccesso ponderale nel 19.1% dei soggetti.

I pediatri di libera scelta del territorio sono stati inoltre sensibilizzati al monitoraggio e promozione dell'attività fisica nella popolazione infantile; in particolare l'integrazione dei dati dell'VIII bilancio di salute ha consentito di evidenziare nel 2005 e nel 2006 che due terzi dei bambini di 5-6 anni di età non svolge alcuna attività sportiva (su un numero di soggetti pari al 20% circa della fascia di popolazione).

In sede di incontro con i Rappresentanti delle Associazioni di Categoria e della Camera di Commercio, sono state fornite raccomandazioni specifiche per le imprese di ristorazione al fine di promuovere sane abitudini alimentari e orientare le scelte dei consumatori.

Per promuovere la qualità della ristorazione e il monitoraggio nutrizionale nelle strutture sanitarie assistenziali sono state elaborati e inviati indirizzi per la progettazione e gestione del servizio secondo obiettivi di qualità totale per il miglioramento del sistema dopo aver effettuato un'indagine conoscitiva atta a far emergere le relative criticità.

Per promuovere la qualità della ristorazione nei luoghi di lavoro è stato effettuato, come esperienza pilota, uno specifico intervento nell'ambito della ristorazione aziendale delle Grandi Opere Pubbliche (cantieri TAV).

Nell'ambito del Progetto "Lodi senza fumo" vengono pianificate e coordinate le iniziative di promozione della salute in tema di lotta al tabagismo con particolare riferimento a soggetti esterni alla Azienda (es. Scuola, Comuni, Associazioni); vengono inoltre pianificati eventi formativi accreditati per il personale sanitario e la sensibilizzazione dei MMG e PLS.

Il settore della ristorazione pubblica, interessato dagli obblighi normativi introdotti dalla legge 3/2003 (divieto di fumo), è stato coinvolto in interventi di informazione/formazione sulla tematica fumo finalizzati a fornire informazioni in ordine agli obblighi di legge in vigore dal 10 gennaio 2005, coinvolgere i titolari ad un'azione decisa nei confronti del fumo promuovendo la rinuncia volontaria e consapevole degli stessi a creare spazi per fumatori. E' stato predisposto e distribuito materiale informativo, compresi facsimili di cartelli antifumo a norma. Sono stati organizzati incontri con le associazioni di categoria ed è stato attivato un tavolo di lavoro per lo sviluppo di strategie comuni in tema di lotta al fumo. Sono inoltre attivati contatti con la Dirigenza e i Medici del lavoro delle aziende del territorio per monitorare il rispetto della normativa e per implementare momenti di educazione del personale sulla problematica, anche in considerazione dei rapporti con la normativa sulla tutela dei lavoratori (D.lgs. 626/1994) ed in particolare con il titolo VII che si occupa di protezione da agenti cancerogeni.

Occorre infine ricordare che gran parte dell'attività del Dipartimento di Prevenzione Medica è orientata alla prevenzione delle esposizioni a potenziali rischi, tra cui quelli cancerogeni, correlati a vari ambiti, come si evidenzia nella tabella seguente

Rischio	Misure di controllo e prevenzione
Cancerogeni professionali	Controlli nei luoghi di lavoro e linee guida
Contaminazione alimentare	Controlli e linee guida
Acque per consumo umano	Controlli e linee guida
Radon	Igiene Edilizia
Virus epatite	Vaccinazione anti epatite e raccomandazioni igieniche
Contaminanti indoor e outdoor	Sorveglianza e controlli in collaborazione con ARPA

Nell'ambito delle azioni di promozione della salute finalizzate alla sicurezza indoor ed outdoor il Dipartimento di prevenzione Medica, in collaborazione con ARPA, Regione Lombardia e Provincia di Lodi ha attivato **un progetto biennale “Qualità dell'aria e salute”**

Obiettivo dell'indagine è dare un'argomentata risposta alla sensibilità della popolazione sul tema dell'inquinamento dell'aria e delle sue possibili connessioni con il quadro epidemiologico territoriale, anche in relazione all'insediamento della centrale termoelettrica, approfondendo gli aspetti tossicologici della miscela di contaminanti presente nell'atmosfera outdoor e indoor e il loro inquadramento rispetto ai dati epidemiologici, e stimando, sulla base di parametri urbanistici, demografici, abitativi, l'effettiva esposizione delle diverse fasce di popolazione della Provincia.

Ad oggi state attivate, e completate, le fasi relative a:

report storico qualità dell'aria; valutazione aggiornata delle emissioni in atmosfera del Lodigiano, ivi comprese quelle legate alla presenza della centrale termoelettrica; caratterizzazione meteorologica del territorio; rilevazione della percezione della problematica da parte della popolazione.

Sono in avanzato stato di sviluppo l'analisi dei dati epidemiologici del territorio e la definizione dei parametri descrittivi del territorio per la costruzione di indicatori di esposizione e l'indagine sull'inquinamento indoor nelle abitazioni del lodigiano. Quest'ultima indagine prevede due fasi: uno studio osservazionale trasversale su un campione 360 soggetti selezionato in modo casuale nella popolazione residente tra i 20 e i 70 anni d'età nella provincia di Lodi, e uno studio ambientale *ad hoc* su un sottogruppo, con rilevazione in continuo, per 24 ore, dei principali inquinanti entro alcune abitazioni. La valutazione dell'esposizione indoor ha lo scopo di definire il carico complessivo di inquinamento cui sono esposti i cittadini. Si prevede inoltre di stimare con varie tecniche la correlazione con lo stato di salute, in particolare con disturbi respiratori.

INFORMAZIONE E SENSIBILIZZAZIONE- LOTTA AL CONSUMO DI SOSTANZE LECITE ED ILLECITE.

“Una convincente evidenza epidemiologica mostra che le bevande alcoliche aumentano il rischio di tumori della cavità orale della faringe, della laringe e del carcinoma dell'esofago proporzionalmente alla quantità consumate, ed inoltre è responsabile della cirrosi epatica e dei tumori primitivi del fegato, come anche le infezioni croniche di epatiti B o C, specie negli anziani.

La combinazione del consumo di alcol e del fumo di sigaretta incrementa il rischio di tumori con un effetto moltiplicativo. Tuttavia il consumo di alcol, anche in assenza del fumo di sigaretta, aumenta sia il rischio dei tumori del tratto superiore delle vie aerodigestive. Il rischio relativo di queste neoplasie è di circa 10-100 volte maggiore nei soggetti che bevono e fumano pesantemente, infatti, nel caso di totale astinenza dal bere e dal fumare, l'incidenza di tumori del cavo orale, della faringe, della laringe e del tumore dell'esofago è estremamente bassa”⁵.

L'approccio migliore per prevenire i tumori causati da questi comportamenti è prevenire l'uso delle sostanze. Per riuscire a ridurre il consumo di tabacco si ritiene necessario, fra

⁵ <http://www.iss.it/ofad/fumo/cont.php?id=13&lang=1&tipo=3>

http://www.tumori.net/it/fattoridirischio.php?page=sv_alcol1 ;

Boffetta P, Hashibe M. Alcohol and cancer. *Lancet Oncol* 2006; 7:149-56.

le altre cose, una strategia complessiva, rivolta a giovani ed adulti, che includa azioni di promozione di uno stile di vita salutare oltre che, programmi per smetterne l'uso e l'abuso.

Il Dipartimento Dipendenze tratta istituzionalmente tutte le forme di dipendenza da sostanze lecite ed illecite ed i comportamenti patologici. Tra le varie attività è riconosciuto dalla Regione il centro Antifumo che svolge prestazioni gratuite di disassuefazione dall'uso di tabacco.

“Informazione e sensibilizzazione” sono i due concetti intorno ai quali ruota da anni il lavoro di prevenzione svolto dal Dipartimento Dipendenze dell'ASL di Lodi.

I due aspetti sono da sempre intimamente legati e se è vero che l'informazione da sola può fare poco in termini di prevenzione, se affiancata ad un lavoro di sensibilizzazione può risultare maggiormente efficace.

Di seguito vengono descritti i progetti di prevenzione dei comportamenti di abuso, dipendenza e uso dannoso delle sostanze illecite e lecite, con particolare attenzione al tabacco e all'alcool.

IL PROGETTO “MODULO ECSTASY”:

L'esperienza di “*Modulo Ecstasy*”, inizialmente un progetto di prevenzione all'uso di quelle che alcuni anni fa venivano indicate come “nuove droghe” e ormai solo acronimo per individuare le attività di informazione e sensibilizzazione promosse, ha richiesto un'continua attenzione rivolta ad un fenomeno complesso, articolato e mutevole, che coinvolge numerosi attori ed è influenzato sia dal clima socio-culturale presente sia dalla normativa di riferimento come quello dell'uso e dell'abuso di sostanze.

Lavorare inizialmente con adolescenti e preadolescenti, ha richiesto negli anni un ripensamento delle attività in atto in un'ottica sistemica, giungendo all'elaborazione di una strategia complessiva di intervento culturale, educativo, sociale e socio-sanitario che tenesse conto di una molteplicità di interventi in ambiti differenti (famiglia, docenti, scuola, territorio, aggregazioni informali, ecc.), che coinvolgesse sia i destinatari diretti sia gli adulti con un ruolo educativo nei loro confronti, che muovesse i passi da una progettazione partecipata come modalità attiva e socialmente visibile di contributo alla progettazione da parte di coloro che sono destinati a diventare utenti del progetto.

Informazione e sensibilizzazione si è arricchito negli anni del concetto di promozione della salute e di stili di vita sani. In questo senso gli interventi non si limitano a trattare il tema delle sostanze e dei loro effetti nocivi in termini informativi ma agiscono sui fattori che promuovono il benessere e la qualità della vita.

IL PROGETTO “TESEO”:

Il progetto denominato “*Teseo*”, in questo senso, si è dato come obiettivi lo sviluppo della capacità di progettazione di vita consapevole, sia rispetto alla propria sfera personale che a quella dei gruppi di pari per quanto riguarda i giovani e ha sperimentato strade di riduzione della distanza fra generazioni (giovani docenti genitori) ampliando la sfera comunicativa e la capacità di cura e di attenzione. Le strategie messe in atto sono quelle dell'ascolto individuale ed in piccolo gruppo con attivazione successiva e mirata, di percorsi di crescita sia sull'affettività, sui rapporti con i genitori, sui conflitti con i pari e con il mondo della scuola nelle scuole medie, sia finalizzato alla costruzione di percorsi aggregativi e di auto aiuto reciproco nel gruppo dei pari nelle scuole superiori. Agli adulti è offerta una serie di percorsi di formazione, di accompagnamento operativo e di supervisione in itinere su temi educativi, sulle dinamiche di gruppo, sull'approccio pedagogico, sulla progettazione e sulla realizzazione degli interventi di supporto, di ascolto e di orientamento agli studenti delle varie fasi della vita scolastica

(formazione di docenti e operatori del territorio), di percorsi di aggiornamento e supporto del ruolo adulto (formazione dei genitori)

Informare e sensibilizzare e promuovere la salute ha significato anche cura dei **linguaggi** con cui trasmettere i contenuti degli interventi.

Tutti i progetti attivati da parte del Dipartimento Dipendenze pongono attenzione a questo aspetto, dal momento che un contenuto viene colto maggiormente se comunicato in modo incisivo.

IL PROGETTO “CERCANDO QUALCOSA DI PIÙ IN FONDO ALLA SERA”:

(Progetto per la Sensibilizzazione e l’Informazione all’uso/abuso di alcool e tabacco, terminato nel giugno del 2007)

: ha realizzato una campagna di sensibilizzazione e informazione all’uso/abuso di alcool e tabacco riprendendo l’esperienza originaria di “Modulo Ecstasy” ed affiancandosi all’attuale, che aveva già visto impegnate nella realizzazione dei materiali poi diffusi su territorio provinciale, le Scuole del Territorio.

I linguaggi e le strategie indicate dai giovani si sono rivelate utili anche per una divulgazione nei confronti di un pubblico adulto.

Il tempo e la continuità nel tempo sono un’altra caratteristica del progetto che, dopo una fase di progettazione e realizzazione dei materiali, ha lanciato diverse campagne di sensibilizzazione e informazione su temi di alcoolismo e tabagismo durante tutto il 2005 e il 2006, ricorrendo alle diverse tecniche del marketing.

Gli obiettivi sono quelli di un aumento dell’attenzione alla propria salute, di promozione di atteggiamenti più consapevoli verso l’alcool, il tabacco e le droghe, di riduzione della propensione all’uso di alcolici, tabacco e “sostanze”.

“Gioca di più, fuma di meno”, “Sogna di più, bevi di meno”, “Balla di più, sballa di meno” sono stati i messaggi individuati e raffigurati dai giovani, veicolati con le diverse tecniche del marketing durante il periodo delle campagne informative nelle Scuole, nei Comuni, ai MMG, e nei luoghi di aggregazione.

Tabella riepilogativa delle iniziative realizzate⁶

⁶ L’analisi in dettaglio della ricaduta territoriale dei progetti L.45/99 è stata presentata nel convegno del 22 maggio 2007 del Dipartimento ASSI/Dipartimento Dipendenze ed è presente sul portale del Dipartimento stesso all’indirizzo <http://www.asl.lodi.it/> negli atti del “Quaderno n.3 rapporto L.45/99”.

Tipo di intervento	Titolo	Descrizione	Istituzioni Coinvolte	Target	Numeri/anno	Tempi
Prevenzione Primaria (aspecifica)	TESEO	Progetto di promozione del benessere che utilizza l'ascolto e la formazione come strategie di prevenzione.	10 Istituti Scolastici	Insegnanti Studenti Famiglie	120 2500 50	Dall'anno scolastico 1999/2000 all'anno scolastico 2003/2004
Prevenzione Primaria (specifica)	MODULO ECSTASY	Progetto di promozione della salute attraverso una campagna di informazione e sensibilizzazione riguardante i danni e i rischi correlati all'uso di sostanze stupefacenti, legali e illegali, e ai comportamenti a rischio di abuso	15 Istituti Scolastici Comuni	Insegnanti Studenti Famiglie	30 1200 70	Dall'anno scolastico 1997/1998 a tutt'oggi (programma istituzionalizzato attualmente denominato "Percorsi stupefacenti")
Prevenzione Primaria (specifica)	CERCANDO QUALCOSA DI PIU' IN FONDO ALLA SERA (Art. 31)	Progetto di promozione alla salute attraverso una campagna di marketing di situazione di benessere (in collaborazione con un'agenzia di marketing del territorio)	MMG e PLS Scuole Comuni	Giovani Popolazione locale	Tutti Tutte Tutti	Dall'anno scolastico 2005/2006 all'anno scolastico 2006/2007

IL RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

L'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale prevede, in una visione promozionale nei confronti della salute, compiti di "educazione sanitaria e assistenza preventiva individuale, che hanno come obiettivi la diagnosi precoce e l'identificazione dei fattori di rischio modificabili che permettano l'attuazione della prevenzione secondaria".

L'Accordo Regionale ribadisce "la partecipazione concordata alle attività nell'area della prevenzione (sui comportamenti, stili di vita)".

In quest'ottica il ruolo del MMG nella prevenzione primaria può essere così riassunto:

- integrare con interventi di counselling individuali (aiutare ad aiutarsi) i messaggi delle campagne di popolazione verso fattori di rischio evitabili (fumo, alcool, raggi UV);
- approcciare il tema della prevenzione in termini di popolazione;
- definire il rischio generale personale del paziente;
- passare da una medicina di attesa a una medicina di intervento.

I Medici di famiglia sono pertanto i primi a contatto con il cittadino e le tematiche della prevenzione primaria rientrano fra i loro compiti convenzionali.

In questo settore i medici lamentano una scarsa informazione e coinvolgimento su progetti e risultati, lo stesso non può dirsi per i Pediatri che, evidentemente per il target di età dei loro assistiti sono necessariamente coinvolti nei progetti.

La tematica della prevenzione primaria e le attività in essere a livello provinciale con il coinvolgimento delle scuole e di altre istituzioni saranno tema specifico di incontro ed approfondimento a livello distrettuale con i MMG e PLS.

ASL LODI LE CAMPAGNE DI SCREENING

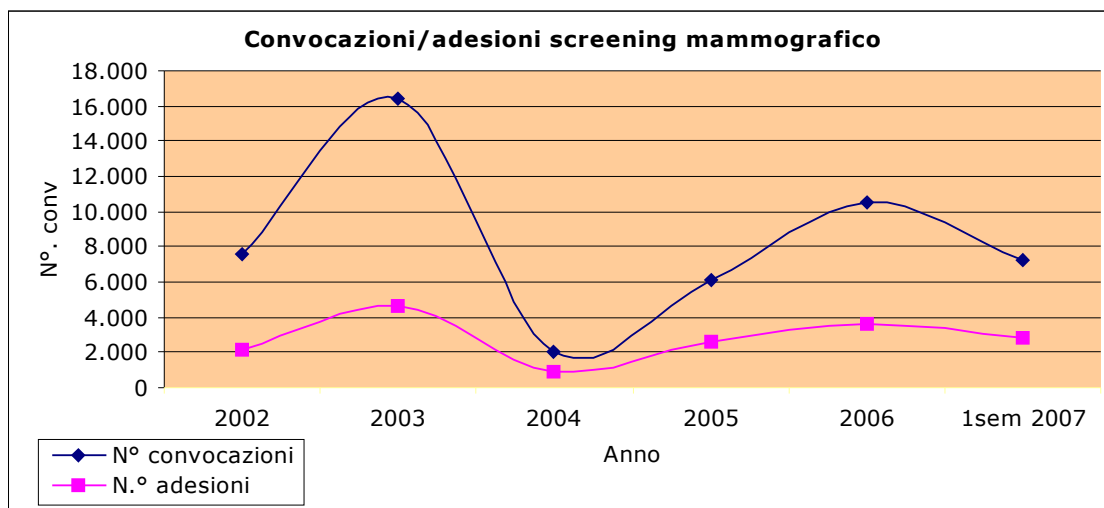
Il Servizio Medicina Preventiva nelle Comunità gestisce, da qualche anno, due screening per la prevenzione dei tumori femminili: lo screening per il tumore della mammella e della cervice uterina; a questi si è aggiunto, dal dicembre 2005, lo screening per la prevenzione del tumore del colon-retto rivolto sia alla popolazione femminile che maschile.

LO SCREENING DEL TUMORE DELLA MAMMELLA

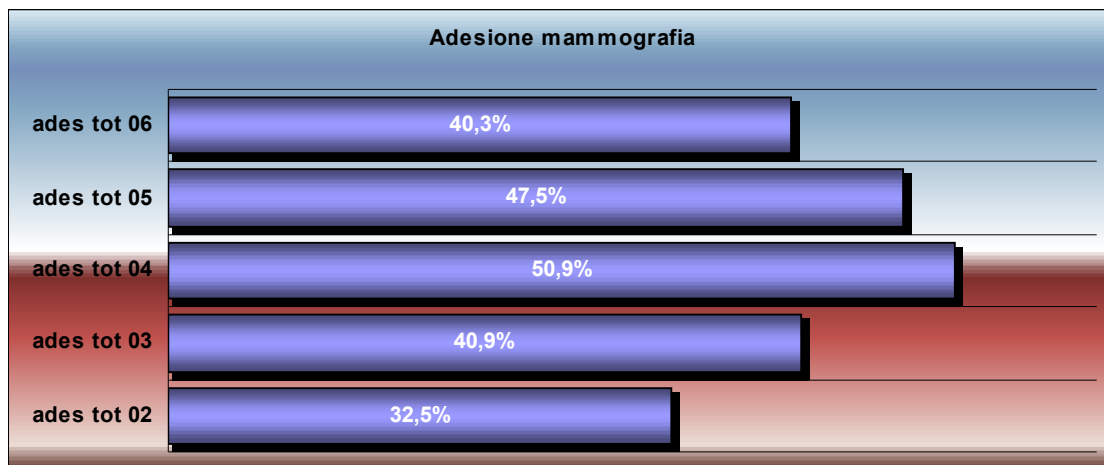
Lo screening mammografico si rivolge a tutte alle donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni ed è effettuato presso le radiologie ospedaliere di Lodi, S. Angelo e Casalpustelengo.

L'anagrafe della popolazione utilizzata per le convocazioni ammonta a 27.229 soggetti.

Da gennaio 2002, quando è iniziato lo screening, a giugno 2007 sono state inviate complessivamente 54.887 convocazioni con l'esecuzione di 16.649 mammografie distribuite all'interno dei round dello screening (intervallo tra un invito e il successivo) come da grafico:



L'adesione corretta per lettere inesitate e rifiuti alla mammografia, è così distribuita:



La diminuzione dell'adesione nel corso del 2006 è peraltro da considerarsi apparente in quanto risente maggiormente, rispetto agli altri anni, del mancato aggiornamento nel numero delle non convocabili (esecuzione recente dell'esame). Correggendo per questo dato si arriva ad una adesione del 55.6 %

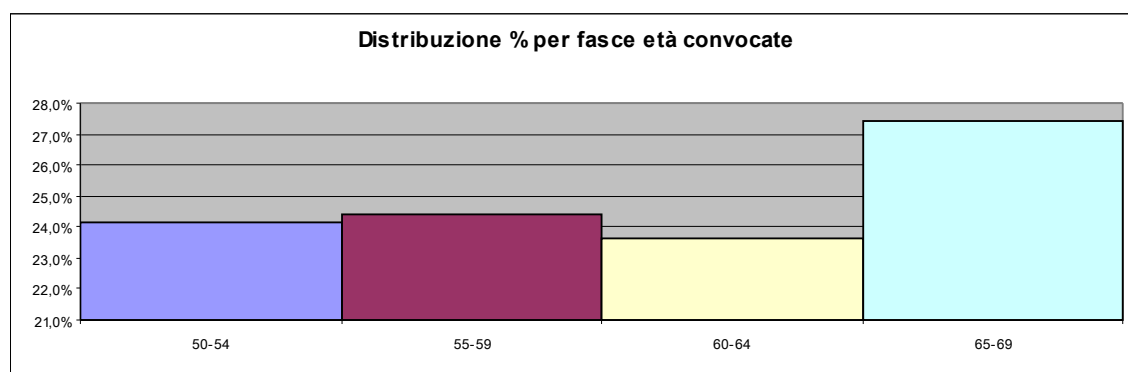
Le motivazioni di un'adesione, comunque non ottimale, sono diverse:

- la presenza di uno storico ambulatorio della Lega Tumori in Lodi dove la mammografia è preceduta da visita senologica effettuata da un medico, elemento particolarmente qualificante agli occhi dell'utenza, ma di scarso rilievo rispetto all'efficacia della prevenzione;
- l'impossibilità, fino a tempi recentissimi, di disporre dei nominativi delle donne sottopostesi autonomamente a mammografia sia a fini preventivi che diagnostici; ciò avrebbe consentito di escluderle dalla chiamata;
- l'interruzione delle convocazioni, importante soprattutto nel 2004.

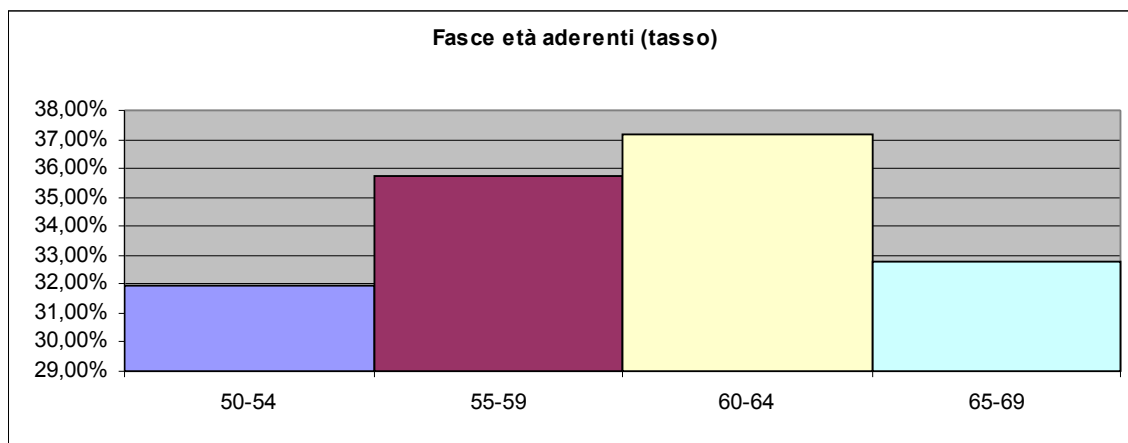
Ciò viene parzialmente confermato dall'analisi dei dati ricavabili dalle prestazioni ambulatoriali erogate nel 2005 e 2006: le mammografie intra ed extra-screening hanno avuto la distribuzione sotto riportata:

MAMMOGRAFIA	2005		2006	
prestazioni a carattere ordinario	3.562		3.717	
prevenzione spontanea	1.302		1.146	
totale	4.864		4.863	
controlli programmati	252		314	
urgenti differibili	50		70	
pronto soccorso	1		31	
non altrimenti classificate	45		13	
neoplasie giovanili	4		1	
totale extra-screening	5.314	67,4%	5.292	59.8 %
screening	2.567	32,6%	3.552	40.2 %
Totale complessivo	7.881		8.844	

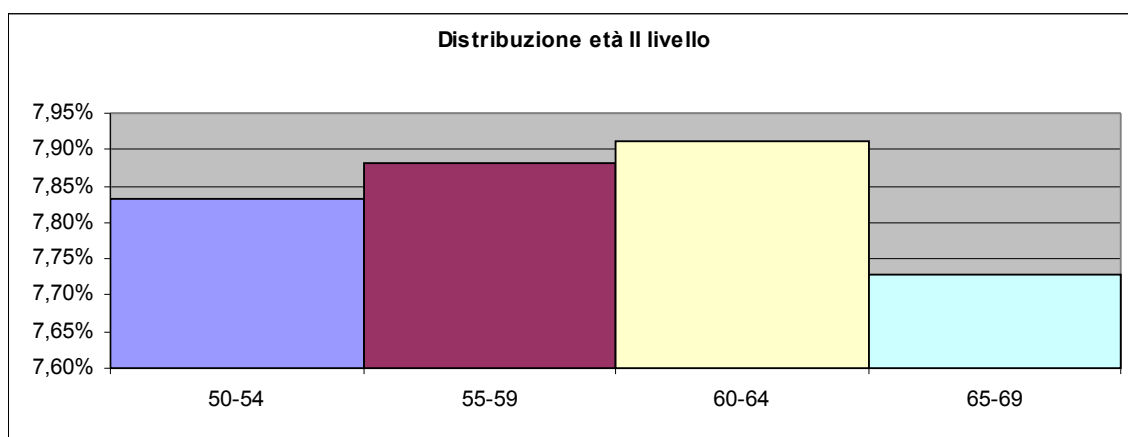
Si tenga presente che la quota di prevenzione spontanea è, per definizione, propria delle fasce d'età dello screening; mentre, da una prima analisi sulla distribuzione per fasce d'età delle prestazioni a carattere ordinario, risulterebbe che il 52% di queste mammografie sono state eseguite a donne tra 50 e 69 anni e il 17% a donne della fascia 45 – 49 anni.



mentre questi i tassi per fasce d'età delle aderenti:



e questi i tassi per fasce d'età delle adesioni al secondo livello:

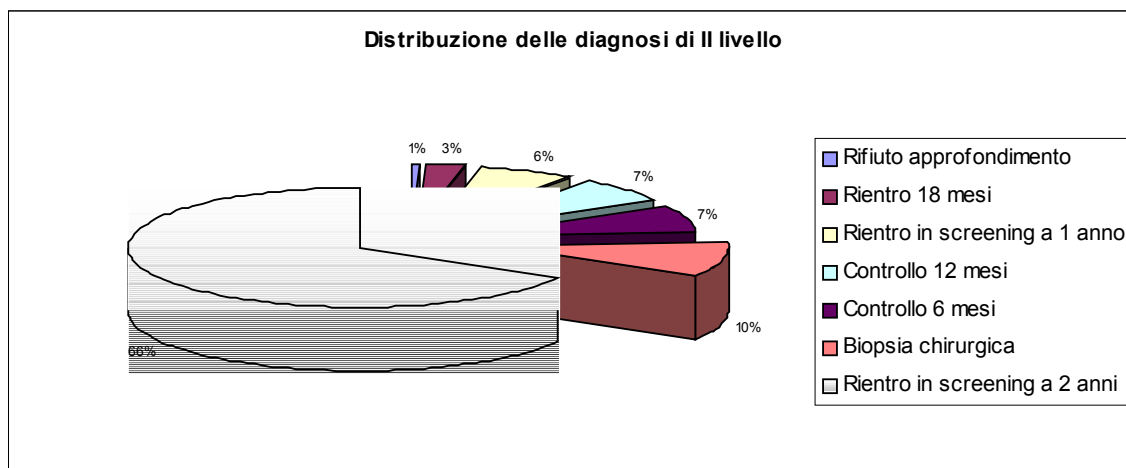


La maggior presenza tra le convocate, indipendentemente dal round, delle donne appartenenti alla fascia di età 65-69 è spiegato dalla necessità dello screening di convocare prima le donne più anziane. Il tasso di adesione cresce con il crescere dell'età fino ai 64 anni, mentre ha un brusco calo nell'ultimo gruppo di donne, gruppo peraltro maggiormente soggetto sia alla presenza di patologie che alla difficoltà di raggiungimento delle sedi di esecuzione della mammografia; peraltro, l'utilizzo del mezzo mobile nei primi mesi di avvio del programma non aveva influenzato molto la percentuale di donne aderenti.

Gli esami di II livello (approfondimento) sono stati, fino al 31/12/2006, 1.209 pari al 7.3% delle donne aderenti, con una distribuzione dei tassi per età sostanzialmente uniforme, con esclusione dell'ultima classe, probabilmente dovuta alla maggior facilità di esecuzione e lettura della mammografia stante la modifica fisiologica del tessuto mammario (perdita della quota ghiandolare).

La distribuzione degli esiti degli approfondimenti vede un rientro nello screening per il 66% delle donne, per il 23% si programmano controlli ravvicinati, mentre il 10% viene invitato ad eseguire una biopsia chirurgica.

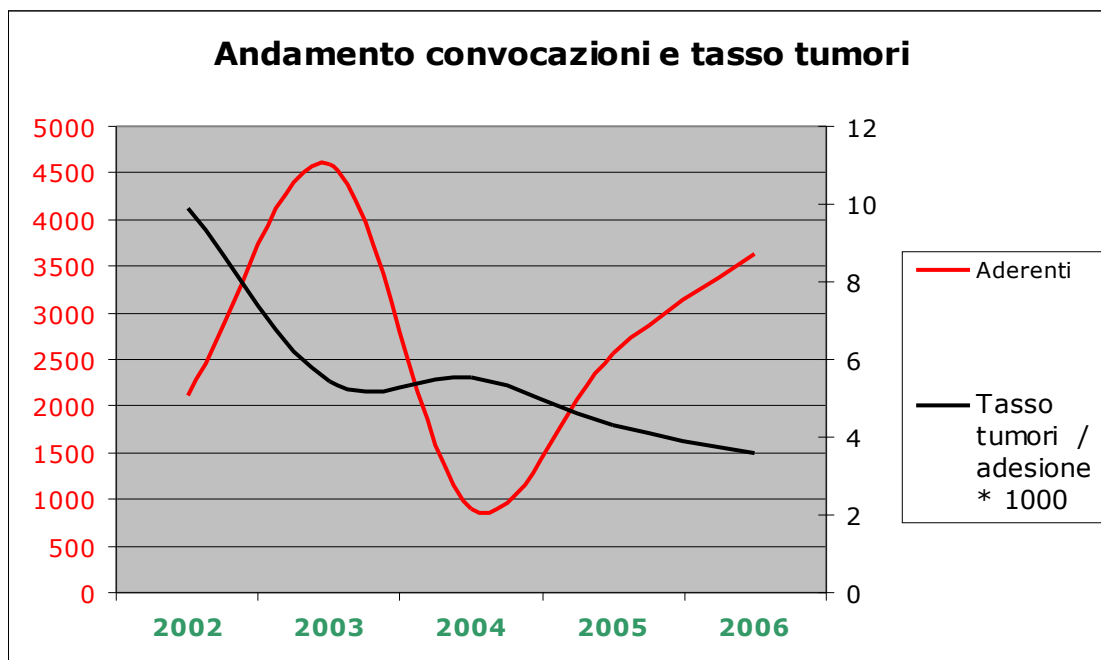
Solo l'1% delle donne rifiuta di sottoporsi ad ulteriori esami.



Nel corso di questi anni sono state fatte 75 diagnosi cito/istologiche per tumore maligno, con questa distribuzione:

Anno	Tumori	Tasso tumori / adesione * 1000
2002	21	9,91
2003	25	5,43
2004	5	5,56
2005	11	4,30
2006	13	3,58
tot	75	5,43

e con questa correlazione al numero delle donne convocate:

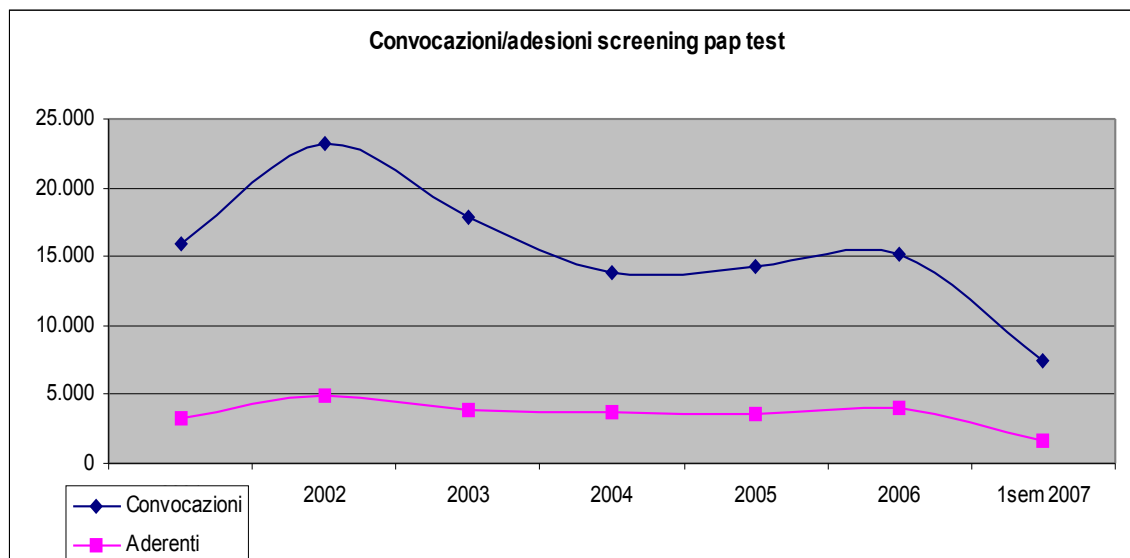


Come si può notare, il tasso di comparsa dei tumori nelle donne aderenti è in diminuzione nel corso degli anni e si conferma il dato che ci si attende: lo screening nel primo passaggio trova “tutto” quello che può trovare; in seguito, nella popolazione, si evidenziano le nuove neoplasie.

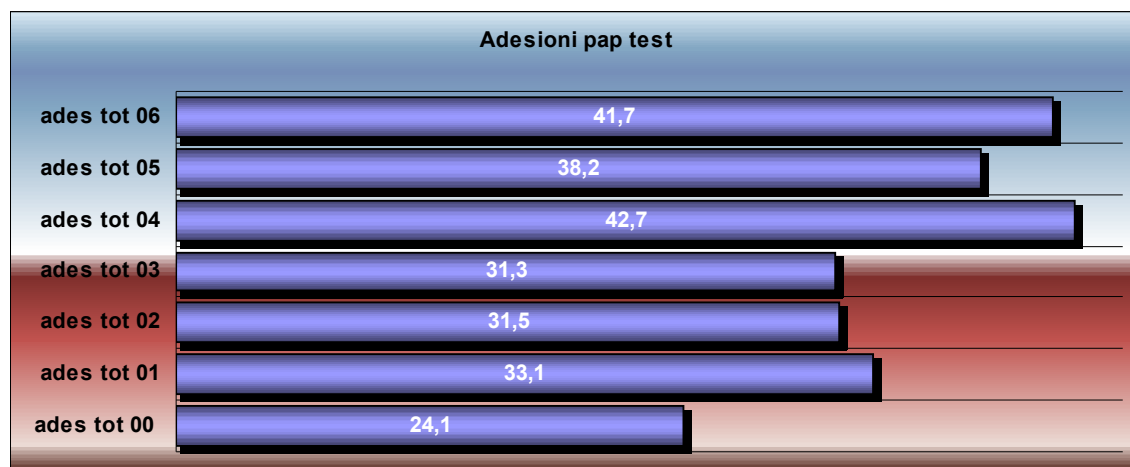
LO SCREENING DEL TUMORE DEL COLLO DELL'UTERO

Lo screening del tumore del collo dell'utero tramite pap-test si rivolge alle donne aventi un'età compresa tra 25 e 65 anni.

Dal gennaio 2001 al giugno 2007 sono state inviate 107.804 convocazioni con l'esecuzione, al 30/6/2006, di 24.978 pap-test distribuiti all'interno dei round dello screening (intervallo tra un invito e il successivo) come da grafico:

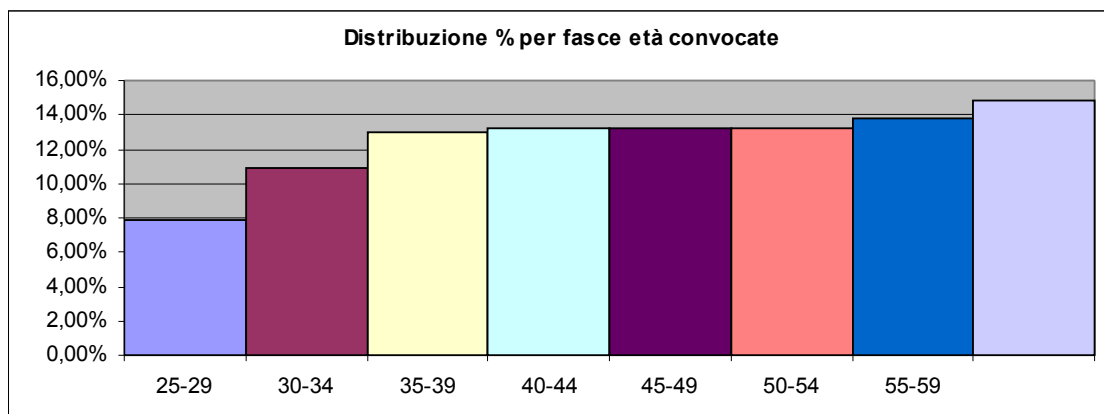


L'adesione, corretta per lettere inesitate e rifiuti all'esecuzione del pap-test, è così distribuita:



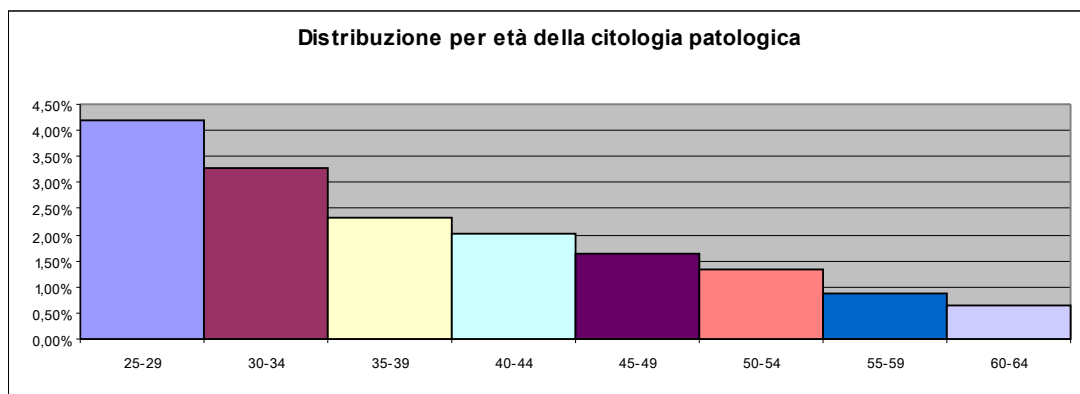
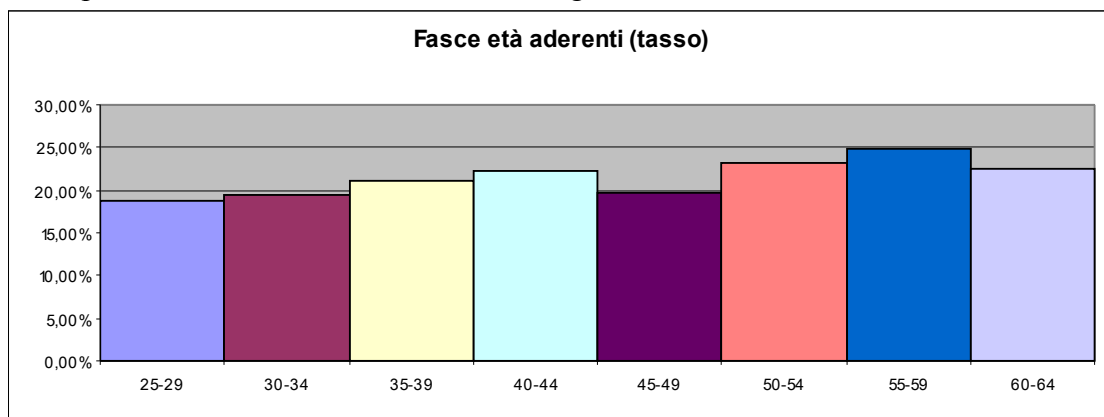
La diminuzione dell'adesione nel corso del 2006 è peraltro da considerarsi apparente in quanto risente maggiormente, rispetto agli altri anni, del mancato aggiornamento nel numero delle non convocabili. Correggendo per questo dato si arriverebbe ad un'adesione del 70% circa.

Le fasce d'età delle convocate sono così percentualmente distribuite:



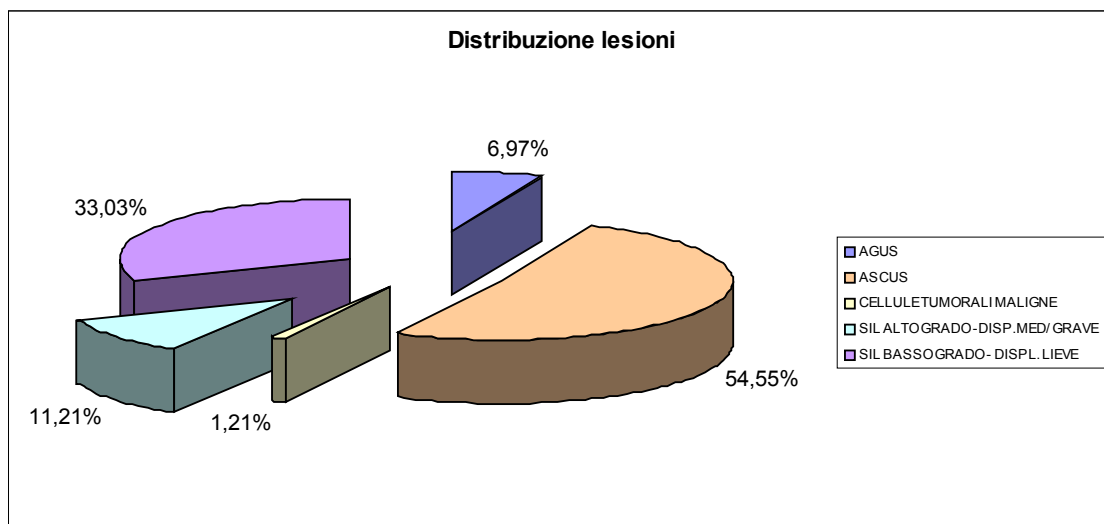
Anche in questo caso la maggior presenza tra le convocate delle donne appartenenti alla fascia di età 60-65 è spiegabile dalla necessità dello screening di convocare prima le donne più anziane per evitare di perderle.

I tassi per fasce d'età delle aderenti sono i seguenti:



La presenza delle lesioni per età cala con l'aumentare degli anni; questo dato concorda con la maggior presenza nelle età più giovani delle lesioni quali ASCUS e SIL di basso grado a loro volta correlate alla maggior presenza del papilloma virus (HPV).

La distribuzione delle diverse lesioni riscontrate è quella sotto riportata

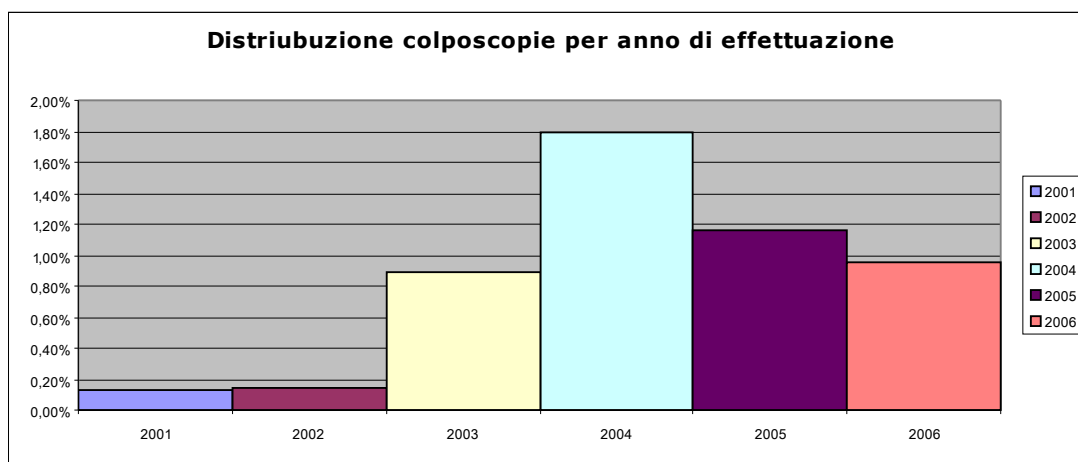


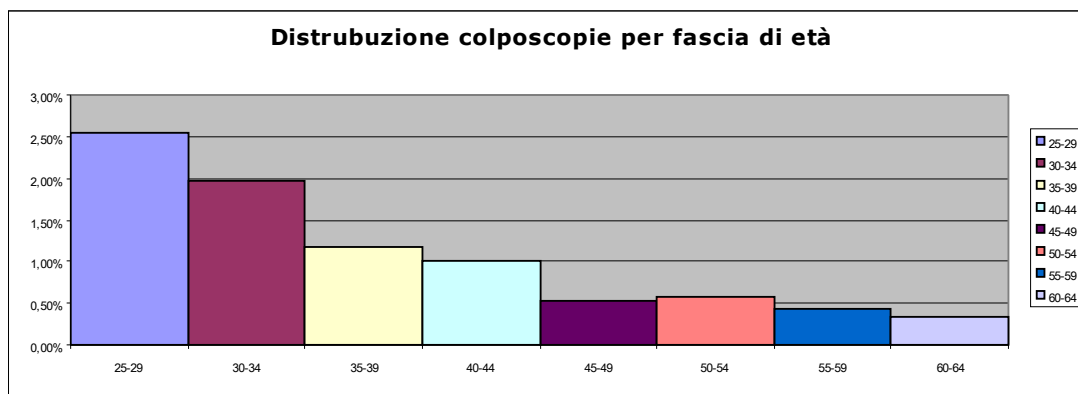
Da un punto di vista quantitativo si ha la seguente distribuzione delle lesioni citologiche:

LESIONE	TOT	
AGUS	23	312
ASCUS	180	
SIL BASSO GRADO - DISPL. LIEVE	109	
SIL ALTO GRADO - DISP. MED/ GRAVE	37	41
CELLULE TUMORALI MALIGNI	4	
	353	

Come si può notare sono stati complessivamente evidenziati 4 casi di tumore maligno e 37 casi di lesione severa del collo dell'utero.

I casi pervenuti al II livello per l'effettuazione della colposcopia sono stati 209, con le distribuzioni indicate nei grafici sottostanti, pesate per convocazioni. Si evidenzia come il maggior numero di colposcopia sia a carico delle fasce d'età più basse, così come ci si aspetta dato il maggior numero di lesioni presenti.



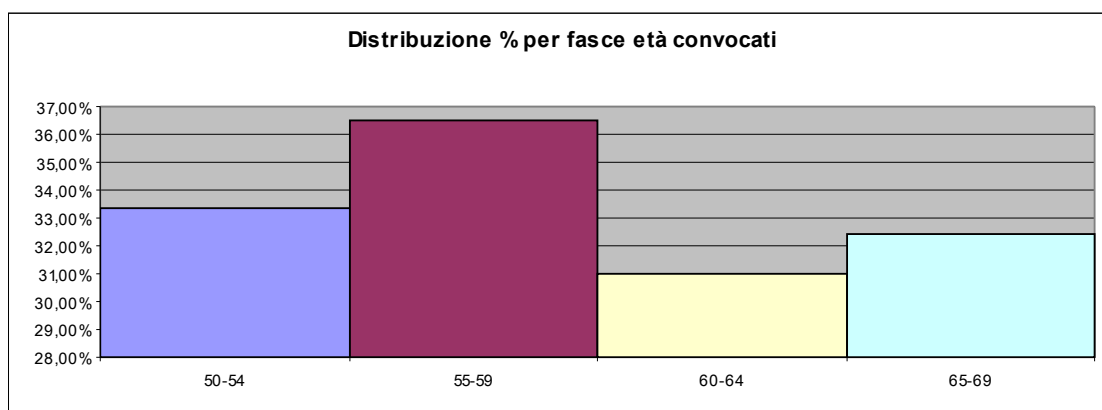


LO SCREENING DEL TUMORE DEL COLON RETTO

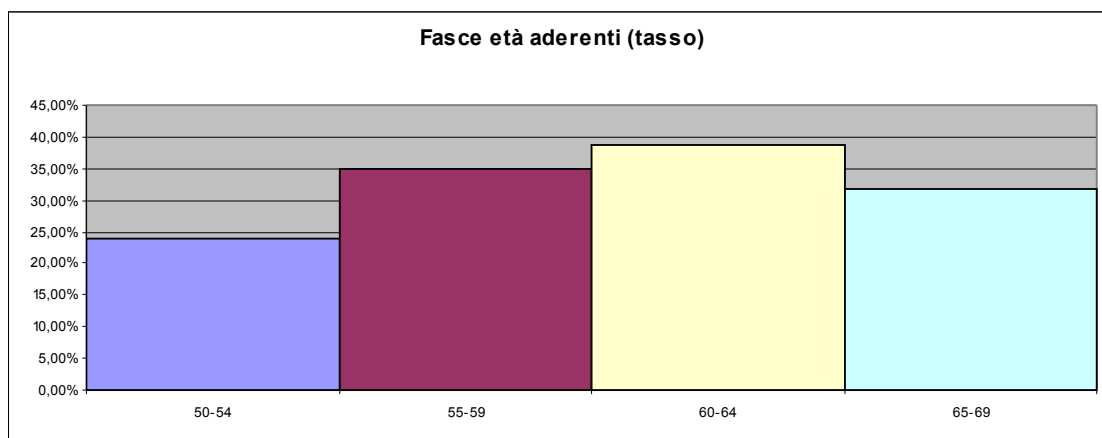
Lo screening per la prevenzione del tumore del colon retto, effettuata tramite la ricerca del sangue occulto fecale, si rivolge a uomini e donne di età compresa tra 50 e 69 anni. Dal dicembre 2005 al giugno 2007 sono stati inviate 37.012 convocazioni con l'esecuzione di 11.916 test distribuiti all'interno dei round dello screening (intervallo tra un invito e il successivo) come da tabella:

anno	tot
2005	2.000
2006	20.335
1sem 2007	14.677

Le fasce d'età dei convocati sono così percentualmente distribuite:



mentre questi i tassi per fasce d'età degli aderenti:

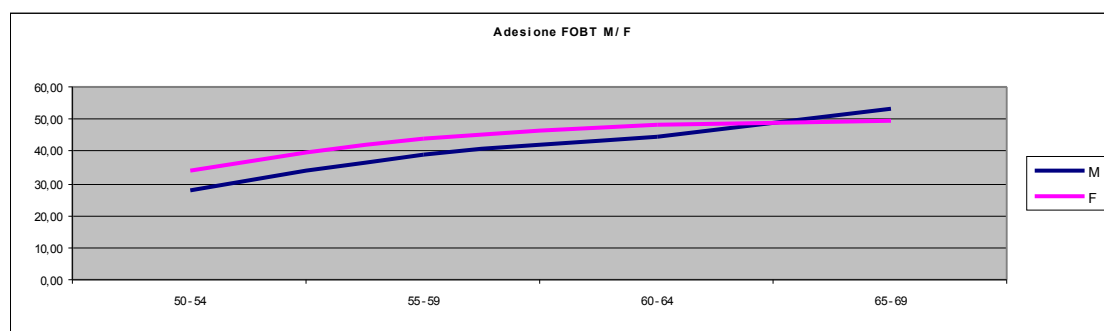


Questo screening si differenzia dagli altri due non solo perché non si è ancora concluso il I° round, ma anche per la diversa modalità di reclutamento della popolazione che avviene paese per paese.

L'adesione corretta del 2006 è pari al 41.5 %, con una distribuzione degli aderenti che ricalca quella degli altri screening: anche qui la fascia d'età più anziana è la meno rappresentata.

Un'altra differenza fondamentale è che questo screening si rivolge ad entrambi i sessi e l'analisi dei dati del 2006 evidenzia una differenza di comportamento: l'adesione è maggiore tra le donne per tutte le fasce d'età tranne l'ultima.

Adesione corretta			
età	uomini	donne	totale
50 - 54	27,61	33,84	30,77
55 - 59	38,94	44,06	41,51
60 - 64	44,30	48,35	46,40
65 - 69	53,00	49,63	51,16
tot	39,45	43,43	41,50



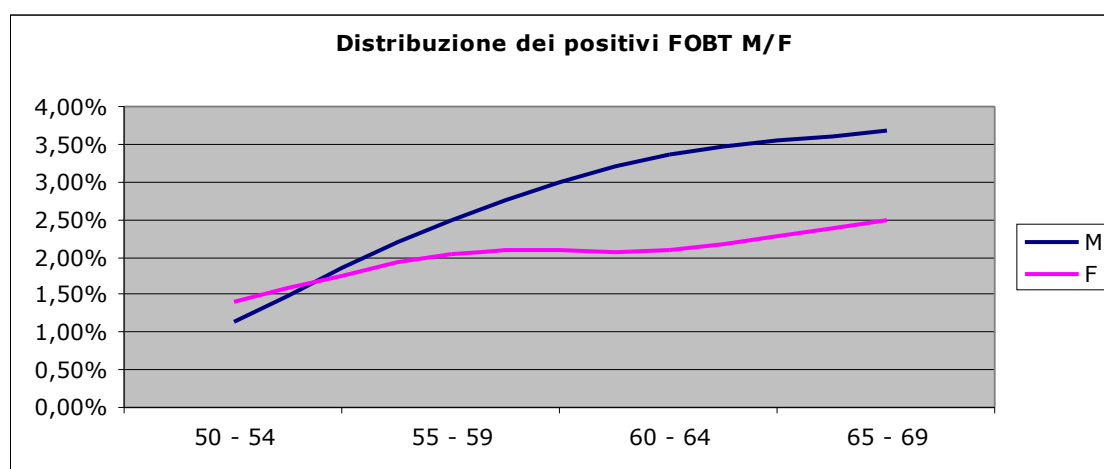
Dall'analisi delle prestazioni ambulatoriali erogate in A.S.L. come controlli FOBT (ricerca del sangue occulto nelle feci) per gli anni 2005 e 2006 si è rilevato, peraltro, uno strano fenomeno relativamente alla distribuzione di questo esame, con un incremento di quelli effettuati fuori screening, nonostante l'avvio del programma nel 2006:

FOBT	2005		2006	
prestazioni a carattere ordinario	15.076		15.799	
non altrimenti classificate	50		29	
controlli programmati	21		138	
urgenti differibili	13		23	
pronto soccorso	3		5	
	15.163		15.994	
privati	699		1.581	
totale extra-screening	15.862	98%	17.575	71%
screening	330	2%	7.220	29%
Totale complessivo	16.192		24.795	

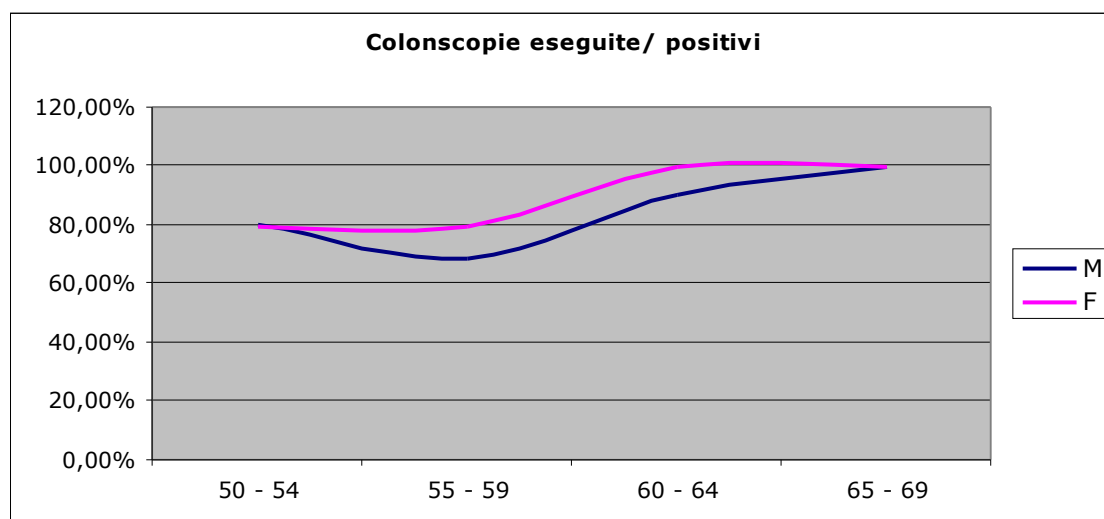
Da una prima analisi sulla distribuzione per fasce d'età degli esami eseguiti extra-screening, risulterebbe che il 41.3% sono stati eseguiti su soggetti nella fascia d'età dello screening (50-69 anni).

La percentuale dei positivi, pesata per le convocazioni, mostra una maggior presenza di uomini a partire dalla fascia 55-59:

Esami positivi			
età	uomini	donne	totale
50 - 54	8,45%	8,68%	8,58%
55 - 59	12,65%	9,77%	11,11%
60 - 64	17,31%	10,49%	13,63%
65 - 69	16,89%	12,08%	14,34%
tot	14,07%	10,24%	12,00%



La distribuzione degli esami di approfondimento eseguiti (400 colonscopie di cui 213 in maschi e 187 in femmine) pesata sulla numerosità dei positivi, evidenzia una maggior adesione delle donne all'approfondimento, in particolar modo nelle fasce centrali d'età

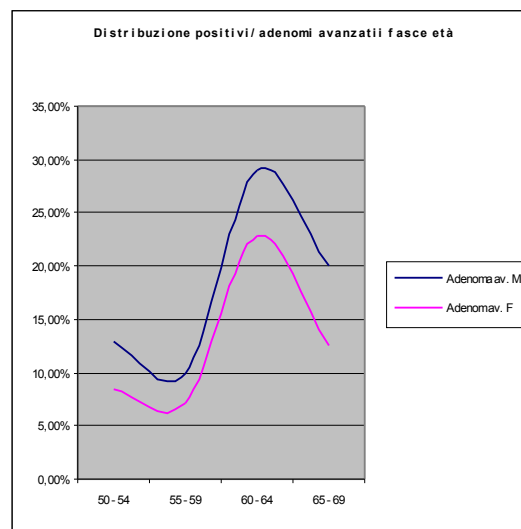
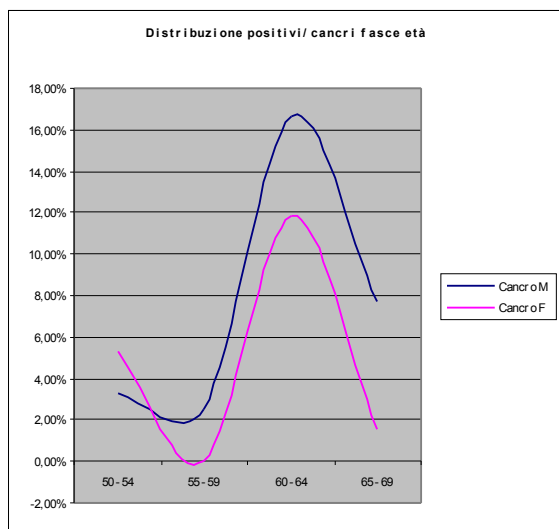


I risultati relativi alla patologia tumorale o pre-tumorale a localizzazione colon-retto individuata nel 2006 sono i seguenti:

	N° di uomini con cancro*	N° di donne con cancro*	N° di uomini con adenoma avanzato [^]	N° di donne con adenoma avanzato [^]	tot
50 - 54	1	1	5	3	10
55 - 59	4	0	9	1	14
60 - 64	7	4	19	7	37
65 - 69	8	5	18	10	41
Totale	20	10	51	21	102

* inclusi adenomi cancerizzati; tumori in situ e carcinomi intramucosi vanno inclusi tra gli adenomi avanzati

[^] adenoma avanzato: diametro massimo \geq 1 cm, o con istologia villosa o tubulo-villosa, o displasia di alto grado



COMMENTO E PROPOSTE

Come si può notare la patologia tumorale, pesata sui positivi allo screening e non su numeri assoluti, e quella relativa all'adenoma di grado avanzato sono maggiormente rappresentate nella fascia 60-64 anni. Per quello che riguarda il sesso la patologia è prevalente negli uomini; non è analizzabile il dato della presenza di tumori nella prima fascia d'età visto il bassissimo numero di casi.

Come si può evincere dalla sottostante tabella la gestione degli screening rappresenta un grosso sforzo economico e organizzativo per la ASL: pensiamo alle quasi 200.000 convocazioni effettuate in questi anni e ai quasi 55.000 esami eseguiti per i tre screening. D'altra parte non da poco è stata la ricaduta sul piano di miglioramento della salute della popolazione: circa 1600 soggetti hanno eseguito gli esami di approfondimento che hanno portato alla prevenzione di 181 forme tumorali. Numeri comunque non piccoli se si pensa che una coorte di popolazione è di circa 3.000 soggetti. Infine, i livelli di adesione corretta si possono considerare discreti con ancora buoni margini di miglioramento.

Screening	Tumore della Mammella	Tumore del collo dell'Utero	Tumore del Colon retto
Periodo	2002-2007	2001-2007	2005/2007
Popolazione target	27.229	62.247	53.819

Popolazione convocata	54.887	107.904	37.012
Adesione %	56%	70%	41,5
Esami eseguiti *	16.649	24.978	11.916
Esami di II Livello	1.209	209	400
Diagnosi tumore	75	4	102

Esami eseguiti *: Mammografia / Pap Test / Ricerca sangue occulto

LO SCREENING DEL TUMORE DELLA MAMMELLA

Oltre a quanto più sopra segnalato, hanno avuto influenza negativa sulla adesione alla proposta di screening, anche

- il non pieno coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, elemento trasversale ai 3 screening;
- la mancata offerta di un percorso completo presso l'Azienda Ospedaliera di Lodi, inizialmente ipotizzato in un centro senologico, dove la donna con diagnosi di tumore della mammella possa trovare i diversi profili professionali necessari per affrontare la malattia (radiologo, chirurgo, oncologo, psicologo, fisioterapista).

La garanzia di continuità nel tempo dello screening, l'auspicata possibilità di inviare periodicamente ai Medici di famiglia l'elenco delle donne non aderenti per una diversa sensibilizzazione allo screening, la formalizzazione del dell'offerta di percorso completo e multidisciplinare presso il P.O. di Lodi dove trovare un'equipe preparata e coordinata di cui la donna con tumore possa avvalersi, sono tutti fattori che possono contribuire efficacemente all'incremento di adesione allo screening.

LO SCREENING DEL TUMORE DEL COLLO DELL'UTERO

L'adesione allo screening è da considerarsi piuttosto bassa, anche se le donne che si sottopongono spontaneamente al pap test sono molte, addirittura in incremento dal 2005 al 2006, come dall'analisi dei dati delle prestazioni ambulatoriali riportate nella successiva tabella

PAP TEST	2005		2006	
prestazioni a carattere ordinario	4.114		4.216	
prevenzione spontanea	621		978	
totale	4.735		5.915	
controlli programmati	190		296	
non altrimenti classificate	67		8	
pronto soccorso	3		1	
neoplasie giovanili	1			
totale extra-screening	4.378	55,7%	5.499	60.6%
screening	3.486	44,3%	3.572	39.4%
Totale complessivo	7.864		9.071	

Le motivazioni della bassa adesione sono probabilmente diverse:

- la facilità d'accesso all'esame, effettuabile già dallo specialista ginecologo in corso di visita come prevenzione individuale⁷;

⁷ Dati Istat dell'indagine multiscopeo – anno 2004 - 2005 - evidenziano che l'80,6% di donne di 25 – 54 anni in Lombardia, si sono sottoposte a pap test

- l'impossibilità, fino a tempi recentissimi, di disporre dei nominativi delle donne sottoposti autonomamente a pap test; ciò avrebbe consentito di escluderle dalla chiamata;
- il non pieno coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale

Si ritiene peraltro che ciò che rilevi, per l'ASL, sia la conoscenza dei dati di effettuazione dell'indagine, anche attraverso l'accesso individuale. Campagne ad hoc potranno essere effettuate per quelle fasce di popolazione più deboli che non hanno l'abitudine ad accedere ai servizi.

LO SCREENING DEL TUMORE DEL COLON RETTO

Il numero esorbitante di esami eseguiti fuori screening e nonostante l'avvio dello stesso fa ritenere urgente e necessaria una specifica azione nei confronti dei prescrittori, sia relativamente al ricondurre la richiesta dell'esame all'esistenza di un sospetto clinico (non vi è, infatti, corrispondenza con il numero di colonscopie praticate), sia nell'indirizzare i soggetti all'interno della campagna di screening.

IL RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE:

- contribuire a definire la popolazione a rischio secondo criteri predefiniti, personalizzando l'informazione su vantaggi e svantaggi dei programmi di screening, intervenendo a sostegno delle persone con test dubbi e positivi;
- punto di riferimento per il cittadino per ottenere consigli sulla propria salute e sui programmi di prevenzione attivati a livello locale;
- ruolo fondamentale nei programmi di screening in particolare nella selezione della popolazione da invitare, nell'informazione attiva nei confronti della popolazione, soprattutto quella che non aderisce all'invito, e nel counselling per le persone risultate positive al test;
- aumentare la percentuale di reclutamento della popolazione

In questo contesto si evidenziano comunque criticità legate alle modalità di comunicazione fra i medici di medicina generale (MMG) e l'asl organizzatrice delle campagne di screening con riferimento agli aspetti organizzativi e di valutazione dei risultati ed efficacia. Proposte operative possono essere quelle di effettuare una formazione specifica sulle campagne di screening, effettuare le stesse campagne con il coinvolgimento attivo dei MMG fino ad arrivare alla sperimentazione di modelli di screening gestiti dagli stessi medici. Il coinvolgimento e la partecipazione attiva sia nelle fasi progettuali, attraverso il DIPO, nelle fasi attuative.

LA PATOLOGIA NELLA FASE ACUTA:

LA PATOLOGIA ONCOLOGICA NELLA ASL DI LODI RILEVATA DALLA BANCA DATI ASSISTITO (BDA).

L'ASL, utilizzando la Banca Dati Assistiti (BDA), è in condizione di monitorare costantemente la situazione epidemiologica della popolazione assistita del territorio della Provincia di Lodi.

Le informazioni contenute nella BDA e la possibile evoluzione verso una conoscenza prospettica della dinamica della domanda e offerta rappresenta un patrimonio informativo di rilevante importanza per il governo della domanda sanitaria e per l'attività di programmazione dell'offerta dei servizi.

⁸*“Grazie ad un’architettura informativa che s’identifica con il termine di “Banca Dati Assistiti” (BDA) (collazione di tutte le attività sanitarie usufruite da uno specifico, ed individualmente identificato, soggetto) e ad una metodologia di analisi che ha messo esplicitamente sul tavolo il tema della cronicità, è, infatti, possibile leggere oggi lo stato di salute e la domanda sanitaria dei cittadini lombardi con un’impostazione epidemiologica che supera largamente i tradizionali indicatori di mortalità (e di incidenza di alcune patologie), per avvicinarsi invece al consumo di risorse ed ai percorsi di cura che caratterizzano il cittadino portatore di una determinata patologia (o condizione): si tratta, in sostanza, di un approccio epidemiologico molto più adeguato di quello tradizionale ai fini della programmazione sanitaria di un territorio e della stesura di un piano sanitario regionale.*

La rappresentazione puntuale e differenziata del bisogno consentirà di effettuare un fondamentale passo in avanti nella tutela e nella garanzia dei livelli di assistenza dei cittadini.

La BDA, che verrà affinata su basi scientifiche nel prossimo triennio, rappresenta pertanto una metodologia di analisi fondamentale per lo sviluppo del sistema sanitario, in quanto destinata ad originare un circuito virtuoso di miglioramento della qualità e dell’appropriatezza grazie al confronto fra modelli territoriali diversi nell’approccio economico-sanitario alle varie patologie, in una visione di integrazione fra ospedale e territorio. Le potenzialità di sviluppo dello strumento sono realmente vaste ed i prossimi anni saranno decisivi per il suo completo utilizzo e definitivo consolidamento.

La prevalenza della patologia oncologia viene rilevata attraverso le seguenti fonti informative⁹: l'esenzione per patologie, la prescrizione di farmaci particolari e ricoveri ospedalieri con specifica diagnosi. In questo modo è possibile osservare la prevalenza della patologia nella ASL della provincia di Lodi e monitorarne l'incidenza.

Con il criterio della BDA sono stati rilevati al 31.12.2006 N 6.911 (*Tab n.1*) casi di patologia neoplastica residenti nell'Asl della provincia di Lodi con una distribuzione per classi più marcata nella fascia tra i 55 – 74 anni. Dal 2004 al 2006 si rileva un incremento annuale di circa 350 casi.

La *Tab n.2* indica i pazienti residenti nell'ASL di Lodi che nel periodo 2002 -2006 hanno avuto almeno un ricovero per tumore suddivisi per classi d'età. Fra il 2002 e il 2006 si evidenzia un aumento di ricoveri in particolare nella fascia d'età 10-14 e 30-39.

La *Tab n.3* mostra il numero totale di ricoveri dei residenti ASL di Lodi per anno. Si sottolinea un significativo aumento di ricoveri in DH per chemioterapia, e un incremento di episodi di ricovero per: T.m. collo e corpo utero; T.m. colon e retto; T.m. prostata; T.m. stomaco. I ricoveri sono rappresentati per fascia d'età *Tab 3.1* Il ricorso a strutture extra ASL è documentato dalla *Tab n.3.2* i presidi dell'Azienda Ospedaliera di Lodi soddisfano circa il 51% della domanda, la restante domanda si rivolge a strutture lombarde extra ASL per circa il 43%, mentre il 6% si rivolge a strutture fuori regione. Il ricorso a strutture extra ASL è consolidato nel tempo come evidenziato dalla *Tab*

⁸ Regione Lombardia- Piano socio sanitario regionale 2006 pag 33

⁹ Esenzione Codice 048* (ed il vecchio 0043); farmaci Codice ATC a 3 cifre pari a L01 sia nella farmaceutica convenzionata che nel file F(CITOSTATICI); ricoveri ospedalieri Tutti i ricoveri in cui la diagnosi principale o secondarie alla dimissione riportano un codice ICD9-CM compreso tra 140* e 208* ed inoltre il V10*(Tumori maligni). Il sistema di rilevazione della BDA non consente di rilevare direttamente la tipologia dei tumori.

n.3.3 dove si rileva una maggiore attrazione delle strutture sanitarie regionali ed extra regione, mentre rimane costante il volume di attività dell'AO di Lodi.

Coerentemente con l'aumento dei ricoveri, la Tab n.4 mostra la frequenza dei ricoveri ordinari e Day Hospital di tipo chirurgico dal 2002 al 2006, dove si evidenzia un aumento dei ricoveri di tipo chirurgico in particolare per T.m. collo e corpo utero; T.m. colon e retto; T.m. prostata; T.m. stomaco. I ricoveri chirurgici rappresentano circa il 40% dei ricoveri totali Tab n.5 con punte oltre il 70% per alcune tipologie di tumori.

Le prestazioni di radioterapia complessivamente erogate nel corso del 2006 sono 17.031 una parte importante della domanda viene erogata in strutture extra ASL in particolare nella Provincia di Cremona.

Le risorse

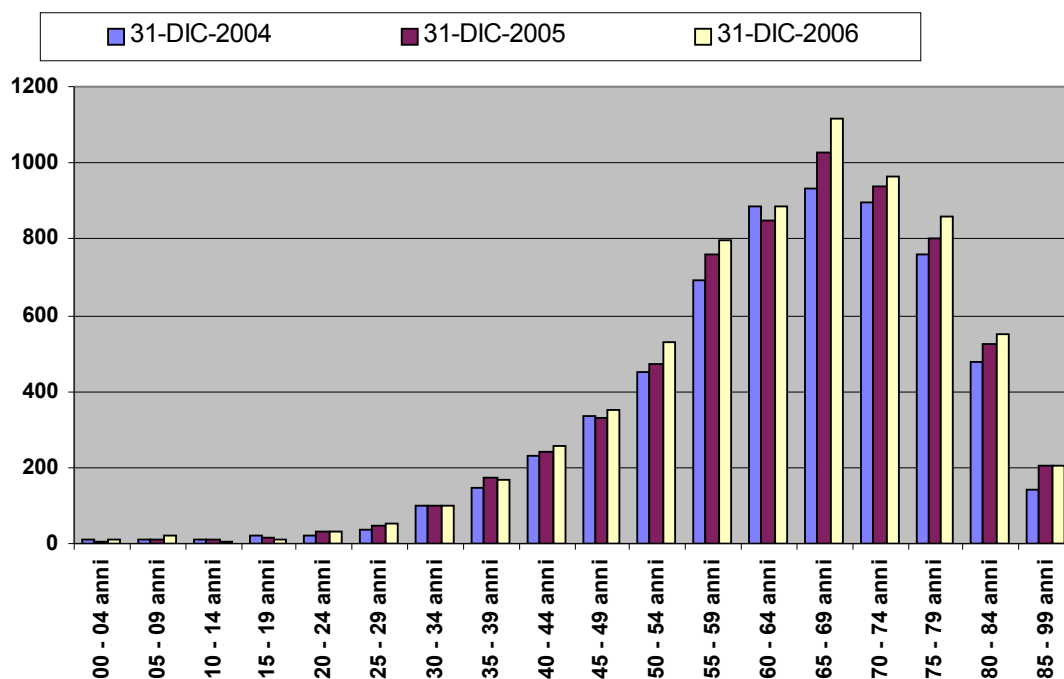
I pazienti oncologici rappresentano il 3,1% della popolazione assistita dell'ASL di Lodi e assorbono circa il 14% delle risorse del sistema sanitario locale. Le risorse impiegate per il trattamento dei pazienti oncologici sono documentate dalla Tab n.7, i costi complessivi sono articolati per classi d'età e per costo medio Tab 7.1.

La rappresentazione dei costi articolata per prestazioni (ricoveri, farmaceutica specialistica ambulatoriale) e per fascia d'età, è rappresentata in Tab 7.2: sono prevalenti i costi per i ricoveri in particolare nella fascia giovanile, i costi per la farmaceutica hanno il maggior picco nella fascia 20.-24 e 35- 39 per poi mantenersi costanti, evidentemente la curva dei costi esprime il percorso diagnostico particolarmente impegnativo nella fascia giovanile. A fronte di un costo medio complessivo di 4.946 euro per assistito la classe d'età 0- 24 assorbe le maggiori risorse per caso trattato. La distribuzione dei costi Tab n.8 rileva una prevalenza di costi per ricoveri (57%) seguita dai costi della farmaceutica comprensiva del file F (27%) e prestazioni ambulatoriali (13,5%)

Tab n.1 Prevalenza della patologia neoplastica rilevata nei residenti nell'ASL della provincia di Lodi anni 2004-2005.2006

Fascia età	2004	2005	2006
00 - 04 anni	11	7	10
05 - 09 anni	12	13	20
10 - 14 anni	8	8	4
15 - 19 anni	21	16	13
20 - 24 anni	22	30	30
25 - 29 anni	38	45	55
30 - 34 anni	102	101	100
35 - 39 anni	145	173	168
40 - 44 anni	232	240	257
45 - 49 anni	336	330	350
50 - 54 anni	450	473	529
55 - 59 anni	692	758	795
60 - 64 anni	886	849	883
65 - 69 anni	933	1028	1116
70 - 74 anni	896	936	966
75 - 79 anni	759	804	859
80 - 84 anni	478	526	551
85 - 99 anni	140	205	205
Totale	6161	6542	6911

Prevalenza patologia neoplastica



Tab N.2 Numero di pazienti per fascia di età che ha usufruito di almeno un ricovero per tumore nel corso dell'anno

Età	Pazienti					Var % (06/02)	Tassi					Var % (06/02)
	2006	2005	2004	2003	2002		2006	2005	2004	2003	2002	
00-04	22	19	11	16	8	175,00%	0,0021	0,0019	0,0011	0,0017	0,0009	141,96%
05-09	26	19	25	18	19	36,84%	0,0026	0,0020	0,0027	0,0020	0,0021	23,25%
10-14	29	16	22	16	13	123,08%	0,0031	0,0017	0,0024	0,0017	0,0014	116,98%
15-19	24	21	24	27	20	20,00%	0,0025	0,0022	0,0026	0,0029	0,0022	13,31%
20-24	36	39	28	38	36	0,00%	0,0035	0,0039	0,0027	0,0037	0,0035	-0,18%
25-29	63	60	62	63	71	-11,27%	0,0049	0,0047	0,0046	0,0045	0,0050	-2,56%
30-34	105	121	108	78	82	28,05%	0,0060	0,0071	0,0064	0,0047	0,0049	22,46%
35-39	173	155	143	127	134	29,10%	0,0091	0,0083	0,0076	0,0069	0,0074	22,95%
40-44	210	197	186	172	172	22,09%	0,0112	0,0111	0,0110	0,0106	0,0112	0,58%
45-49	272	282	230	218	225	20,89%	0,0174	0,0187	0,0156	0,0152	0,0163	6,92%
50-54	299	296	255	266	281	6,41%	0,0212	0,0217	0,0187	0,0194	0,0201	5,48%
55-59	368	350	342	316	335	9,85%	0,0257	0,0241	0,0248	0,0239	0,0267	-3,74%
60-64	397	396	387	427	456	-12,94%	0,0328	0,0338	0,0317	0,0342	0,0359	-8,67%
65-69	516	513	503	497	479	7,72%	0,0412	0,0418	0,0419	0,0430	0,0430	-4,25%
70-74	507	552	489	516	531	-4,52%	0,0498	0,0544	0,0486	0,0524	0,0541	-7,95%
75-79	467	447	463	423	448	4,24%	0,0550	0,0545	0,0577	0,0538	0,0576	-4,43%
80-84	337	315	302	311	271	24,35%	0,0565	0,0534	0,0522	0,0595	0,0595	-5,06%
>84	142	157	124	161	180	-21,11%	0,0351	0,0411	0,0353	0,0464	0,0486	-27,84%
Totale	3.993	3.955	3.704	3.690	3.761	6,17%	0,0186	0,0188	0,0178	0,0181	0,0187	-0,78%

Tab N.3 Numero totale di ricoveri per tumore (ordinari e Day Hospital) per anno.

Classificazione	2006	2005	2004	2003	2002	VAR % (06/02)
Chemioterapia	1.805	1.603	1.563	1.377	1.445	24,91%
Sessione di Radioterapia	76	92	60	78	87	-12,64%
T.m. altre sedi e secondari, benigni	2.551	2.648	2.463	2.331	2.456	3,87%
T.m. collo e corpo utero	64	68	59	67	57	12,28%
T.m. colon e retto	280	250	293	266	296	-5,41%
T.m. fegato e vescichetta biliare	266	248	266	299	281	-5,34%
T.m. mammella (femmine)	336	298	241	292	333	0,90%
T.m. polmone	338	290	290	332	347	-2,59%
T.m. prostata	143	133	139	127	109	31,19%
T.m. stomaco	112	109	88	123	103	8,74%
T.m. tessuti linfatico ed emopoietico	397	442	370	381	397	0,00%
T.m. vescica	264	268	251	278	287	-8,01%
T.m. vie aeree e digerente superiore	139	159	178	157	181	-23,20%
TOTALE GENERALE	6.771	6.608	6.261	6.108	6.379	6,15%

Tab N.3.1 Numero totale di ricoveri per tumore2006 (ordinari e Day Hospital) per fascia età

RICOVERI

Classificazione	00-04	05-09	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	>84	
Chemioterapia	19	14	11	2	3	20	31	52	56	99	203	217	270	323	274	160	44	7	1.805
Sessione di Radioterapia					1		4	1	1	7	9	6	10	12	9	12	3	1	76
T.m. altre sedi e secondari, benigni	22	28	29	24	35	58	88	156	183	215	227	250	213	249	261	265	163	85	2.551
T.m. collo e corpo utero							1	5	11	4	4	6	6	9	7	5	4	2	64
T.m. colon e retto							1	1	2	4	9	21	31	59	51	47	36	18	280
T.m. fegato e vescichetta biliare								1	8	3	4	17	24	42	66	56	36	9	266
T.m. mammella (femmine)							9	14	23	27	34	32	49	39	38	26	30	15	336
T.m. polmone							2	4	2	6	14	25	41	64	75	56	36	13	338
T.m. prostata											5	10	24	44	21	29	8	2	143
T.m. stomaco				1	1		1	2	2	5	5	8	11	6	17	20	20	13	112
T.m. tessuti linfatico ed emopoietico	3	2	4	1	5	11	8	19	17	24	29	53	46	37	45	48	39	6	397
T.m. vescica							1		1	4	7	27	22	42	51	45	55	9	264
T.m. vie aeree e digerente superiore	3			2			1		1	3	24	20	14	22	25	8	11	5	139
TOTALE GENERALE	47	44	44	30	45	89	147	255	307	401	574	692	761	948	940	777	485	185	6.771

Tab N.3.2 Numero totale di ricoveri per tumore2006 (ordinari e Day Hospital) per strutture d'erogazione .

Classificazione interna	A.O. LODI	Extraregione	In regione LOMBARDIA	Totale Ricoveri	A.O. LODI	Extraregione	In regione LOMBARDIA
Chemioterapia	870	68	867	1805	48,20%	3,77%	48,03%

Sessione di Radioterapia	4	10	62	76	5,26%	13,16%	81,58%
T.m. altre sedi e secondari, benigni	1390	154	1007	2551	54,49%	6,04%	39,47%
T.m. collo e corpo utero	34		30	64	53,13%	0,00%	46,88%
T.m. colon e retto	178	17	85	280	63,57%	6,07%	30,36%
T.m. fegato e vescichetta biliare	117	27	122	266	43,98%	10,15%	45,86%
T.m. mammella (femmine)	142	14	180	336	42,26%	4,17%	53,57%
T.m. polmone	190	12	136	338	56,21%	3,55%	40,24%
T.m. prostata	62	11	70	143	43,36%	7,69%	48,95%
T.m. stomaco	75	10	27	112	66,96%	8,93%	24,11%
T.m. tessuti linfatico ed emopoietico	195	57	145	397	49,12%	14,36%	36,52%
T.m. vescica	161	24	79	264	60,98%	9,09%	29,92%
T.m. vie aeree e digerente superiore	65	8	66	139	46,76%	5,76%	47,48%
TOTALE GENERALE	3483	412	2876	6771	51,44%	6,08%	42,48%

Tab N.3.3 Numero totale di ricoveri per tumore (ordinari e Day Hospital) per strutture d'erogazione periodo 2002-2006

ENTE EROGATORE	2006	2005	2004	2003	2002
ASL LODI : Azienda Ospedaliera Lodi	3.483	3.507	3.465	3.501	3.659
Ente extra in regione LOMBARDIA	2.876	2.804	2.476	2.320	2.417
Ente extraregione	412	297	320	287	303
TOTALE GENERALE	6.771	6.608	6.261	6.108	6.379

Tab. n. 4 Numero totale ricoveri chirurgici per tumore (ordinari e day-hospital) per anno

Classificazione	2006	2005	2004	2003	2002	VAR % (06/02)
Chemioterapia	5	9	15	14	9	-44,44%
Sessione di Radioterapia	13	11	9	8	7	85,71%
T.m. altre sedi e secondari, benigni	1.617	1.620	1.420	1.253	1.388	16,50%
T.m. collo e corpo utero	43	45	45	44	36	19,44%
T.m. colon e retto	190	167	183	148	171	11,11%
T.m. fegato e vescichetta biliare	36	39	51	49	52	-30,77%
T.m. mammella (femmine)	265	216	181	219	257	3,11%
T.m. polmone	65	57	52	50	53	22,64%
T.m. prostata	100	101	92	69	73	36,99%
T.m. stomaco	58	54	47	57	58	0,00%
T.m. tessuti linfatico ed emopoietico	64	73	43	47	37	72,97%
T.m. vescica	233	239	228	241	251	-7,17%
T.m. vie aeree e digerente superiore	47	64	55	50	55	-14,55%
TOTALE GENERALE	2.736	2.695	2.421	2.249	2.447	11,81%

Tab. n 5. Ricoveri chirurgici per tumore sul totale dei ricoveri per tumore

Classificazione	2006 Tutti i Ricoveri	2006 Solo Ric CH	% Ric CH su tot Ricoveri
Chemioterapia	1.805	5	0%
Sessione di Radioterapia	76	13	17%
T.m. altre sedi e secondari, benigni	2.551	1.617	63%

T.m. collo e corpo utero	64	43	67%
T.m. colon e retto	280	190	68%
T.m. fegato e vescichetta biliare	266	36	14%
T.m. mammella (femmine)	336	265	79%
T.m. polmone	338	65	19%
T.m. prostata	143	100	70%
T.m. stomaco	112	58	52%
T.m. tessuti linfatico ed emopoietico	397	64	16%
T.m. vescica	264	233	88%
T.m. vie aeree e digerente superiore	139	47	34%
TOTALE GENERALE	6.771	2.736	40%

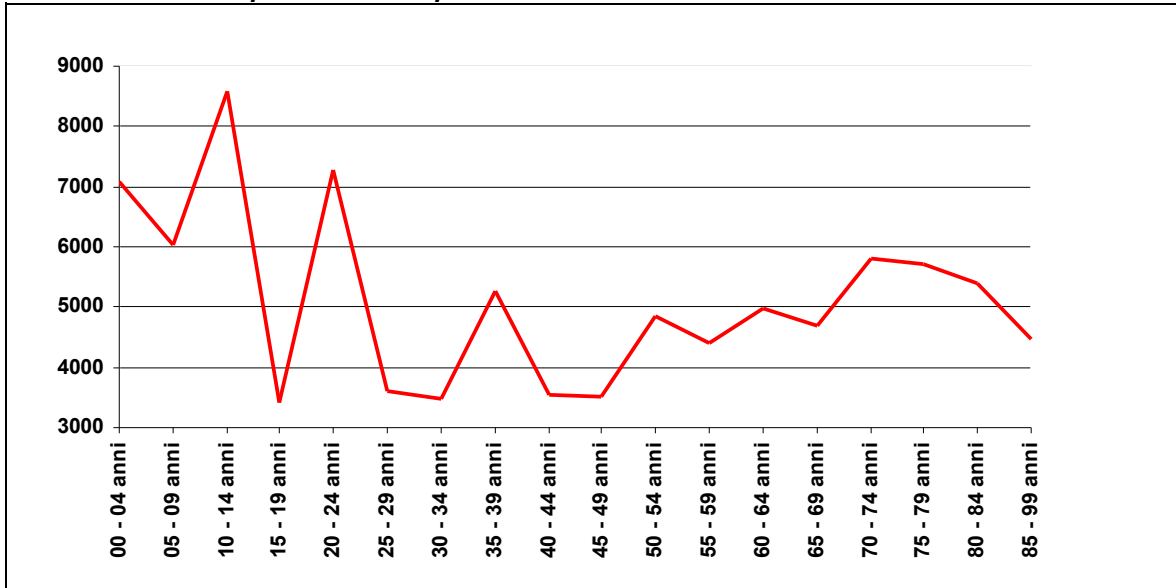
Tab n.6 Codice E Disciplina:70 RADIOTERAPIA (COMPR. RADIOTERAPIA ONCOLOGICA) N Prestazioni

Ente Appart	2006	2005	2004	2003
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI BERGAMO	1			1
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI BRESCIA	20	17	4	79
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI CREMONA	3.288	2.595	2.198	935
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI LECCO	52			
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI LODI	7.732	7.172	7.322	13.656
A.S.L. DELLA CITTA' DI MILANO	3.603	3.236	2.708	2.041
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MILANO 2	1.472	1.460	1.124	1.852
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MILANO 3	40	142	136	5
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI PAVIA	819	1.110	663	1.042
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI VARESE	4	42	15	6
Totale	17.031	15.774	14.171	19.616

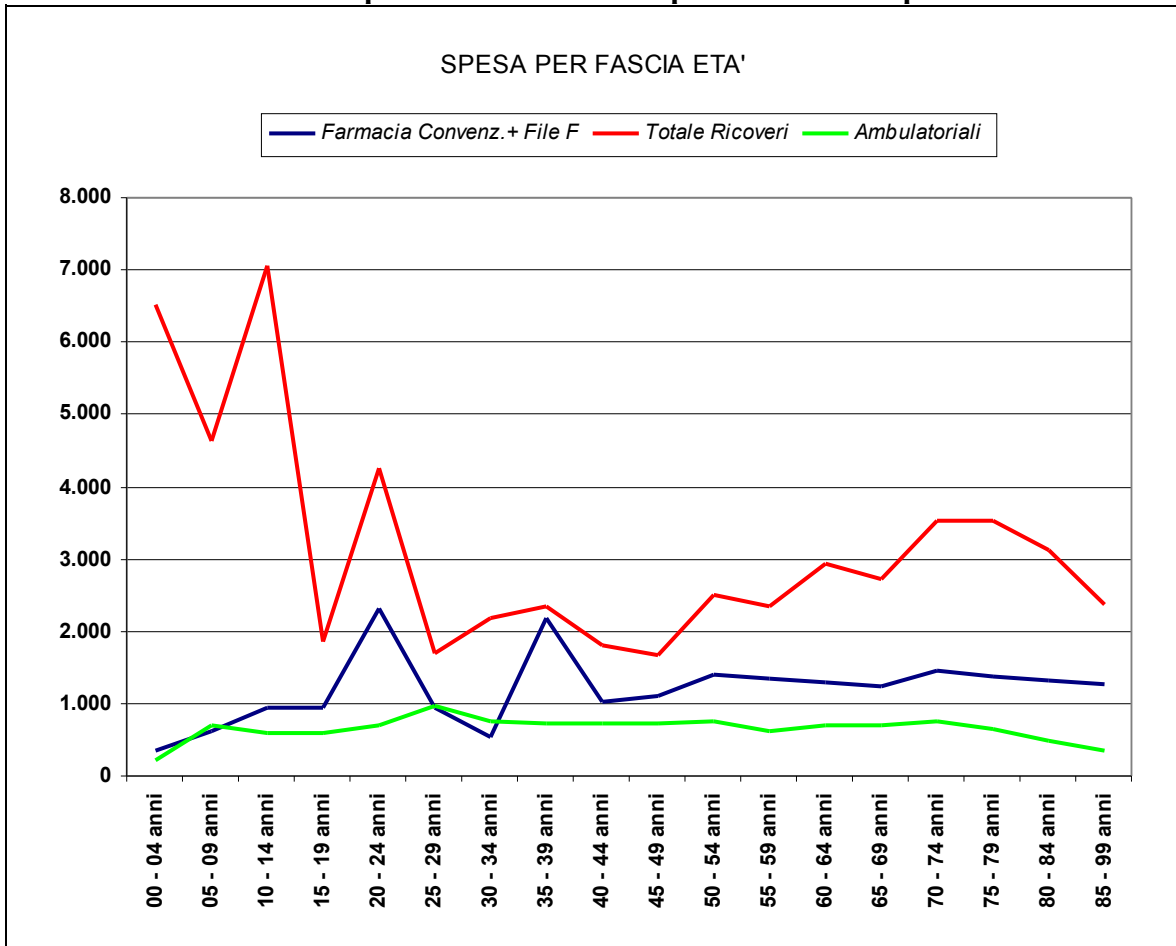
Tab n.7 Costi sanitari per assistiti neoplastici 2006

Fascia età	0 - 24 anni	25 - 59 anni	60 - 99 anni	Totale
Costi assistiti Neoplastici	489.114	9.640.054	24.049.380	34.178.548
Assistiti Neoplastici	77	2254	4580	6911
Costo medio	6.352	4.277	5.251	4.946

Tab n.7.1 Costo medio per caso distinto per fascia età



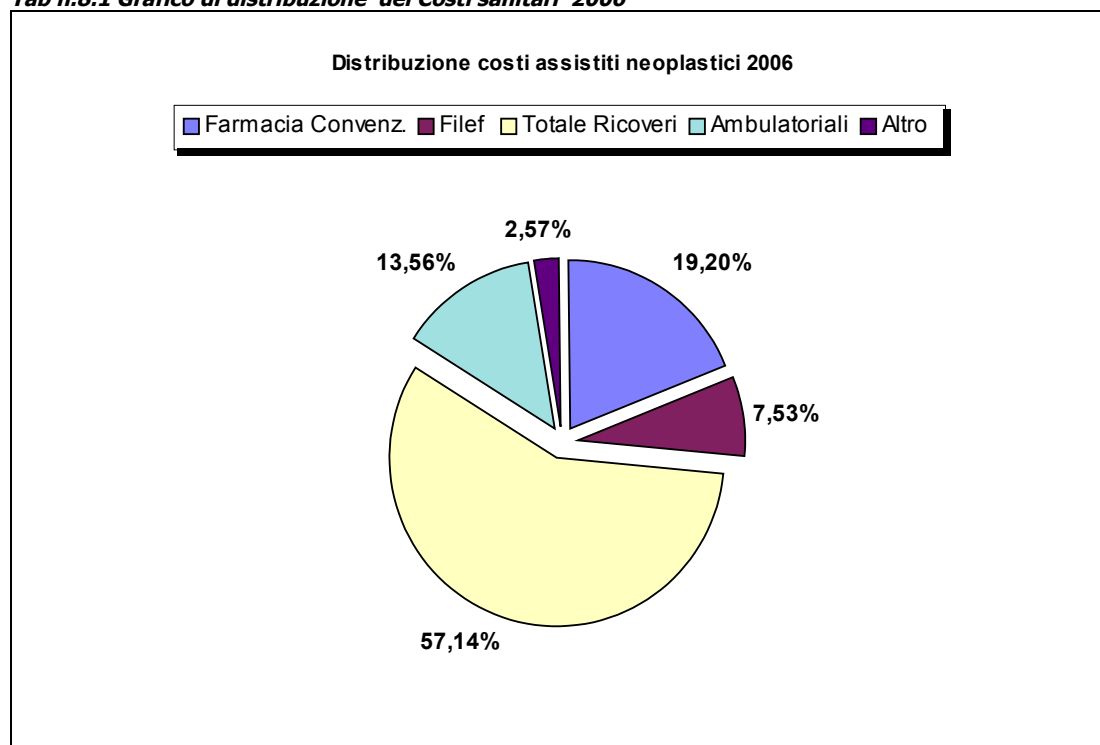
Tab n.7.2 Prestazioni specifiche Costo medio per caso distinto per fascia età



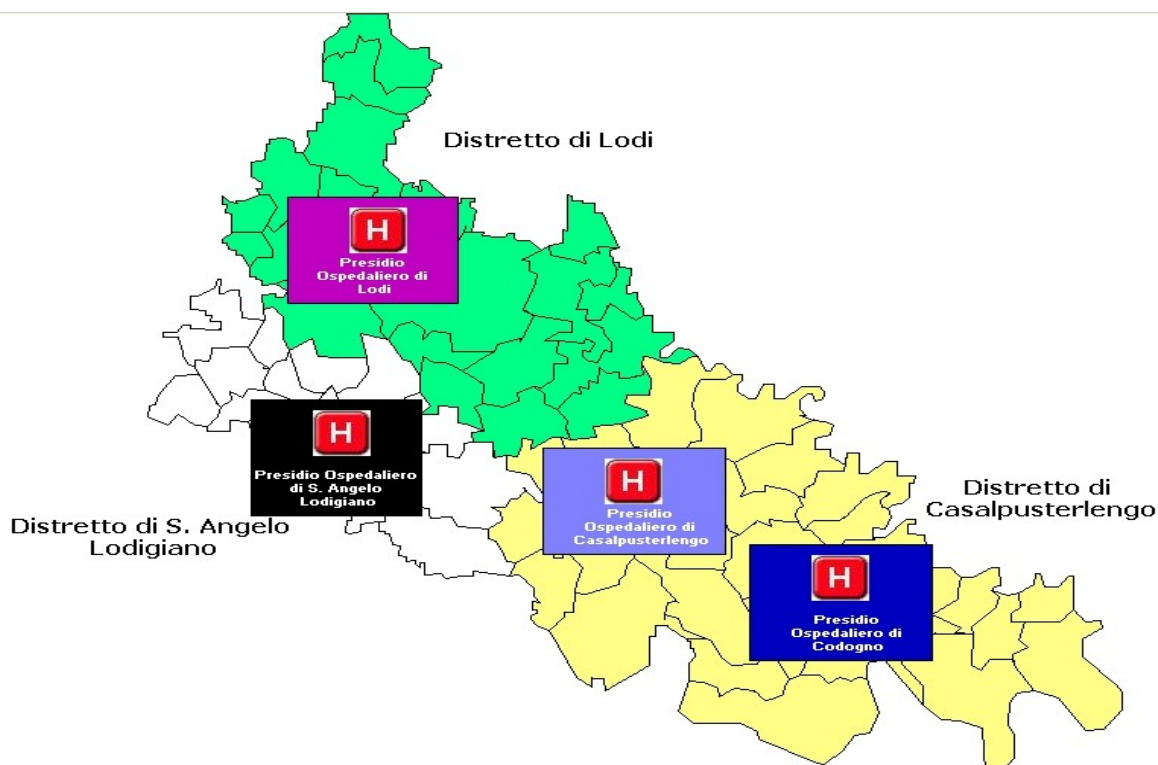
Tab n.8 Distribuzione dei Costi sanitari per assistiti neoplastici 2006

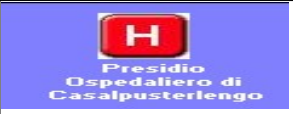



	Nr. Assistiti	Farmacia Convenz.	Filef	Totale Ricoveri	Ambulatoriali	Altro
Neoplastici	6.911	6.571.836	2.577.935	19.563.764	4.644.012	821.000
% Costi		19,20%	7,53%	57,14%	13,56%	2,57%

Tab n.8.1 Grafico di distribuzione dei Costi sanitari 2006



L'OFFERTA SPECIALISTICA DI RICOVERO E AMBULATORIALE



Offerta	 Casalpusterlengo	 Lodi	 Codogno	 S. Angelo Lod.
Degenza Ordinaria	Degenza: 14 letti in camera a bassa carica batterica,	Med.I°: U.A. semplice di oncoematologia con degenza: 18 letti; Pneumologia: degenza; Ginecologia: degenza. Altre attività oncologiche cliniche quali otorinolaringoiatriche, urologiche, neurologiche e di altre singole specialità per quanto di loro competenza		
Degenza DH	8 letti di day- hospital	Med I day-hospital: 4 letti, 1 letto in camera a bassa carica batterica; Pneumologia: day-hospital Ginecologia: day-hospital,		

Ambulatori	Endoscopia diagnostica e operativa del tratto digestivo. Ecografia diagnostica ed operativa per il trattamento dei noduli epatici neoplastici primitivi e secondari mediante ipertermia con radiofrequenza, chemioembolizzazione con microsferule in collaborazione col servizio di radiologia del policlinico di Pavia. Prevenzione e diagnosi del tumore primitivo del fegato	Pneumologia: e ambulatorio dedicati anche per l'oncologia nella specialità d'organo; Ginecologia: prevenzione con ambulatorio dedicati anche per l'oncologia nella specialità d'organo. Altre attività oncologiche cliniche quali otorinolaringoiatriche, urologiche, neurologiche e di altre singole specialità per quanto di loro competenza. Servizio di radioterapia dotata però di macchinari (T.C.T.) non adeguati per tutti i trattamenti.	Ambulatorio dermatologico di prevenzione secondaria dei tumori cutanei	Ambulatorio per i tumori della cute nell'ambito della chirurgia plastica e generale.
Cure palliative	Cure palliative e del dolore	Servizio di cure palliative e del dolore.		
Hospice	Hospice ospedaliero di prossima apertura (12 letti)			
Senologia		Servizio integrato di senologia per prevenzione e diagnosi nella patologia mammaria, secondo livello avanzato, linfonodo sentinella e chirurgia dedicata		
Chirurgia Oncologica		U.S.C. di chirurgia generale. Recentissima attivazione di UA semplice a valenza dipartimentale di chirurgia microinvasiva laparoscopica ¹⁰ .	U.S.C. di chirurgia generale	DH. di chirurgia plastica

IL RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE:

-la diagnosi tempestiva, la conoscenza della storia clinica, l'anamnesi e la visita sono strumenti essenziali nel decidere se avviare o meno procedure diagnostiche, trovando il giusto equilibrio nel tutelare i sani da procedure talora invasive, e nell'evitare ritardi diagnostici nei portatori di malattia;

-valutare, per i malati in terapia, accanto al monitoraggio della malattia e dei possibili effetti collaterali delle cure, come il paziente e la sua famiglia siano affrontando una situazione di particolare difficoltà, quali siano le capacità di reazione, la rilevazione di disturbi psichici (ansia, depressione) o di vere e proprie malattie mentali, i bisogni di supporti psicosociali, le risposte possibili nel contesto assistenziale in cui si opera;

-valutare, dopo la terapia, la possibile comparsa di recidive, di effetti collaterali tardivi, ma soprattutto valutare il recupero psicologico, la ripresa delle normali attività lavorative, sociali, di relazione, identificando eventuali bisogni e suggerendo gli interventi più appropriati per ogni persona;

-nella percentuale di tumori da noi gestiti è la velocità di diagnosi clinica.

I MMG lamentano la mancanza di canali preferenziali in ogni mezzo diagnostico non clinico (strumentale e di laboratorio) e la mancanza di comunicazione con i medici ospedalieri. Per far fronte a tale criticità si ritiene che la partecipazione attiva dei medici di famiglia nel DIPO possa contribuire efficacemente alla impostazione di modalità di comunicazione appropriate.

¹⁰ Tale pratica viene da tempo svolta anche dagli altri reparti di chirurgia generale e di chirurgia d'organo

LA SCHEDA DI RILEVAZIONE TUMORI DA PARTE DEI MMG

Dal Gennaio 2004 grazie ad un accordo con i rappresentanti dei MMG è stato avviato un percorso di raccolta di alcune informazioni relative alla patologia neoplastica vista dall'ottica del Medico di Medicina Generale.

La compilazione iniziale delle schede era prevista dal momento della prima visita di un paziente portatore di un caso di tumore.

La scheda prevedeva una parte generale sia anagrafica che di identificazione di tipo e sede del tumore, seguita da una sezione relativa all'accesso del paziente, al suo percorso oncologico, alla presenza di eventuali fattori di rischio, familiarità e condizioni di salute presenti al momento della visita.

Al buon successo del progetto ha contribuito più del 50% dei medici con l'invio di più di 1.500 schede aventi una discreta qualità di compilazione, stante anche la difficoltà a recuperare una serie di dati storici pure da parte degli stessi sanitari.

Il progetto, terminato nel 2006 e di cui saranno successivamente forniti i dati analitici, oltre ad aver tratteggiato una prima piattaforma di collaborazione tra Azienda Sanitaria e MMG, come parte del loro contributo al percorso oncologico potrà costituire la base per un successivo eventuale coinvolgimento all'interno del progetto del Registro Tumori del Sud della Lombardia nell'integrazione alle altre fonti di dati relative al paziente tumorale ed al suo percorso di salute.

TEMPI DI ATTESA ED ACCESSIBILITA'

L'erogazione delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero (prime visite specialistiche e primo accesso alla diagnostica ambulatoriale) entro tempi appropriati rispetto alle necessità di cura dei cittadini e la facilità d'accesso a tali prestazioni (prenotazione, orari d'attività, logistica), rappresentano una componente fondamentale dei Livelli Essenziali d'Assistenza (L.E.A.). La Regione Lombardia ha adottato, con DRG VIII/2828 del 27/6/2006, il Piano Regionale per il contenimento dei tempi d'attesa nel triennio 2006/2008 ed ha impegnato le ASL in varie tipologie d'interventi:

- controllo sui tempi e modalità d'erogazione da parte delle strutture pubbliche e private accreditate che operano nell'ASL
- azioni di stimolo per l'appropriatezza delle prescrizioni da parte dei Medici Prescrittori (Specialisti Ospedalieri, MMG, PLS) permettendo l'erogazione entro tempi d'attesa rapportati alla gravità clinica

Obiettivo dei tempi d'attesa per l'area oncologica (numero prestazioni = 24)

Per queste prestazioni i tempi massimi fissati sono: **T. max rispettivamente 16 gg per le visite e prestazioni strumentali e 30 gg per i ricoveri.** Per la Radioterapia e Chemioterapia i tempi vengono fissati per classi di priorità definite dallo specifico Tavolo regionale

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Visite: oncologica, radioterapica pretrattamento; Radiologia: Mammografia; TAC con o senza contrasto: Torace, Addome superiore, Addome inferiore, Addome completo; Risonanza Magnetica: Cervello e tronco encefalico, Pelvi, prostata e vescica; Ecografia: Addome, Mammella

Esami Specialistici: Colonscopia, Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile, Esofagogastroduodenoscopia, Broncoscopia, Colposcopia, Cistoscopia, Biopsia Transperineale o Transrettale della prostata (Agobiopsia Ecoguidata)

Radioterapia: Sessione di radioterapia

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO:

Interventi chirurgici: tumore Mammella, tumore Prostata, per tumori Colon retto; Interventi ginecologici: per tumori dell'utero. PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL/DAY SURGERY:

Chemioterapia.

Nel corso del 2007 anche attraverso progetti specifici concordati con l'AO e con gli erogatori privati l'ASL ha svolto una costante azione di rilevazione e controllo sul rispetto dei tempi d'attesa concordati con l'obiettivo di migliorare il livello d'accessibilità. **Questo obiettivo è considerato prioritario anche per il 2008.**

LE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI DELL'ASL DI LODI

All'interno del Servizio Cure Domiciliari opera un'equipe per le cure palliative che segue malati oncologici in fase avanzata di malattia. Si tratta di persone che necessitano di terapie specifiche per il controllo del dolore e di altri sintomi, di un accompagnamento al "distacco" ed alla "separazione" dagli "oggetti" e dalle relazioni più significative. La loro è una sofferenza complessa, definita "dolore totale" che richiede una medicina che non si limiti a "curare" ma che sappia "prendersi cura", una medicina ad elevata intensità assistenziale, a limitata tecnologia e a bassa invasività.

L'approccio dell'equipe è basato sulla qualità¹¹ ed assume la centralità del malato e della sua famiglia come determinanti per la definizione del piano assistenziale individualizzato. Le cure palliative sono pertanto offerte nel pieno rispetto delle convinzioni e dei desideri dei pazienti, secondo il principio del consenso informato e con attenzione all'intensità delle cure, tali da non produrre accanimento terapeutico.

Gli obiettivi generali si possono sintetizzare nei seguenti punti:

- curare il dolore e/o i sintomi correlati;
- fornire un supporto psicologico e sociale al paziente e ai familiari;
- migliorare la qualità di vita;
- mantenere il più possibile il paziente a domicilio, evitando ricoveri impropri o reinserirlo nell'ambito familiare dopo un ricovero
- preparare la famiglia al lutto e sostenerla nella fase di elaborazione del lutto.

Tali obiettivi presuppongono scelte sul piano assistenziale e della operatività che consentano di:

- fornire al malato e alla famiglia una referenza unitaria e complessiva;
- garantire un approccio globale basato sull'integrazione e la multidisciplinarietà;
- orientare gli interventi ad una specifica attenzione ai bisogni;
- caratterizzare il rapporto con il malato e la famiglia all'ascolto dei bisogni, delle emozioni e alla partecipazione al processo di cura.

L'intervento assistenziale delle cure palliative domiciliari risulta peculiare e complesso, in particolare per i seguenti aspetti:

- la difficoltà nella valutazione della prognosi a breve scadenza;
- l'estrema variabilità del piano assistenziale individualizzato in rapporto alle variazioni cliniche e di criticità;
- la modulazione dell'intensità assistenziale in funzione del quadro clinico gestionale;
- l'approccio multidimensionale alle problematiche che richiede un lavoro di équipe; ed una flessibilità operativa e organizzativa;
- la componente di bisogno socio-assistenziale che comporta interventi professionali specifici ed integrati;
- la prosecuzione dell'intervento oltre il decesso dell'assistito, come supporto alla famiglia nella fase di elaborazione del lutto;
- la necessità di un forte collegamento con l'ospedale, altre unità operative e servizi, comunità locali e associazioni di volontariato.

L'equipe di cure palliative domiciliari è composta, uniformemente sui tre distretti, dalle seguenti figure professionali: medico, infermiere professionale, psicologo, assistente sociale. Si avvale anche della collaborazione di un assistente spirituale e di volontari afferenti ad associazioni presenti sul territorio.

MODALITÀ D'ACCESSO

Il percorso assistenziale inizia con l'attivazione del Medico di Medicina Generale che inoltra la richiesta all'U.O Valutazione e Controllo Cure Socio Sanitarie che,

¹¹ la Funzione di cure palliative dal 2002 ha ottenuto la certificazione di qualità

contestualmente, la trasmette al Servizio Cure Domiciliari. Date le caratteristiche del servizio, nel caso il paziente sia candidabile, viene assicurata la tempestività della presa in carico, per cui il tempo che intercorre tra la segnalazione e la prima visita domiciliare è al massimo di 48 ore. .

La stesura del piano assistenziale individualizzato avviene in collaborazione con il Medico di Medicina Generale, contiene gli obiettivi del percorso terapeutico-assistenziale e risponde ai seguenti requisiti:

- garantire la presa in carico globale e l'integrazione con la componente socio-assistenziale;
 - continuità degli accessi degli operatori;
 - variazione del piano assistenziale individuale (PAI) anche quotidiana sulla base delle valutazioni cliniche dei pazienti;
- sulla scorta dei bisogni evidenziati garantisce la fornitura materiale sanitario occorrente e presidi e ausili utili al raggiungimento degli obiettivi

Con la prima visita domiciliare medico-infermieristica avviene la **stesura del piano assistenziale individualizzato**, in collaborazione con il MMG, e si invitano i familiari ad un colloquio di approfondimento con lo psicologo e l'assistente sociale, cui possono seguire ulteriori colloqui in sede o al domicilio.

Il team che si occuperà del paziente durante tutta la presa in carico viene identificato già al momento della prima visita, al fine di garantire a pazienti e familiari una continuità di assistenza e di rapporto. Viste le caratteristiche dei pazienti, il piano assistenziale può essere modificato giornalmente, sulla base delle informazioni raccolte dalle telefonate che vengono effettuate quotidianamente per ogni paziente e dopo una breve riunione collegiale prima dell'accesso domiciliare.

Per ogni accesso è previsto l'aggiornamento della cartella clinico-infermieristica del servizio e della cartella domiciliare del Medico di Medicina Generale, con il quale si mantiene uno stretto rapporto di collaborazione.

A cadenza programmata si riunisce l'équipe e si discutono i casi clinici, le caratteristiche di ogni paziente e della famiglia, si valuta l'opportunità di una presa in carico psicologica del paziente e/o dei familiari, di un'assistenza spirituale, di un inserimento di volontari o di eventuali ricoveri.

Nell'eventualità più frequente in cui il paziente rimane in carico fino al decesso, la chiusura del caso si attua attraverso una visita di cordoglio ai familiari da parte del medico e dell'infermiere professionale e, qualora fosse richiesto, un colloquio psicologico post-lutto.

Considerando anche la famiglia meritevole di attenzione particolare, si sono ritenute importanti la visita che viene effettuata il giorno del decesso e la visita effettuata nei giorni successivi.

Al paziente e/o ai familiari viene proposto un questionario per la misura della customer satisfaction, i cui dati vengono analizzati semestralmente.

VALUTAZIONE DEL SERVIZIO

La qualità del servizio è valutata secondo criteri di efficacia e di efficienza attraverso indicatori rilevati semestralmente che riguardano:

- il numero di visite effettuate il giorno della morte del paziente sul totale dei pazienti deceduti a domicilio;
- il numero di visite effettuate ai familiari entro 30 giorni dal decesso del paziente sul totale dei pazienti deceduti in ospedale o a domicilio;
- il numero di prime visite effettuate entro 48 ore lavorative dalla segnalazione sul totale di prime visite;
- percentuale di decessi a domicilio rispetto alla percentuale dei decessi in ospedale

- numero di visite mediche;
- numero di accessi infermieristici.

Attività relativa all' anno 2006

Nel corso del 2006 il servizio di cure palliative domiciliari dell'ASL di Lodi ha assistito 262 pazienti (Nuovi pazienti: n. 262 M = 142 / F = 120) la sottostante tabella riporta il complesso delle prestazioni erogate per figura professionale dedicata alle cure palliative.

Figure professionali		N.
Medico	Accessi	2.076
	Consulenze	47
Infermiere	Accessi	3.165
OTA	Accessi	360
FKT	Accessi	133
Assistente sociale	Interventi	770
Psicologo	Interventi	680

RICOVERI PRESSO REPARTI DI CURE PALLIATIVE E IN HOSPICE

Le cure palliative oltre che a domicilio vengono erogate anche in regime di ricovero, nel territorio dell'ASL non esistono reparti di cure palliative. Come documentato dalla tabella, nel corso del 2006 sono stati 53 i pazienti oncologici del territorio dell'ASL di Lodi che hanno effettuato ricoveri presso reparti di cure palliative in strutture ospedaliere regionali. Anche per il 2007 si prevede il medesimo numero di ricoveri. A questa domanda si deve aggiungere il ricovero in HOSPICE situati a Monza, Melegnano, Pavia e Cremona, nel corso del 2006 sono stati circa 60 i pazienti ricoverati.

Ricoveri presso reparti di cure palliative

Struttura	2006			2007 primo semestre		
	PAZIENTI	Nr Ric.	gg DEG	PAZIENTI	Nr Ric.	gg DEG
030108 CASA DI CURA ZUCCHI - CARATE BRIANZA	1	1	22			
030217 CASA DI CURA ANCELLE D. CARITA'-CREMONA	39	40	1.098	14	14	218
030218 CASA DI CURA S. CAMILLO - CREMONA	3	3	71	2	2	37
030908 ISTITUTI OSPITALIERI - CREMONA	6	6	80	2	2	50
030922 ISTITUTO NAZ.LE PER CURA TUMORI-MILANO	1	1	21	1	1	17
030938 IRCCS FONAZIONE MAUGERI PAVIA	1	1	25			
030945 ISTITUTO SCIENTIFICO DI PAVIA	1	1	13	2	2	107
TOTALE	52	53	1.330	21	21	429

IL RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE:

-nel loro complesso le cure di fine vita rappresentano bisogni che richiedono risposte che vanno oltre la medicina e che necessitano di elementi di sociologia, di antropologia, di comunicazione e spiritualità, aspetti da sempre presenti nel patrimonio originale della medicina di famiglia, che vanno recuperati ed aggiornati.

I medici di medicina generale, che sono gli unici attivatori del servizio, intervengono nella fase di decisione dell'intervento nella stesura del piano assistenziale individualizzato e collaborano in stretto rapporto con il servizio di cure palliative.

CRITICITA'

-L'attuale impossibilità di garantire il servizio nelle giornate di sabato e festivi rappresenta una forte criticità in quanto la famiglia non riesce ad affrontare i problemi di acuzie legati alla patologia. L'obiettivo è di riuscire a garantire il servizio in modo continuativo anche in collaborazione con la struttura d'erogazione pubbliche e private.

PROGETTUALITA' E SCENARI FUTURI

Di seguito vengono riportate le schede informative e sintetiche dei progetti avviati nella Provincia di Lodi nell'anno 2007.

Si segnala in particolare il **Registro Tumori del sud della Lombardia**, progetto a lungo atteso dalle istituzioni e dalla cittadinanza e che nel 2008 si concretizzerà; il **progetto di integrazione fra Banca dati assistiti e la Rete Oncologica Lombarda (ROL)** che consentirà di leggere il percorso del paziente non solo in termini di risorse assorbite ma anche e soprattutto di percorso clinico effettuato rendendo possibile anche l'utilizzo dei dati, in modo anonimo e protetto, per finalità di ricerca clinica.

Il 2008 sarà l'anno della conclusione della progettazione esecutiva dei progetti presentati e dell'avvio delle attività e del loro consolidamento, alla fine dell'anno, a sistema.

L'impegno dell'Asl è quello di chiedere a livello regionale, nell'ambito delle regole di funzionamento del SSR 2008, il completamento del finanziamento per l'annualità di riferimento.

PROGETTO N.1

<p style="text-align: center;">PROGETTO – TITOLO:</p> <p style="text-align: center;">Integrazione Banca Dati Assistito (BDA) - Registro Oncologico Lombardo (ROL) e sviluppo del Registro Tumori della Provincia di Lodi Pavia</p>
<p style="text-align: center;">OBIETTIVO</p> <p>Un registro tumori si prefigge la rilevazione sistematica di tutti i casi di neoplasia che occorrono nella popolazione residente.</p> <p>L'interesse prioritario è rivolto alle neoplasie maligne e in situ al fine di evidenziare:</p> <ul style="list-style-type: none">· numero complessivo dei casi e loro distribuzione per sesso ed età· tassi grezzi e standardizzati di mortalità· numero dei nuovi casi/anno che si verificano (incidenza);· sede organo e istotipo;· l'andamento nel tempo (trend) e la distribuzione territoriale (mappatura). <p>Sarà inoltre possibile:</p> <ul style="list-style-type: none">· evidenziare eventuali cluster di casi di particolari tumori· individuare le principali modalità di diagnosi e monitorare la sopravvivenza;· stimare il danno sociale e calcolare gli anni di vita produttiva persi;· valutare i percorsi diagnostici e terapeutici;· supportare le strategie di investimento e l'individuazione di priorità assistenziali <p>Si utilizzerà, anche, per la</p> <ul style="list-style-type: none">· valutazione dell'efficacia degli interventi di attuazione di screening oncologici specifici per il tumore del colon-retto, della cervice uterina e della mammella.
<p style="text-align: center;">BENEFICI ATTESI</p> <p>Alla fine del biennio di progetto il RT dovrà, quindi, essere in grado di garantire:</p> <ul style="list-style-type: none">· un aggiornamento costante delle basi di dati secondo le indicazioni di qualità provenienti dalle Società Scientifiche e/o da fonti normative;· uno scambio di dati bidirezionale con le banche dati screening ivi compresa la Fornitura dei dati necessari alla stima di indicatori di efficacia degli screening;· uno scambio di dati bidirezionale con altri RT;· uno scambio di dati bidirezionale con l'AIRTUM e/o altre organizzazioni scientifiche nazionali e internazionali;· elaborazione delle statistiche di incidenza e di mortalità per tumori, quali: numero complessivo dei casi, distribuzione per sesso ed età, tassi grezzi e standardizzati di mortalità, tassi di incidenza e prevalenza, sede organo e istotipo, distribuzione territoriale (mappatura), andamento temporale (trend), individuazione delle principali modalità di diagnosi, monitoraggio della sopravvivenza.
<p style="text-align: center;">ASL PROPONENTE:</p> <p>ASL della Provincia di Lodi.</p>
<p style="text-align: center;">ASL CHE PARTECIPANO AL PROGETTO:</p> <p>ASL della Provincia di Lodi. ASL della Provincia di Pavia</p>
<p style="text-align: center;">COSTI DEL PROGETTO:</p> <p>Il costo totale del primo anno di progetto ammonta a € 263.242</p>
<p style="text-align: center;">RISORSE FINANZIATE</p> <p>Finanziamento regionale di € 130.000</p>
<p style="text-align: center;">DURATA DEL PROGETTO</p> <p>Inizio progetto ottobre 2007 fine progetto Ottobre 2009</p>
<p style="text-align: center;">RESPONSABILE SCIENTIFICO</p> <p>Dr. Giunta Roberto – Direttore Sanitario ASL della Provincia di Lodi email Roberto.giunta@asl.lodi.it</p>

PROGETTO N.2

<p style="text-align: center;">PROGETTO – TITOLO:</p> <p style="text-align: center;">Rappresentazione grafica e dinamica del percorso sanitario e socio assistenziale del paziente oncologico</p>
<p style="text-align: center;">OBIETTIVO</p> <p>Rendere disponibile ai differenti attori della Rete Oncologica Regionale (ROL) uno strumento informativo efficace ed immediato per il monitoraggio dei percorsi sanitari- sociosanitari del paziente oncologico e di supporto alla caratterizzazione del paziente stesso .</p>
<p style="text-align: center;">BENEFICI ATTESI</p> <p>Attraverso la rappresentazione grafica del percorso clinico assistenziale del paziente oncologico ci si propone di: Ridurre la criticità del percorso assistenziale del paziente neoplastico e favorire il perseguimento di migliori e tempestivi percorsi di cura. Alleviare il più possibile la sofferenza del malato e dei suoi famigliari: favorire l'integrazione fra i vari attori del sistema e una estensione della complessa presa in carico del paziente oncologico; facilitare la lettura di insieme e la caratterizzazione dello specifico bisogno di ogni paziente in una visione fortemente integrata . Qualunque operatore sanitario potrà avere un quadro compiuto e particolareggiato del caso clinico del caso clinico in modo tale da offrire al paziente un livello qualitativo migliore delle prestazioni rese; Miglioramento della Clinical governance della patologia oncologica e quindi possibilità maggiori di dare risposte assistenziali appropriate ai bisogni del paziente neoplastici , con la implementazione di PDTA condivisi e verificabili nell'ottica della continuità assistenziale (Ospedale – territorio);</p>
<p style="text-align: center;">ASL PROPONENTE:</p> <p>Asl della Provincia di Pavia</p>
<p style="text-align: center;">ASL CHE PARTECIPANO AL PROGETTO:</p> <p>Asl della Provincia di Pavia Asl della Provincia di Lodi</p>
<p style="text-align: center;">COSTI DEL PROGETTO:</p> <p>Stima Spesa Progetto € 467.500</p>
<p style="text-align: center;">RISORSE FINANZIATE</p> <p>Finanziamento regionale di € 280.000.</p>
<p style="text-align: center;">DURATA DEL PROGETTO</p> <p>La durata complessiva del progetto è stimata in 22 mesi di cui 9 per la fase progettuale , di implementazione e messa in produzione (Fase1 e Fase 2), e 12 mesi per la revisione, integrazione e consolidamento.</p>
<p style="text-align: center;">RESPONSABILE SCIENTIFICO</p> <p>Responsabile Scientifico di progetto: Dr. Mauro Agnello, tel. 0382431, e-mail mauro_agnello@asl.pavia.it.</p>

IL RUOLO DEI PROTAGONISTI

La patologia oncologica rappresenta una tematica di rilevante attualità sia per i cittadini che per le istituzioni. Fra i compiti della Asl vi è sicuramente quello di fungere da punto di raccolta delle istanze del territorio e di mediazione con le altre istituzioni e con i professionisti, nonché di effettuare apposite azioni di comunicazione nei confronti della cittadinanza e degli assistiti.

Compito della ASL è quindi quello di promuovere e facilitare lo sviluppo di servizi in rete.

Chi sono, quindi, i protagonisti nella prevenzione diagnosi e cura della patologia oncologica?

Innanzitutto i cittadini, in alcuni casi pazienti.

Fra gli attori istituzionali annoveriamo: il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta che svolgono un ruolo fondamentale

I medici specialisti e tutti gli operatori delle cure nella fase acuta e nella fase terminale.

Il lavoro dei due non sempre è però coordinato e concordato, per vari motivi, con gli altri attori.

Ma anche le scuole, i luoghi di lavoro, le parrocchie, le associazioni dei pazienti.

E poi: i Comuni, le Province, le Regioni, le asl...

Chi ha avuto l'esperienza di avere una persona vicina che si è ammalata di cancro sa bene quali e quanti attori e forze richieda l'affrontare questa malattia.

In questo documento e in particolare in questo paragrafo si vuole portare, dal punto di vista dell'Azienda Sanitaria Locale, una riflessione sugli organismi operativi e previsti dalla programmazione nazionale e regionale e l'avvio un percorso sperimentale di confronto e comunicazione a livello territoriale.

Il Dipartimento oncologico (DIPO), previsto nel Piano Oncologico regionale vigente (DGR n. VII/ 23 luglio 2004) è lo strumento principale e centrale per la cura del paziente oncologico. La struttura operativa può 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 Regionale (ROL) e un momento di collegamento e di integrazione tra tutti i soggetti che si occupano della patologia oncologica. In particolare è necessario che esso 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.

Sempre secondo il Piano Oncologico, le caratteristiche del DIPO sono prevalentemente rivolte alla attuazione di alcuni obiettivi fondamentali quali: migliorare l'accesso alle prestazioni (in particolare, accesso alla prima visita specialistica entro 15 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 presenti nella ROL o da inserire in essa prodotte dagli organismi sanitari (ASSR, CNR...) e/o dalle società scientifiche (es. AIOM), e concordare, sempre nell'ambito della ROL, 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; 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; 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; 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 di medicina primaria ; 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.

Il Dipartimento Provinciale Oncologico (DIPO) è uno dei "nodi" forti della ROL (Rete Oncologica Lombarda) 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.

IL DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE PROVINCIALE ONCOLOGICO (DIPO)

Il DIPO deve integrare e armonizzare nella maniera più completa il percorso del paziente oncologico in tutte le fasi della malattia nelle due funzioni base, clinica e gestionale, affinché entrambe possano essere considerate di eccellenza per la salute del paziente.

Ciò dovrà dare come risultato un percorso al paziente oncologico in cui lo stesso, oltre a essere preso in cura dal punto di vista clinico, si sentirà sicuro e sereno in un sistema capace di trasmettere la fiducia necessaria.

Alla base della funzione del DIPO vi sono i principi dell'integrazione e dell'interdisciplinarietà dell'intervento preventivo-diagnostico-terapeutico orientata al cittadino-paziente che è posto al centro del progetto assistenziale-clinico.

Il buon risultato è il frutto dell'integrazione delle varie competenze che vedono il DIPO come realtà operativa che aggrega diverse discipline in funzione alle esigenze del paziente.

Solo in questo modo il DIPO sarà lo strumento principale e centrale per la cura del paziente oncologico.

Tale integrazione e multidisciplinarietà dovrà coinvolgere anche le strutture territoriali dell'ASL in particolar modo coinvolgendo i medici di medicina generale oltre che gli altri servizi (ADI e cure palliative).

Le azioni saranno rivolte principalmente a migliorare l'accesso alle prestazioni, alla definizione di percorsi clinico-assistenziali, alla formazione degli operatori.

Indispensabile sarà anche il collegamento con altre strutture operanti in campo oncologico presenti nel territorio, così come il collegamento con le associazioni di volontariato.

Ad oggi pertanto abbiamo un dipartimento interaziendale cui sono stati affidati tanti e tali compiti che richiederebbero, in alcuni casi, un assetto organizzativo complesso per poter essere eseguiti.

Nel 2006, in fase di realizzazione del prototipo ROL, ci si è resi conto che la ASL non solo doveva trovare idonea partecipazione all'interno del DIPO ma che, a sua volta, ne doveva diventare una protagonista.

Ma il DIPO nasce e si sviluppa in un'ottica "clinica"; è il DIPO che deve concordare i percorsi di cura, confrontarsi con le linee guida, affrontare tematiche legate alla ricerca e allo sviluppo della clinica e delle terapie e non sembrano compiti da poco... occuparsi inoltre dei rapporti con le associazioni dei pazienti presenti ed attive nelle corsie degli ospedali, con il volontariato, con una gestione di iniziative di *found raising*...

E l'ASL, qual è, in sostanza, il ruolo che l'azienda sanitaria può e deve svolgere?

Innanzitutto è facilitatore nel senso che deve rendere possibili i contatti, le comunicazioni, agevolare i percorsi, agevolare la traduzione e la diffusione, in linguaggio comprensibile, di dati epidemiologici e clinici, rendere possibile il confronto e il contatto fra MMG e specialisti, utilizzando tutti gli strumenti che le norme e i regolamenti le consentono.

In pratica:

forte raccordo fra le proprie attività dipartimentali e distrettuali, dove il distretto diventa sede naturale di confronto con le istituzioni e di collaborazione con i MMG e PLS attraverso l'analisi dei dati, la verifica dei percorsi del paziente, la comunicazione, la formazione.

In particolare il documento di programmazione dei servizi sanitari redatto annualmente potrà essere alveo naturale del confronto sulla patologia oncologica con i portatori di interessi diffusi e con le istituzioni. Nella logica del ciclo della programmazione e controllo si prevedono momenti di misurazione e verifica delle azioni intraprese, eventuali riorientamenti e quindi nuove azioni e programmazioni.

Nell'ambito della programmazione si trovano poi:

- i momenti di contrattazione con gli erogatori, strumento indispensabile per poter inserire strumenti ordinari di comunicazione fra di loro (gli erogatori) e con i mmg e pls;
- la contrattazione aziendale con i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta (mmg - pls), strumento che consente di operare per progetti, in raccordo con quelli proposti agli erogatori;
- i piani di formazione, sia verso i propri operatori che verso i mmg e i pls.

L'attenzione della popolazione al problema cancro induce un numero sempre crescente di contatti con il Medico di famiglia per richieste di informazioni, chiarimenti e procedure diagnostiche.

il ruolo della medicina di famiglia si rileva essenziale nell'unire in un unico filo le diverse tappe della malattia e dell'assistenza, un filo in cui si uniscono strettamente le risposte più tipicamente sanitarie con quelle relazionali e psico-sociali.

Si propone pertanto l'istituzione di un Organismo di Integrazione Provinciale per la Patologia Oncologica (IPPO), con funzioni di coordinamento della programmazione e della tutela dei diritti di salute attraverso l'integrazione e la collaborazione fra i diversi soggetti istituzionali e non che concorrono alla progettazione e realizzazione di programmi di assistenza per la patologia oncologica.

Tal organismo persegue, in stretto raccordo con il DIPO le finalità di:

- considerare le condizioni di vita, la situazione sociale e le esigenze dei pazienti oncologici;

- collaborare con le Istituzioni ad elaborare e proporre interventi finalizzati a dare risposte adeguate alle esigenze di tale utenza;
- rappresentare una sede di confronto di elaborazione e di promozione in materia di patologia oncologica, salvaguardo l'aspetto clinico assistenziale in capo al DIPO;
- fare da momento di raccordo fra le diverse istituzioni in materia di progettazione e sviluppo nelle tematiche che possono incidere sulla prevenzione diagnosi e cura della patologia oncologica

In stretto raccordo con il DIPO, l'organismo:

- organizza annualmente una conferenza territoriale per la prevenzione diagnosi e cura della patologia oncologica;
- favorisce la formazione di tavoli a livello distrettuale per affrontare problematiche proprie di uno specifico ambito territoriale.

L'Organismo di Coordinamento ha titolo di richiedere agli organi istituzionali audizioni e incontri.

Fanno parte dell'Organismo i rappresentanti dei seguenti enti:

Per l'ASL della Provincia di Lodi

- Il Direttore Sanitario o suo delegato
- Il Direttore amministrativo o suo delegato
- Responsabile del Dipartimento Cure Primarie o suo delegato
- Responsabile del Dipartimento A.S.S.I o suo delegato
- Responsabile del Dipartimento PAC o suo delegato

Per l'A.O. della Provincia di Lodi

- Responsabile del DIPO o suo delegato
- Responsabile
- Responsabile

Per Enti / Associazioni

- Il rappresentante delle organizzazioni di volontariato
- Il rappresentante degli erogatori privati accreditati
- Comuni dell'ASL della Provincia di Lodi (un Comune in rappresentanza di ogni Distretto, individuato dalla Conferenza dei Sindaci)
- La Provincia di Lodi
- Il rappresentante ARPA

L'organismo viene istituito in seguito ad approvazione nell'ambito del DPCSS 2008 dell'ASL della Provincia di Lodi.

Con il provvedimento di istituzione viene approvato anche il regolamento di funzionamento.

ALLEGATO 1

Corsi d'aggiornamento su temi oncologici (preventivo-clinico) per i MMG organizzati dal Dipartimento Cure Primarie dal 2003 al 2007 (formazione obbligatoria articolo 20 del vigente A.C.N. per la Medicina Generale):

ANNO 2003	Complicanze in corso di chemioterapia per neoplasie solide. Prevenzione dell'obesità: le buone abitudini alleggeriscono la vita.
ANNO 2004	Malattie paraneoplastiche cutanee. Melanoma: nuove acquisizioni epidemiologiche in tema di melanoma. Prevenzione del diabete: a) la bilancia: questo nemico, b) l'implementazione dell'attività fisica nei soggetti sedentari, c) l'attività sportiva. Alimentazione e salute nell'età evolutiva (per i PLS).
ANNO 2005	Le masse laterocervicali: diagnosi e provvedimenti terapeutici. Dipendenze e nuove dipendenze.
ANNO 2006	Cure domiciliari: dalla clinica all'assistenza- la terapia del dolore. Dipendenza da nicotina: come prevenire? La prevenzione del rischio cardiovascolare. Problematiche nutrizionali negli adolescenti: ruolo del pediatra e strumenti per il counselling (per i PLS).
ANNO 2007	I markers tumorali. La terapia biologica in oncologia. La gestione degli effetti collaterali delle terapie oncologiche. Alimentazione, salute, benessere.

L'obiettivo generale è sempre stato la realizzazione di iniziative di formazione ed aggiornamento coerenti ed integrate al bisogno sia del MMG/PLS che degli specialisti ospedalieri. Nell'organizzazione e gestione dei corsi il ruolo dei MMG/PLS referenti per l'aggiornamento rimane momento fondamentale sia nella fase organizzativa (ad esempio: scelta degli argomenti) sia in quella di gestione (ad esempio: moderazione/gestione dell'aula).

