



**RUOLO E COMPETENZE DELL'ONCOLOGO NEI
PERCORSI DIAGNOSTICI TERAPEUTICI ED
ASSISTENZIALI (PDTA) ONCOLOGICI E NELLA PRESA
IN CARICO DEI PAZIENTI ONCOLOGICI**



	1
RUOLO E COMPETENZE DELL'ONCOLOGO NEI PERCORSI DIAGNOSTICI TERAPEUTICI ED ASSISTENZIALI (PDTA) ONCOLOGICI E NELLA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI ONCOLOGICI	1
GRUPPO DI LAVORO	3
INTRODUZIONE	5
METODOLOGIA APPLICATA	7
RIASSUNTO	9
A. RACCOMANDAZIONI SU TEMATICHE SPECIFICHE	15
A1. COMPETENZE DELL'ONCOLOGO MEDICO NELLA FASE DIAGNOSTICA	15
A2. FOLLOW-UP	18
A3. CURE PALLIATIVE	21
A4. MANAGEMENT DEL PERCORSO DI DIAGNOSI E CURA DEL PAZIENTE ONCOLOGICO	24
A5. TERAPIA MEDICA	31
ALLEGATO 1 evidenze reperite	34
Strategia di ricerca	34
Criteri di selezione/inclusione dei documenti	34
ALLEGATO 2. Studi selezionati	35

GRUPPO DI LAVORO

Elenco dei partecipanti

Prof.ssa Rossana Berardi (responsabile scientifico) Tesoriere AIOM

Direttrice Clinica Oncologica - A.O.U. delle Marche

Ordinario di Oncologia - Università Politecnica delle Marche

Dott. Roberto Papa (responsabile tecnico-metodologico)

Responsabile SOSD Qualità, Rischio Clinico, Innovazione Gestionale e Tecnologica

AOU delle Marche

Dott.ssa Francesca Rossi (gruppo di lavoro tecnico-metodologico)

Scuola di Specializzazione in Oncologia Medica – Università Politecnica delle Marche

Dott.ssa Valentina Tarantino (gruppo di lavoro tecnico-metodologico)

Data manager Clinica Oncologica – Università Politecnica delle Marche – AOU delle Marche

Componenti del working group

Dott. Michele De Tursi

AIOM Abruzzo

Dott. Angelo Di Nota

AIOM Basilicata

Dott. Giancarlo Di Pinto

AIOM Calabria

Dott. Roberto Bianco

AIOM Campania

Dott. Francesco Leonardi

AIOM Emilia Romagna

Dott.ssa Alessandra Bearz

AIOM Friuli Venezia Giulia

Dott.ssa Alessandra Fabi

AIOM Lazio

Dott. Alessandro Pastorino

AIOM Liguria

Dott. Franco Nolè

AIOM Lombardia

Dott. Paolo Alessandroni

AIOM Marche

Dott. Francesco Carrozza

AIOM Molise

Dott. Lucio Buffoni

AIOM Piemonte e Valle d'Aosta

Dott.ssa Tiziana Latiano

AIOM Puglia

Dott. Daniele Farci

AIOM Sardegna

Dott. Massimiliano Spada

AIOM Sicilia

Dott. Carmelo Bengala
AIOM Toscana

Dott.ssa Stefania Kinspergher
AIOM Trentino Alto Adige

Dott. Marco Gunnellini
AIOM Umbria

Dott.ssa Antonella Brunello
AIOM Veneto

Dott. Marcello Tucci
Direttivo AIOM 2021-2023

Dott. Filippo Pietrantonio
Direttivo AIOM

Dott. Ugo De Giorgi
Direttivo AIOM 2021-2023

Dott.ssa Lorena Incorvaia
WG AIOM Giovani

Dott. Giovanni Micallo
WG AIOM Infermieri

Prof. Antonio Russo
Direttivo AIOM 2021-2023

Dott.ssa Rita Chiari
Direttivo AIOM 2021-2023

Prof. Matteo Lambertini
Direttivo AIOM

Dott. Filippo Pietrantonio
Direttivo AIOM

Prof. Giuseppe Curigliano
Direttivo AIOM

Dott. Saverio Cinieri
Presidente Fondazione AIOM

Prof.ssa Rossana Berardi
Tesoriere AIOM

Prof. Nicola Silvestris
Segretario AIOM

Dott. Francesco Perrone
Presidente AIOM

Prof. Massimo Di Maio
Presidente Eletto AIOM

INTRODUZIONE

Rossana Berardi

Tesoriere AIOM

Direttrice Clinica Oncologica A.O.U. delle Marche – Ordinario di Oncologia Università Politecnica delle Marche

È ormai ben noto che il paziente oncologico debba essere efficacemente gestito e rassicurato costantemente sin dal momento della presa in carico, la quale avviene attraverso regole e procedure formalizzate e condivise, e che si debba individuare e adottare il percorso di cura più appropriato, in virtù della patologia del soggetto.¹

Con questo fine nascono i percorsi diagnostico-terapeutico e assistenziali (PDTA) che rappresentano strumenti fondamentali per disegnare e strutturare i processi assistenziali centrandoli sui bisogni dei pazienti, facilitando in questo senso la promozione della qualità dell'assistenza e delle cure. I PDTA sono oggi definiti come interventi complessi finalizzati alla condivisione dei processi decisionali e dell'organizzazione dell'assistenza per un gruppo specifico di pazienti durante un periodo di tempo ben definito. Il loro obiettivo è quello di migliorare la qualità dell'assistenza attraverso il continuum di cure, migliorando gli outcome dei pazienti, promuovendo la sicurezza, aumentando la soddisfazione dell'utenza ed ottimizzando l'utilizzo delle risorse.

Gli elementi cardine dei PDTA includono:

- (1) La chiara esplicitazione degli obiettivi e degli elementi chiave dell'assistenza, basati su evidenze scientifiche, *best practice*, caratteristiche ed aspettative dei pazienti;
- (2) La facilitazione delle comunicazioni tra i membri del team multidisciplinare e multi-professionale, i pazienti e le loro famiglie;
- (3) L'organizzazione del processo assistenziale tramite il coordinamento dei ruoli, e l'attuazione sequenziale delle attività dei team multidisciplinari di assistenza, dei pazienti e delle loro famiglie;
- (4) La documentazione, il monitoraggio e la valutazione degli *outcome* (esiti clinici di salute) e degli eventuali scostamenti dagli standard di appropriatezza fissati;
- (5) L'identificazione delle risorse appropriate alla loro implementazione.

Nell'ambito di una rete clinica lo sviluppo e l'implementazione dei PDTA per le principali patologie dovrebbe, quindi, facilitare lo sviluppo di processi clinico-organizzativi *evidence-based*, con procedure tecniche appropriate e *best practice* locali assistenziali ma, anche, essere la guida per lo sviluppo di soluzioni organizzative per risolvere i problemi osservati nella pratica di ogni giorno.

Le reti cliniche, intese come un sistema integrato di setting ospedalieri e territoriali volti a dare una risposta ad una data patologia, sono invece, in quest'ottica, da considerarsi un macrosistema clinico, ossia un'impalcatura che dovrebbe permettere di far muovere il paziente attraverso le varie prestazioni sanitarie erogate nei diversi micro-sistemi clinici (che costituiscono, quindi i nodi della rete), garantendo equità, appropriatezza ed efficacia senza lasciare soluzioni di continuità. Appare evidente, in assenza di interconnessioni tra i due livelli, la distanza tra la rete (intesa come strutturazione organizzata di risorse, tecnologie e regole di comunicazione tra professionisti) e i diversi microsistemi (attività cliniche e assistenziali) che la compongono. Queste interconnessioni vengono fornite dai PDTA che, guidando il

¹ Revisione delle Linee guida organizzative e delle raccomandazioni per la Rete Oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale. (Allegato 1)

contenuto tecnico ed organizzativo delle prestazioni, forniscono ai microsistemi quegli elementi di guida all'appropriatezza del loro contenuto e alla rete lo strumento operativo in grado di coordinare tra di loro i singoli microsistemi. Questa azione dei PDTA, viene definita di mesosistema clinico, che in una rete costituisce l'impalcatura operativa dei percorsi che consentono di far muovere il connubio team assistenziali-pazienti all'interno di quella struttura che è il macrosistema. I PDTA nella rete vengono, quindi, a configurarsi come un vero e proprio sistema connettivo in grado di veicolare l'*Evidence Based Medicine (EBM)*, insieme alla migliore organizzazione, all'interno della pratica clinica.²

L'adozione sistematica del PDTA deve tener conto del modello organizzativo delle reti ospedaliere (*Hub & Spoke*) o dell'evoluzione dei modelli di rete oncologica ("*Cancer Comprehensive Center o Network*") nonché delle relazioni strutturate tra area ospedaliera e distretti, al fine di assicurare la continuità assistenziale.³

I PDTA, inoltre, traducendo in azioni pratiche i prodotti della EBM per il tramite di linee guida realizzate dai professionisti afferenti alle discipline "competenti" negli specifici percorsi diagnostico- terapeutici multidisciplinari, diventano importanti strumenti per la garanzia dell'appropriatezza dei servizi, della qualità professionale delle prestazioni clinico assistenziali e per la sicurezza delle cure.

L'obiettivo del presente documento è quello di presentare attraverso una rigorosa metodologia di consenso le indicazioni degli oncologi sulla migliore gestione dei pazienti oncologici nel contesto di PDTA e dei gruppi oncologici multidisciplinari, sottolineando le competenze e i ruoli propri degli specialisti in Oncologia.

² Lo sviluppo delle reti cliniche nella Regione Marche – report annuale di progetto di cui alla DGR 1230_16 accordo di collaborazione tra Agenzia Regionale Sanitaria e Università del Piemonte Orientale – Dipartimento di Medicina Traslazionale (Ancona, 21 ottobre 2017)

³ Processi organizzativi, percorsi e reti - GRUPPO DI LAVORO AIOM CIPOMO

METODOLOGIA APPLICATA

Roberto Papa

Responsabile SOSD Qualità, Rischio Clinico, Innovazione Gestionale e Tecnologica – A.O.U. delle Marche

Questo lavoro ha l'obiettivo di presentare, le indicazioni degli oncologi rispetto alla miglior gestione dei PDTA in ambito oncologico. A tal fine è stata impiegata una variante della metodologia di consenso Delphi.

La metodologia individuata risiede nella costituzione di gruppo di lavoro composto da qualificati soci AIOM e dall'applicazione di una variante del metodo Delphi: il metodo RAND UCLA modificato dal gruppo di progetto.

Il RAND UCLA è un metodo pratico e strutturato per ottenere opinioni su uno specifico argomento da parte di un gruppo di esperti che costituisce il panel di valutazione attraverso round multipli di valutazione per ottenere il consenso tramite un processo di feedback controllato (Donohoe e Needham, 2009). Il metodo consente la possibilità di cambiare opinione tra un round e un altro (Rowe e Wright, 1999).

I componenti del gruppo valutano quindi una matrice contenente affermazioni in parte provenienti dalla letteratura scientifica, in parte prodotte dagli esperti stessi attraverso più round, dove ogni round è definito in base al feedback della precedente valutazione.

Sono state estratte dalla letteratura in base ad un rigoroso protocollo di ricerca (vedi Allegato 1) una serie di affermazioni o opinioni, strutturate in una matrice che è stata inviata al panel di esperti che ha formulato un giudizio di rilevanza secondo una scala da 1 a 9.

Gruppo di supporto metodologico

È stata prevista la presenza di un gruppo di supporto metodologico che ha condotto la raccolta delle informazioni e ha curato l'elaborazione dei dati.

Selezione delle affermazioni dalla letteratura scientifica

Le dichiarazioni selezionate dalla letteratura scientifica secondo il protocollo riportato in Allegato 1 sono state sintetizzate in una matrice in formato excel contenente un set di informazioni relative a: referenza bibliografica (Autori, articolo, rivista, anno), testo della affermazione, Nazione interessata dalla ricerca, etc.

Partecipanti e arruolamento

Il Working group ha ricevuto il mandato di selezionare un set di buone pratiche per la definizione delle strategie utili a garantire la miglior applicazione possibile dei PDTA in oncologia sotto il profilo della qualità professionale e della competenza⁴.

Poiché la dimensione del panel dipende più dalle dinamiche di gruppo nel raggiungere il consenso tra esperti che dal potere statistico, sono stati coinvolti 10 partecipanti.

In caso di professionisti che avessero declinato la partecipazione è stato richiesto loro di suggerire il nominativo di un collega con simile background che potesse sostituirli. In ogni caso tutti i professionisti coinvolti hanno aderito al progetto accettando la partecipazione.

Metodo RAND (raccolta e analisi dati)

A tutti gli opinion leader, aderenti all'incontro come componenti del panel, è stata somministrato un questionario attraverso lo strumento di creazione moduli online **google forms** contenente un elenco di opinioni e/o affermazioni provenienti da studi scientifici pubblicati in letteratura.

I componenti del panel hanno valutato la rilevanza delle buone pratiche selezionate secondo il seguente schema:

⁴ La competenza, secondo la definizione che ne dà la ISO 9000:2015, è la capacità di applicare conoscenze e abilità per raggiungere i risultati previsti.

- **Prima valutazione di rilevanza:** valutazione individuale, da parte di ogni membro del gruppo, per ciascuna affermazione proposta all'interno di specifici sottogruppi. Il giudizio è stato espresso su una scala da 1 a 9, dove 1 = sicuramente irrilevante, 9 = sicuramente rilevante, 5 = incerto.
- **Seconda e terza valutazione di rilevanza (con possibilità di confronto in gruppo):** valutazione giudizi intermedi (fascia 4 - 6.9). I partecipanti hanno visualizzato un report che illustrava per ogni raccomandazione i risultati della prima valutazione. La discussione si è quindi concentrata sulle aree di disaccordo eventualmente emerse.
- **L'analisi dei risultati:** sono stati giudicati "in accordo" gli scenari in cui, dopo aver escluso dall'analisi i due giudizi estremi, i rimanenti giudizi cadevano in una qualunque delle tre "regioni" del punteggio (1-3, 4-6, 7-9), corrispondenti ai tre livelli di valutazione.

In aggiunta alla compilazione delle matrici secondo i criteri appena riportati, ai partecipanti è stata data la possibilità di formulare raccomandazioni aggiuntive da indicare come **Good Practice Point (GPP)**.

È stato individuato il seguente indice degli argomenti affrontati:

A. Raccomandazioni su tematiche specifiche

A1. Competenze dell'Oncologo medico nella fase diagnostica;

A2. Follow up;

A3. Cure Palliative;

A4. Management del percorso di diagnosi e cura del paziente oncologico;

A5. Terapia medica.

Avvalendosi dello strumento informatico moduli google i questionari sono stati compilati in più round di valutazione nello stesso incontro discutendo i risultati in tempo reale.

In ultimo, a corredo di ogni specifico argomento affrontato, il gruppo ha ritenuto opportuno presentare alcuni **case studies** di successo.

RIASSUNTO

Introduzione

Il paziente oncologico richiede una gestione e rassicurazione costante, sin dal momento della presa in carico, la quale avviene attraverso regole e procedure formalizzate e condivise, al fine di individuare e adottare il percorso di cura più appropriato nell'ambito di percorsi diagnostico-terapeutico e assistenziali (PDTA).

L'obiettivo del presente documento è quello di presentare attraverso una rigorosa metodologia di consenso le indicazioni degli oncologi sulla migliore gestione dei pazienti oncologici nel contesto di PDTA e dei gruppi oncologici multidisciplinari, sottolineando le competenze e i ruoli propri degli specialisti in oncologia.

Metodi

È stato costituito un working group approvato dal Consiglio Direttivo dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) costituito da un panel scientifico rappresentativo di tutte le regioni italiane, al fine di realizzare una valutazione delle prove di efficacia in materia, mediante la metodologia della "consensus conference". Attraverso l'applicazione di una variante del metodo Delphi (metodo RAND UCLA modificato), i componenti del gruppo hanno valutato una matrice contenente affermazioni in parte provenienti dalla letteratura scientifica, in parte prodotte dagli esperti stessi (Good Practice Point, GPP), riguardo le seguenti fasi del percorso del paziente oncologico:

- A1. Competenze dell'Oncologo medico nella fase diagnostica;**
- A2. Follow up;**
- A3. Cure Palliative;**
- A4. Management del percorso di diagnosi e cura del paziente oncologico;**
- A5. Terapia medica.**

Le valutazioni formulate attraverso un giudizio di rilevanza secondo una scala da 1 a 9, sono state prodotte attraverso l'esecuzione di più round, dove ogni round è stato definito in base al feedback della precedente valutazione. È stata prevista la presenza di un gruppo di supporto metodologico che ha curato la raccolta delle informazioni e ha elaborato i dati.

Risultati

In seguito alla lettura e all'analisi delle evidenze reperite nella letteratura, gli articoli che hanno rispettato i criteri di inclusione sono risultati essere 21, da cui sono stati estratti 88 statements (o raccomandazioni) relativi al ruolo e alle competenze dello specialista Oncologo nel PDTA.

Ai partecipanti al panel è stata data la possibilità di formulare raccomandazioni non derivate dalla letteratura come Good Practice Points (GPPs), delle quali ne sono state elaborate 9.

In seguito a valutazione di rilevanza da parte del panel di esperti, è risultato che 95 raccomandazioni hanno ottenuto un punteggio maggiore di 7, 2 un punteggio compreso tra 4 e 6.9 e 0 un punteggio inferiore a 4.

Di seguito sono riportati gli statement che hanno ottenuto la valutazione più alta (pari a 9) relativamente a ciascun ambito.

STATEMENTS	FONTE	MEDIANA
Competenze dell'Oncologo medico nella fase diagnostica		
Nel corso della presa in carico del paziente con tumore metastatico inguaribile, va data al paziente l'informazione sulla diagnosi e sulla guaribilità del tumore. Ciò richiede adeguate strategie di comunicazione, le quali devono essere acquisite dall'Oncologo medico nel suo percorso formativo, al fine di saper affrontare con il paziente in modo realistico gli obiettivi di cura e la prognosi della malattia.	RACCOMANDAZIONI AIOM 2019 SULLE CURE SIMULTANEE IN ONCOLOGIA	9
L'Oncologo deve conoscere le metodiche di imaging (ecografia, TAC, PET, RM) da richiedere in base al contesto e al quesito clinico.	GRUPPO DI LAVORO AIOM COMU CIPOMO 2020	9
L'Oncologo deve saper leggere e interpretare i referti di anatomia patologica, spiegandone il significato e le implicazioni al paziente.	GRUPPO DI LAVORO AIOM COMU CIPOMO 2020	9
L'Oncologo deve conoscere i meccanismi e la fisiopatologia dei più comuni sintomi osservati nel paziente con cancro avanzato.	GRUPPO DI LAVORO AIOM COMU CIPOMO 2020	9
L'Oncologo prescrive indagini diagnostiche di pertinenza.	DGR 459 del 9/5/2016	9
L'Oncologo valuta l'indicazione e l'approccio terapeutico oncologico.	DGR 459 del 9/5/2016	9
L'Oncologo, attraverso la visita, il colloquio e l'analisi degli eventuali esami portati dal paziente, dovrà predisporre il percorso diagnostico successivo (ulteriori esami più approfonditi, visita da uno specialista di organo in modalità multidisciplinare, ecc.).	D.G.R. n. 26-10193 del 01.08.2003	9
Follow-up		
Al termine della fase acuta del trattamento, ai pazienti liberi da malattia il medico Oncologo deve fornire indicazioni precise su screening e prevenzione di altri tumori, prevenzione degli effetti tardivi e riabilitazione non solo fisica, ma anche cognitiva, psicologica, nutrizionale e sessuale, per un ritorno ad una vita attiva.	Piano Oncologico Nazionale 2023-2027	9
È auspicabile automatizzare il procedimento di attivazione (ed eventuale rinnovo alla scadenza) dell'esenzione per patologia oncologica (048), prevedendo che l'operatore/struttura sanitaria che attesta per la prima volta la diagnosi di patologia oncologica invii telematicamente alla ASL competente il relativo certificato, in modo da evitare passaggi burocratici a carico del paziente o del caregiver.	Piano Oncologico Nazionale 2023-2027	9
In caso di recidiva il paziente sarà opportunamente rivalutato dall'Oncologo Medico al fine di definire il più adeguato percorso diagnostico-terapeutico, in accordo a quelle che saranno le più aggiornate linee guida del momento.	DCA n. 98 del 20/09/2016	9
Cure Palliative		
In ogni centro di riferimento di Oncologia e Radioterapia dovrebbe essere disponibile una procedura condivisa di valutazione del paziente per l'accesso al team di Cure Palliative; il team di Cure Palliative dovrebbe partecipare agli incontri multidisciplinari di patologia ed essere coinvolto nei PDTA di tutti i tipi di tumore. È importante, inoltre, una procedura scritta con indicatori di processo e di esito.	Piano Oncologico Nazionale 2023-2027	9
Un livello base di competenza in Cure Palliative dev'essere patrimonio culturale di tutti i medici che prendono in cura il malato oncologico.	Piano Oncologico Nazionale 2010-2012	9
Nelle U.O. di Oncologia Medica è auspicabile la presenza di una competenza diffusa in tema di Cure Palliative e la presenza di un Oncologo Medico esperto in Cure Palliative, che svolga un ruolo di interfaccia con il Servizio/Unità di Cure Palliative (ove presente nell'Ospedale o nel territorio di appartenenza).	RACCOMANDAZIONI AIOM 2013 SULLE CURE SIMULTANEE IN ONCOLOGIA	9

Management del percorso di diagnosi e cura del paziente oncologico

Ogni Unità Operativa (U.O.) di Oncologia Medica e Radioterapia, e ogni altra U.O. coinvolta nella erogazione di prestazioni ai malati oncologici, dovrebbe disporre di una procedura aziendale che identifichi chiaramente ruoli, responsabilità, modalità e tempi di erogazione delle prestazioni, con indicatori di processo e di esito rilevabili e misurabili.	Piano Oncologico Nazionale 2023-2027	9
Sul piano organizzativo è auspicabile realizzare un percorso dedicato agli "accessi non programmati" a cui possono afferire pazienti in cura presso l'U.O. di Oncologia Medica e con necessità cliniche non differibili, previa valutazione infermieristica (triage) effettuata da personale adeguatamente formato. Il coinvolgimento di personale infermieristico (Oncology Nurse Navigator o infermiere Case Manager in Oncologia in stretto collegamento con gli infermieri di famiglia e comunità e con l'ospedale) consente di garantire continuità, qualità e appropriatezza delle cure ai pazienti oncologici, ad esempio per il monitoraggio a domicilio di eventuali tossicità dei trattamenti oncologici.	Piano Oncologico Nazionale 2023-2027	9
Risulta essenziale e strategico investire in supporti informatici (fascicolo sanitario, cartella oncologica informatizzata) che permettano, in tempo reale e anche a distanza, una comunicazione diretta tra i diversi professionisti che prendono in cura lo stesso malato oncologico in continuità o in fasi diverse di malattia.	Piano Oncologico Nazionale 2023-2027	9
La gestione dell'offerta delle prestazioni potrebbe giovare di una regolamentazione mediante agende elettroniche, governate dai Centri di prenotazione e/o direttamente dai professionisti coinvolti. A questo riguardo, per un governo adeguato delle liste di attesa, sarebbe necessario garantire: trasparenza: l'offerta di prestazioni e i tempi medi di attesa dovrebbero essere trasparenti per tutti gli stakeholder; livelli di priorità: gestire la prenotazione in "classe di priorità", stabilita e contrassegnata dal medico che ha preso in carico il paziente, permetterebbe l'accesso differenziato alle prestazioni, per priorità clinica e/o urgenza a tutti i pazienti che ne hanno effettivamente bisogno, in tempi ragionevoli in base a specifiche condizioni cliniche; separazione dei canali per le diverse tipologie di accesso: garantendo sistemi di prenotazione basati su criteri di priorità per il primo accesso, anche direttamente utilizzabili dai medici prescrittori, mentre nel caso di controlli successivi si realizzerebbe la "presa in carico" del paziente oncologico secondo i percorsi diagnostico-terapeutici, con la prenotazione delle prestazioni "di controllo" da parte dello specialista; unico "linguaggio": per un efficace controllo e governo dell'offerta di prestazioni specialistiche dovrebbe essere adottata un'unica codifica e "nomenclatura" delle stesse a tutti i livelli territoriale/regionale/nazionale anche in considerazione della dematerializzazione delle ricette.	Piano Oncologico Nazionale 2023-2027	9
Nell'ambito delle U.O. e dei Servizi Ospedalieri, per ogni tipo di tumore, dovrebbe essere identificato il Gruppo Multidisciplinare che prende in carico i pazienti e condiviso il PDTA, definendo per ciascuna figura professionale il ruolo e le responsabilità, compreso quello del case manager.	Piano Oncologico Nazionale 2023-2027	9
I PDTA per i vari tipi di tumore dovrebbero essere resi attuativi con procedure applicative scritte e con dichiarati indicatori di processo e di esito rilevabili annualmente, valutati centralmente dalle organizzazioni di rete ed eventualmente resi pubblici in ambito regionale. Analogamente sarebbe necessario poter rilevare la qualità delle attività dei Gruppi Multidisciplinari, attraverso il rilievo di indicatori specifici di performance. La definizione e selezione degli indicatori dovrebbe essere basata sui livelli di evidenza e per tale motivo andrebbero considerati come un parametro dinamico, da aggiornare sulla base dell'evidenza scientifica disponibile.	Piano Oncologico Nazionale 2023-2027	9
Una volta che il paziente accederà al PDTA specifico, da lì in poi inizierà la presa in carico e la discussione collegiale multidisciplinare per definire il percorso diagnostico terapeutico. Il paziente avrà sempre un medico ed un case manager di riferimento e potranno esserci altri specialisti coinvolti nelle varie fasi diagnostico-terapeutiche. Nei punti di accesso	Piano Oncologico Nazionale 2023-2027	9

dovrebbero essere disponibili anche un infermiere, per raccogliere le informazioni utili per il piano assistenziale per tener conto dei problemi psicologico-relazionali, sociali, familiari dei malati, e un amministrativo, che provveda a tutte le prenotazioni, anche degli esami che si debbano eseguire presso altre strutture e delle pratiche burocratiche, quali le procedure per l'esenzione del ticket per patologia. Altre figure professionali potranno essere previste per ciascun punto di accesso quali: psico-oncologi e assistenti sociali per i casi più problematici, nei quali, potrebbe essere difficile assicurare la corretta compliance dei malati ai trattamenti indicati senza una presa in carico da parte di questi operatori.		
È fondamentale realizzare in tutto il territorio nazionale la Rete Oncologica Regionale, con identificazione di centri di primo e di secondo livello ed attivazione di dipartimenti oncologici interaziendali, attraverso le quali garantire l'erogazione di tutte le prestazioni necessarie per la miglior cura a ciascun paziente. La Rete Oncologica che deve consentire la condivisione e lo scambio di informazioni cliniche all'interno del suo network professionale deve, pertanto, essere dotata di una architettura informatica, integrata al sistema informatico regionale per garantire la interoperabilità tra i servizi delle aziende territoriali regionali.	Piano Oncologico Nazionale 2023-2027	9
Ogni azienda ospedaliera dovrebbe garantire adeguata formazione e aggiornamento a tutti i professionisti coinvolti nei percorsi di cura.	Piano Oncologico Nazionale 2023-2027	9
Per un'assistenza e una cura adeguata della persona anziana colpita da cancro è fondamentale garantire una presa in carico globale del paziente oncologico anziano attraverso un approccio multidisciplinare e multidimensionale che preveda un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale, all'interno delle reti oncologiche regionali, specifico e facilitato per accedere ai servizi di diagnosi cura e assistenza. Tale percorso facilitato deve essere sostenuto da un'organizzazione dipartimentale che garantisca il coordinamento dell'assistenza e delle cure oncologiche e geriatriche sia ospedaliere sia territoriali.	Piano Oncologico Nazionale 2023-2027	9
È necessaria da parte del team multidisciplinare l'individuazione dei pazienti da indirizzare verso un appropriato percorso di valutazione multidimensionale della fragilità, che deve essere effettuata tramite un Comprehensive Geriatric Assessment (CGA), con l'utilizzo di appositi strumenti di screening quali il "G8" per il paziente oncologico anziano e con valutazione della scheda complessità per la vulnerabilità psico-sociale.	Piano Oncologico Nazionale 2023-2027	9
Un approccio multidisciplinare strutturato ("Collaborative care") deve essere offerto a tutti i pazienti, in quanto porta beneficio sullo stato emozionale e migliora l'outcome. Es: - Migliore aderenza al piano terapeutico -miglioramento della qualità di vita -gestione del dolore -performance assistenziale integrata - monitoraggio lungo tutto il decorso della malattia.	"Linee guida AIOM 2019 Assistenza psicosociale dei malati oncologici"	9
È necessario promuovere l'erogazione delle prestazioni di chemioterapia e radioterapia in regime ambulatoriale per alleggerire il carico nelle postazioni di ricovero ordinario.	Piano Oncologico Nazionale 2010-2012	9
I gruppi multidisciplinari garantiscono un approccio centrato sul paziente, con informazioni disponibili e comprensibili sugli aspetti clinici e psico-sociali del processo assistenziale, favorendo chiari canali di comunicazione tra il gruppo di cura, il paziente e familiari in grado di promuovere l'engagement.	European Partnership for Action Against Cancer	9
Durante le riunioni dei gruppi multidisciplinari devono esserci a disposizione banche dati condivise in grado di registrare decisione cliniche, risultati e indicatori, facilitando la valutazione dei progressi e l'individuazione di aree di miglioramento.	European Partnership for Action Against Cancer	9
Il gruppo multidisciplinare ha l'obiettivo di individuare la terapia più adeguata per i singoli pazienti e di monitorarne l'evoluzione ai follow-up successivi	European Partnership for Action Against Cancer	9

<p>Gli elementi importanti da considerare affinché un team multidisciplinare sia efficace sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> -corretta individuazione dei membri del team, la presenza di adeguate competenze, coinvolgimento e motivazione; -disponibilità di una infrastruttura fisica per le riunioni e di una adeguata piattaforma tecnologica per gli incontri in remoto e lo scambio di dati ed informazioni; -chiara organizzazione per la logistica delle riunioni, la pianificazione e la preparazione dei meeting, e la gestione delle attività post meeting (es. prenotazione servizi e prestazioni); -definizione di un processo decisionale clinico incentrato sul paziente; -governance della squadra, la raccolta dei dati l'analisi e l'audit. 	Piano Oncologico 2023-2027	9
L'Oncologo è coinvolto nel coordinamento della governance del percorso assistenziale	DCA n.98 del 20/09/2016	9
La presa in carico del paziente oncologico e la prescrizione del corretto percorso diagnostico terapeutico avviene da parte degli specialisti afferenti ai Gruppi Oncologici multidisciplinari (GOM) patologia-specifici e l'Oncologo è coinvolto nel coordinamento.	DCA n.98 del 20/09/2016	9
In day hospital sono presenti procedure per l'informazione sulle modalità e il decorso dell'attività diagnostico-terapeutica ed il consenso informato che viene somministrato dall'Oncologo al paziente.	Manuale di accreditamento	9
L'Oncologo deve contribuire attivamente ed in maniera rispettosa e consapevole delle differenti competenze in un team multidisciplinare per pianificare e coordinare l'assistenza ai pazienti con cancro avanzato ed alle loro famiglie.	GRUPPO DI LAVORO AIOM COMU CIPOMO 2020	9
L'Oncologo deve conoscere e saper utilizzare i farmaci indicati nel trattamento dei principali sintomi, in particolare del dolore (farmaci oppiacei di cui deve conoscere la titolazione, la rotazione e le scale di conversione, ed i farmaci adiuvanti). Nel contempo deve conoscere la tossicità dei farmaci sintomatici e deve saper prescrivere farmaci per prevenire e controllare la tossicità stessa.	GRUPPO DI LAVORO AIOM COMU CIPOMO 2020	9
Terapia medica		
Durante la somministrazione della chemioterapia è presente almeno un membro del personale clinico che sia in possesso di certificazione per basic life support (BLS-D).	Neuss MN et al.	9
Il consenso o il dissenso informato viene documentato prima dell'inizio della terapia	Neuss MN et al.	9
<p>Ai pazienti devono essere fornite informazioni verbali e scritte relative a:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Diagnosi -Obiettivi del trattamento, ovvero curare la malattia, prolungare la vita o ridurre i sintomi -Durata del trattamento, modalità di somministrazione, incluse cadenze e fruizione dei farmaci, nomi dei farmaci, eventuale supporto qualora necessario, schede di interazione tra farmaci e con i cibi e infine indicazioni su come gestire eventuali dosi di farmaco omesse -Potenziali effetti collaterali a lungo e a breve termine della terapia, inclusi quelli che richiedono un'assistenza immediata -Sintomi o effetti collaterali che richiedono l'interruzione immediata dei trattamenti orali o di altri trattamenti autosomministrati -Procedure per la gestione dei farmaci in casa, compresa la conservazione, la manipolazione sicura e la gestione dei farmaci non utilizzati -Procedure per la gestione domiciliare di materiali biologici pericolosi - Follow-up 	Neuss MN et al.	9
L'Oncologo valuta l'indicazione e l'approccio terapeutico oncologico.	DGR 459 del 9/5/2016	9

Conclusioni

Elevato consenso è emerso sulla centralità dell'Oncologo:

- nella fase diagnostica, in cui lo stesso dovrà predisporre il percorso diagnostico successivo all'anamnesi e alla visita del paziente coinvolgendo il gruppo multidisciplinare e adottando adeguate strategie di comunicazione
- nella fase di follow-up nei primi 5 anni, periodo in cui tale specialista si pone coordinatore degli altri professionisti ai fini del benessere complessivo del paziente scoraggiando il follow-up multi-specialistico
- nel coordinamento dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari e nel garantire, pertanto, la presa in carico globale del paziente con neoplasia attraverso un approccio multiprofessionale
- nell'avviare i pazienti alle Cure Palliative in Hospice o a livello territoriale, prevedendo personale formato nelle strutture di Oncologia, laddove non sia presente nell'ambito ospedaliero un'Unità di Cure Palliative,

- nel trattamento medico dei pazienti e la necessità di prevedere una policy per documentare le qualifiche del personale che ordina, prepara e somministra la chemioterapia, oltre che di acquisire il consenso informato del paziente relativamente al percorso di diagnosi e cura.

A. RACCOMANDAZIONI SU TEMATICHE SPECIFICHE

A1. COMPETENZE DELL'ONCOLOGO MEDICO NELLA FASE DIAGNOSTICA

Gli oncologi medici hanno un ruolo determinante nella cura dei pazienti oncologici sin dal momento del sospetto diagnostico e/o della diagnosi e per tutto il decorso della malattia neoplastica, identificando e monitorando la strategia diagnostico-terapeutica più appropriata nel corso dell'intera storia clinica del paziente con il coinvolgimento e la piena sinergia degli specialisti in un'ottica multidisciplinare e multiprofessionale.

Una diagnosi di cancro può essere sospettata sulla base dell'anamnesi e dell'esame obiettivo, ma richiede una conferma mediante la biopsia e l'esame istopatologico della massa neoplastica. Talora, la prima indicazione deriva da un risultato anomalo di un test di laboratorio.

L'Oncologo ha il compito di approfondire i reperti diagnostici sospetti o relativi a un tumore, cercando di stabilirne lo stadio, ovvero l'estensione e la gravità e, sulla base di tali approfondimenti e dello stato di salute del paziente (età, presenza di altre malattie ecc.), pianificare la terapia più adeguata.

Pertanto, incentrati sulla cosiddetta biopsia tumorale, gli approfondimenti relativi a una neoplasia rappresentano, per l'Oncologo, un passaggio obbligato e indispensabile, senza il quale è impossibile improntare un percorso terapeutico potenzialmente valido ed efficace.

Nella tabella 1 sono riportate le valutazioni del panel di oncologi relative al tema **“Competenze dell'Oncologo medico nella fase diagnostica”** che evidenziano l'elevato consenso sulla **centralità dell'Oncologo nella fase diagnostica, in cui lo stesso dovrà predisporre il percorso diagnostico successivo all'anamnesi e alla visita del paziente coinvolgendo il gruppo multidisciplinare e adottando adeguate strategie di comunicazione.**

Di contro, il working group ha ritenuto che non sia compito dell'oncologo medico provvedere a prescrivere indagini diagnostiche di pertinenza per tutte le patologie, attività di pertinenza del medico di medicina generale o degli altri specialisti.

Tabella 1. Raccomandazioni relative al tema “Competenze dell’Oncologo Medico nella fase diagnostica”

STATEMENTS	FONTE	MEDIANA
Nel corso della presa in carico del paziente con tumore metastatico inguaribile, va data al paziente l’informazione sulla diagnosi e sulla guaribilità del tumore. Ciò richiede adeguate strategie di comunicazione, le quali devono essere acquisite dall’Oncologo medico nel suo percorso formativo, al fine di saper affrontare con il paziente in modo realistico gli obiettivi di cura e la prognosi della malattia.	RACCOMANDAZIONI AIOM 2019 SULLE CURE SIMULTANEE IN ONCOLOGIA	9
L’Oncologo deve conoscere le metodiche di imaging (ecografia, TAC, PET, RM) da richiedere in base al contesto e al quesito clinico.	GRUPPO DI LAVORO AIOM COMU CIPOMO 2020	9
L’Oncologo deve saper leggere e interpretare i referti di anatomia patologica, spiegandone il significato e le implicazioni al paziente.	GRUPPO DI LAVORO AIOM COMU CIPOMO 2020	9
L’Oncologo deve conoscere i meccanismi e la fisiopatologia dei più comuni sintomi osservati nel paziente con cancro avanzato.	GRUPPO DI LAVORO AIOM COMU CIPOMO 2020	9
L’Oncologo prescrive indagini diagnostiche di pertinenza.	DGR 459 del 9/5/2016 ⁵	9
L’Oncologo valuta l’indicazione e l’approccio terapeutico oncologico.	DGR 459 del 9/5/2016 ⁵	9
L’Oncologo, attraverso la visita, il colloquio e l’analisi degli eventuali esami portati dal paziente, dovrà predisporre il percorso diagnostico successivo (ulteriori esami più approfonditi, visita da uno specialista di organo in modalità multidisciplinare, ecc.).	D.G.R. n. 26-10193 del 01.08.2003	9
Il training in materia di comunicazione rivolto ai pazienti potrebbe favorire la loro partecipazione attiva durante il colloquio con l’Oncologo: mostrare empatia, utilizzare domande aperte.	LINEE GUIDA AIOM 2019 Assistenza psicosociale dei malati oncologici	8
L’Oncologo deve saper interpretare le immagini radiologiche e discuterle nell’ambito dei gruppi multidisciplinari.	GRUPPO DI LAVORO AIOM COMU CIPOMO 2020	8
L’Oncologo, attraverso la visita, il colloquio e l’analisi degli eventuali esami portati dal paziente, dovrà predisporre il percorso diagnostico successivo (ulteriori esami più approfonditi, visita da uno specialista di organo in modalità multidisciplinare, ecc.) per tutte le neoplasie.	GPP	8
Il medico specialista del reparto di degenza, cui è affidato il paziente e che ha pianificato il percorso assistenziale, monitorizza lo svolgimento dell’iter diagnostico e si assume il compito, a conclusione del percorso diagnostico, di formulare la sintesi clinica delle informazioni raccolte.	Piano Oncologico Nazionale 2011-2013	8
L’Oncologo prescrive indagini diagnostiche di pertinenza per tutte le patologie.	GPP	4

⁵ DGR 459 del 9/5/2016: Recepimento Intesa Stato -Regioni del 18 dicembre 2014 recante "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia" (Rep. Atti n.185/CS). Approvazione del documento tecnico "Linee guida per l’implementazione della Rete Regionale Marchigiana dei Centri di Senologia - Breast Unit"

1. CASE STUDY: Competenze dell'Oncologo Medico nella fase diagnostica

TITOLO: Percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali (PDTA)

Scenario: E' per effetto di alcuni fattori, tra cui l'aumento dell'età media della popolazione, l'incremento del numero di pazienti sottoposti a trattamento, nuove molecole in commercio che consentano sempre più una cronicizzazione delle neoplasie, il potenziamento dell'attività di screening, che negli ultimi anni si sta assistendo ad una forte espansione dell'attività oncologica. I dati evidenziati nel volume "I numeri del cancro 2022" edito a cura dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) mostrano come in Italia si siano diagnosticati, nel 2022, 390.700 casi di tumore, pari a circa 1.000 casi al giorno e come la sopravvivenza a 5 anni dei pazienti sia progressivamente migliorata, grazie al successo dei programmi di screening, all'approccio multidisciplinare e ai più recenti trattamenti farmacologici, superando ora il 60% (57% nei maschi, 63% nelle femmine con un miglioramento del 18% nei maschi e del 10% nelle donne rispetto a 10 anni fa). Ciò ha comportato un aumento della prevalenza che è ormai vicina al 5.7% della popolazione generale (circa 3 milioni e seicentomila soggetti con pregressa diagnosi oncologica nella popolazione italiana). La patologia oncologica rappresenta un fabbisogno emergente nei Servizi Sanitari che comporta diverse necessità di intervento ed una "articolazione organizzativa dei saperi medici". Mentre nel passato ad ogni disciplina corrispondeva un insieme definito di problemi/condizioni cui offrire risposta e le interazioni con altre discipline erano limitate o trovavano soluzioni soddisfacenti in procedure consolidate (richieste di prestazioni diagnostiche, di consulenze...), oggi la multidisciplinarietà e l'interazione tra differenti specialisti ha assunto una enorme rilevanza. In questo contesto, l'Oncologia Medica riveste un ruolo importante quale disciplina internistica applicata alla cura dei tumori: queste competenze rappresentano un bagaglio imprescindibile per la valutazione complessiva del malato e la strategia di cura. **L'Oncologia è probabilmente la disciplina che più ha investito e innovato sui meccanismi di coordinamento, a partire dalle reti e dai percorsi oncologici che rimangono in molti contesti un modello di riferimento per affrontare altre patologie.** Il percorso del paziente non richiede solo di essere progettato, ma necessita anche di una guida in grado di orientare le scelte e di intervenire laddove i percorsi standard non si adattano alle specifiche condizioni del paziente e della sua patologia.

Strumenti: La Regione Marche ha intrapreso un processo di sviluppo del sistema delle Reti (RSR) nella realtà territoriale utilizzando un modello di strategia e di implementazione basata sui risultati ottenuti dalle migliori esperienze nazionali ed internazionali, per facilitare uno sviluppo agevole, efficace ed uniforme delle RSR, così come definite dalla DGR n.1219/2014. Una rete clinica serve per facilitare la costituzione di una struttura organizzativa di integrazione che consenta ai teams di professionisti di creare un flusso continuo di conoscenze cliniche e organizzative utili a promuovere la qualità, la sicurezza e a facilitare l'accesso alle cure. Le reti sono, quindi, utilizzate come strumento di sistema per promuovere modelli di cura efficaci, equi, sicuri, integrati ed efficienti, di evidenze scientifiche multidisciplinari ed appropriati. Tale processo viene reso operativo attraverso i percorsi diagnostico-terapeutico e assistenziali (PDTA). **L'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche ha da tempo realizzato percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA) sulle patologie oncologiche di maggior impatto sulla popolazione della Regione Marche.** Tra questi il PDTA per la gestione del paziente affetto da melanoma, tumore mammario e tumore del colon-retto. Numerose anche le proposte di istituzione di PDTA per le pazienti affette da carcinoma ovarico e per le neoplasie neuroendocrine di origine gastro-entero-pancreatica. Grazie all'organizzazione in percorsi, oggi certificati ai sensi della norma ISO 22301:2019, l'AOU delle Marche ha ottenuto, nel dicembre 2022, il riconoscimento quale miglior Ospedale italiano. Si distinguono tre aree principali di competenze occorrenti all'oncologo medico di oggi per esercitare il proprio ruolo nel governo clinico della disciplina e nei contesti aziendali (Figura 2):

- competenze clinico-professionali;
- competenze organizzativo-gestionali;
- competenze nella comunicazione.

Impatto: Il problem solving non sarà più una attitudine sufficiente per i futuri professionisti del settore: saranno necessari creatività e senso critico. Emergerà sempre più l'importanza di un lavoro di squadra con azioni condivise, basato anche sull'equilibrio e la trasparenza di ciascun componente, indipendentemente dal ruolo rivestito (CIPOMO - AIOM). **La mission dell'oncologo medico deve vederlo protagonista del sistema sanitario, che ha un forte impatto sulla Società nel suo complesso** e che sta attraversando un radicale cambiamento, grazie alla diffusione di nuovi strumenti tecnologici e di comunicazione. L'obiettivo esplicito è quello di incorporare nelle organizzazioni complesse gli effetti dell'evoluzione scientifica, clinico-professionale e tecnologica che sta attraversando l'Oncologia e, di conseguenza, **farla arrivare al paziente nell'ambito di modelli organizzativi che perseguono esplicitamente appropriatezza, efficacia ed efficienza.** Questi modelli presuppongono l'esistenza di relazioni strutturate con gli altri specialisti coinvolti, ma **riconoscono il ruolo centrale della Oncologia medica** sia nella promozione delle attività multidisciplinari, valorizzando i contributi specialistici di ciascun professionista, che nel favorire l'innovazione diagnostica, terapeutica ed organizzativa nei contesti aziendali ed ospedalieri.

A2. FOLLOW-UP

Il termine “follow-up” indica i passi da compiere per seguire in modo corretto una persona che, sottoposta a un trattamento con intento radicale di una neoplasia, è libera da malattia, pur mantenendo un rischio di ricaduta variabile nel tempo e a seconda della patologia. Si tratta di una fase che può durare anche decenni, perché, rispetto al passato, oggi dal tumore si guarisce molto più frequentemente ed è importante monitorare i pazienti dopo una diagnosi oncologica. Grazie a questo percorso è possibile, per esempio, riuscire a identificare eventuali recidive in fase precoce e a migliorare alcuni sintomi che a lungo termine potrebbero avere un impatto negativo sulla qualità di vita del paziente.

Per alcuni pazienti e alcune tipologie di tumori è abbastanza semplice stabilire il tipo e la frequenza degli esami da svolgere, mentre per altri la situazione non è così chiara, e soprattutto non è univoco chi si debba prendere carico di seguire il paziente. Fino ai primi cinque anni dopo la diagnosi le tappe del follow-up sono ben codificate e in genere è lo specialista della struttura di oncologia che ha preso in carico il paziente a provvedere al follow up, in particolare riferendoci al tumore del seno per il quale sono disponibili molti dati relativi anche all'Italia. Dal quinto anno in poi non è chiaro il ruolo dell'Oncologo quale garante del follow-up, potendo lo stesso essere proseguito in ambito territoriale eventualmente dal Medico di Medicina Generale.

Risulta sicuramente necessario, quindi, in particolare oltre il 5° anno di follow-up, fase in cui possono insorgere problemi nella gestione di esami e sintomi, un dialogo attivo e costruttivo tra medico e paziente con la costante disponibilità dello specialista Oncologo in caso di bisogno. L'Oncologo, con la sua formazione specialistica, sarà in grado di interpretare meglio alcuni segnali che arrivano dal paziente, magari attraverso il filtro del medico di base, il quale a sua volta avrà il compito di identificare eventuali campanelli di allarme, tenendo conto anche della storia clinica pregressa del paziente e della sua psicologia che, proprio in qualità di medico di famiglia, conosce meglio.

La tabella 2 riporta le valutazioni relative al tema “Follow-up”, che evidenziano l'elevato consenso sulla **centralità dell'Oncologo nella fase di follow-up nei primi 5 anni, periodo in cui tale specialista si pone coordinatore degli altri professionisti ai fini del benessere complessivo del paziente scoraggiando il follow-up multi-specialistico**. Non si è, invece, evidenziato un consenso in merito al ruolo dell'Oncologo quale garante del follow-up oltre il 5° anno (mediana di votazione pari 4 al secondo round di votazioni), potendo lo stesso essere proseguito in ambito territoriale eventualmente dal Medico di Medicina Generale.

Tabella 2. Raccomandazioni relative al tema “Follow-up”

STATEMENTS	FONTE	MEDIANA
Al termine della fase acuta del trattamento, ai pazienti liberi da malattia il medico Oncologo deve fornire indicazioni precise su screening e prevenzione di altri tumori, prevenzione degli effetti tardivi e riabilitazione non solo fisica, ma anche cognitiva, psicologica, nutrizionale e sessuale, per un ritorno ad una vita attiva.	Piano Oncologico Nazionale 2023-2027	9
È auspicabile automatizzare il procedimento di attivazione (ed eventuale rinnovo alla scadenza) dell’esonero per patologia oncologica (048), prevedendo che l’operatore/struttura sanitaria che attesta per la prima volta la diagnosi di patologia oncologica invii telematicamente alla ASL competente il relativo certificato, in modo da evitare passaggi burocratici a carico del paziente o del caregiver.	Piano Oncologico Nazionale 2023-2027	9
In caso di recidiva il paziente sarà opportunamente rivalutato dall'Oncologo Medico al fine di definire il più adeguato percorso diagnostico-terapeutico, in accordo a quelle che saranno le più aggiornate linee guida del momento.	DCA n. 98 del 20/09/2016	9
Sul piano organizzativo l'Oncologo deve stabilire il momento in cui deve avvenire la transizione gestionale e, contestualmente, deve individuare il coordinatore (MMG o Oncologo) delle fasi successive.	Linee guida LUNGOVIVENTI ⁶	8
L'Oncologo deve pianificare una categorizzazione dei pazienti che consideri la storia naturale della malattia, la storia clinica personale di ciascun paziente, inclusa storia familiare e mutazioni genetiche, esposizioni ambientali e altri fattori di rischio, contesto familiare e socio-culturale e alle risorse economiche disponibili.	National Institute of Public Health. European guide on quality improvement in comprehensive cancer control ⁷ 2017.	8
I dati sanitari dei follow-up devono rientrare tra i dati del PDTA che verranno utilizzati per audit periodici.	Piano Oncologico Nazionale 2023-2027	8
Le misure per facilitare l'integrazione sociale e il reinserimento nel luogo di lavoro, compresa una valutazione iniziale e l'adattamento delle condizioni di lavoro per i malati di cancro, dovrebbero essere parti integranti del percorso dei pazienti.	Piano Oncologico Nazionale 2023-2027	8
Appare importante promuovere la formazione sull'utilizzo del certificato oncologico introduttivo INPS per i medici specialisti in Oncologia per evitare criticità relative alla sua corretta compilazione ed alla ridottissima adesione degli specialisti con conseguenti ritardi nella procedura di accertamento della disabilità oncologica.	Piano Oncologico Nazionale 2023-2027	8
Bisogna superare l'ostacolo relativo all'accertamento della disabilità oncologica presso i luoghi di cura e alla presenza dello specialista in Oncologia nelle Commissioni mediche.	Piano Oncologico Nazionale 2023-2027	8
L'Oncologo deve pianificare il follow-up con MMG secondo programmi di cura individuali (survivorship care plans) e utilizzare strumenti di registrazione visite e circolazione delle informazioni cliniche (cartella informatica oncologica).	Cheung WY et al. ⁸	8
L'Oncologo si pone coordinatore degli altri specialisti al fine del benessere complessivo del paziente e non solo all'individuazione della recidiva.	GPP	8

⁶ Linee guida LUNGOVIVENTI – Edizione 2021

⁷ National Institute of Public Health. European guide on quality improvement in comprehensive cancer control 2017. Available from: https://cancercontrol.eu/archived/uploads/images/Guide/pdf/CanCon_Guide_FINAL_Web.pdf

⁸ Cheung WY, Neville BA, Cameron DB, Cook EF, Earle CC. Comparisons of patient and physician expectations for cancer survivorship care. J Clin Oncol. 2009 May 20;27(15):2489-95.

L'Oncologo dovrebbe scoraggiare il follow-up multispecialistico: rischio di sovrapposizione di visite ed esami da parte degli specialisti che hanno contribuito alla fase diagnostica e al trattamento iniziale.	Raccomandazioni AIOM 2012 ⁹	8
L'Oncologo garantisce il follow-up fino al 5° anno.	Raccomandazioni AIOM 2012 ⁹	8
MMG referente del paziente e coordinatore degli altri specialisti finalizzato al benessere complessivo e non solo all'individuazione della recidiva.	Del Giudice ME et al. ¹⁰	7
L'Oncologo garantisce il follow-up oltre il 5° anno.	Raccomandazioni AIOM 2012 ⁹	4

⁹ Raccomandazioni AIOM 2012: il follow up nel paziente oncologico - raccomandazioni per la cura dei lungo-sopravvivenenti dopo neoplasia

¹⁰ Del Giudice ME, Grunfeld E, Harvey BJ, Piliotis E, Verma S. Primary care physicians' views of routine follow-up care of cancer survivors. J Clin Oncol. 2009 Jul; 10;27(20):3338-45.

A3. CURE PALLIATIVE

Le Cure Palliative sono interventi il cui scopo non è curare il cancro ma preservare o migliorare la qualità di vita dei pazienti affetti da malattie inguaribili a rapida evoluzione, quando la malattia non risponde più alle terapie aventi come scopo la guarigione¹¹, integrando trattamenti e supporti psicologici, socio-assistenziali e solidaristici, volti all'ottimizzazione della qualità della vita residua. Anche se possono essere impiegate in tutte le fasi, è vero che ci si riferisce alle Cure Palliative soprattutto quando i trattamenti disponibili non hanno la capacità di incidere in maniera sostanziale sul decorso della malattia.

Per una parte importante dei pazienti, anche quando i trattamenti non sono più efficaci a combattere il cancro, l'aspettativa di vita non è trascurabile e le Cure Palliative sono lo strumento affinché il tempo rimasto venga goduto al meglio. Lo scopo di tali interventi, pertanto, non è quello di accelerare o differire la morte, ma quello di preservare la migliore qualità di vita del paziente fino all'exitus.

Le Cure Palliative hanno carattere interdisciplinare, coinvolgono non solo il paziente ma anche la sua famiglia e la comunità in generale e possono essere adottate in tre contesti principali: il territorio (comunità territoriali), gli Hospice o strutture specificamente designate, gli ospedali per acuti.

La tabella 3 riporta le valutazioni degli *statements* inerenti al tema "Cure Palliative", che mostrano un pieno consenso riguardo **l'importanza di prevedere personale formato nelle strutture di Oncologia, laddove non sia presente nell'ambito ospedaliero un'Unità di Cure Palliative, e la centralità dell'Oncologo nell'avviare i pazienti alle Cure Palliative in Hospice o a livello territoriale.**

¹¹ Legge 38/2010 art. 2

Tabella 3. Raccomandazioni relative al tema “Cure Palliative”

STATEMENTS	FONTE	MEDIANA
In ogni centro di riferimento di Oncologia e Radioterapia dovrebbe essere disponibile una procedura condivisa di valutazione del paziente per l'accesso al team di Cure Palliative; il team di Cure Palliative dovrebbe partecipare agli incontri multidisciplinari di patologia ed essere coinvolto nei PDTA di tutti i tipi di tumore. È importante, inoltre, una procedura scritta con indicatori di processo e di esito.	Piano Oncologico Nazionale 2023-2027	9
Un livello base di competenza in Cure Palliative dev'essere patrimonio culturale di tutti i medici che prendono in cura il malato oncologico.	Piano Oncologico Nazionale 2010-2012	9
Nelle U.O. di Oncologia Medica è auspicabile la presenza di una competenza diffusa in tema di Cure Palliative e la presenza di un Oncologo Medico esperto in Cure Palliative, che svolga un ruolo di interfaccia con il Servizio/Unità di Cure Palliative (ove presente nell'Ospedale o nel territorio di appartenenza).	RACCOMANDAZIONI AIOM 2013 SULLE CURE SIMULTANEE IN ONCOLOGIA	9
All'Oncologo Medico è richiesta una formazione specifica in medicina palliativa che deve far parte integrante del suo percorso formativo.	RACCOMANDAZIONI AIOM 2013 SULLE CURE SIMULTANEE IN ONCOLOGIA	8
Ove non presente nell'ambito del dipartimento ospedaliero un' Unità di Cure Palliative, è auspicabile che in ogni U.O. di Oncologia ci siano uno o più medici dedicati alla gestione clinica di tali situazioni.	Piano Oncologico Nazionale 2010-2012	8
L'Oncologo avvia il paziente a Cure Palliative supportate da altri specialisti al bisogno.	Dittrich C et al. ¹²	8
Al fine di garantire le opportune Cure Palliative ai pazienti terminali non più gestibili nell'ambito di un programma di assistenza domiciliare integrata per paziente oncologico (ADO), o per cui il ricovero in un ospedale non risulti più appropriato, è previsto, qualora richiesto dall'Oncologo Medico, dal paziente stesso o dal suo parente più prossimo o tutore legale, il ricovero in regime temporaneo o permanente negli Hospice o in Reparti di Terapia del Dolore già presenti sul territorio regionale o di futura realizzazione	DCA n.98 del 20/09/2016	8

¹² Dittrich C, et al. ESMO / ASCO Recommendations for a Global Curriculum in Medical Oncology Edition 2016. ESMO Open 2016;1:e000097.

2. CASE STUDY: Cure palliative

TITOLO: Istituzione dell'ambulatorio multidisciplinare per le cure simultanee presso l'Istituto Oncologico Veneto (Padova)

Scenario: Numerose sono le evidenze sul ruolo della precoce integrazione di cure palliative nel percorso di cura dei pazienti con neoplasie in fase avanzata nel migliorare il controllo dei sintomi, la qualità di vita, la qualità delle cure di fine vita, e in qualche caso anche la sopravvivenza. Tali evidenze costituiscono la base delle linee guida sulle cure palliative precoci delle maggiori società scientifiche tra cui AIOM, che ha sintetizzato le raccomandazioni degli Oncologi italiani inerenti le cure simultanee in un position paper (Zagonel V et al, Tumori 2017). Non esiste un modello unico universalmente riconosciuto per l'incorporazione delle cure palliative precoci nella traiettoria del percorso oncologico del paziente. L'Istituto Oncologico Veneto (Padova) ha attivato dal 2014 un ambulatorio di cure simultanee nel quale opera un team multiprofessionale composto da oncologo, palliativista, nutrizionista, psicologo, infermiere case manager. Dal 2018 è stata adottata una procedura dipartimentale che prevede la programmazione delle visite con priorità basata su una scheda di prenotazione con uno score derivante da performance status, sintomi, sopravvivenza stimata, disponibilità di trattamenti oncologici con impatto sulla sopravvivenza, tossicità attesa dal trattamento, situazione sociale. Sono stati analizzati i dati di 753 pazienti valutati in ambulatorio di cure simultanee dopo l'introduzione della procedura (2018). L'età mediana era 68 anni, le neoplasie primitive più frequenti erano a carico del tratto gastrointestinale; i sintomi predominanti erano il dolore, problematiche psicologiche e nutrizionali. La sopravvivenza mediana dopo la visita in ambulatorio di cure simultanee è stata di 7.3 mesi. Interventi di tipo psicologico, nutrizionale, palliativo sono stati avviati laddove necessari. Non essendoci molti dati circa l'esperienza del paziente in relazione a questa modalità di fruizione delle cure palliative precoci, è stato predisposto un questionario qualitativo per valutare le patients' reported experience measures (PREMs).

Strumenti: Da Maggio a Dicembre 2022, 162 pazienti consecutivamente valutati presso l'ambulatorio di cure simultanee hanno compilato il questionario. Tale questionario, oltre a domande di natura socio-demografica, includeva 8 domande con scala Likert: tempo dedicato, il sentirsi ascoltati, il sentirsi capiti, la possibilità di parlare apertamente ed esprimere dubbi e perplessità, la percezione circa le informazioni/indicazioni ricevute, il livello di empatia del personale, l'utilità complessiva del servizio. Il tempo dedicato alla visita è stato giudicato adeguato dal 90% dei pazienti; il 92.5% dei pazienti si sono detti pienamente soddisfatti relativamente all'ascolto, e l'81% dei pazienti esprimevano piena soddisfazione relativamente alla capacità di comprensione dei propri problemi, il 92% si è sentito libero di esprimere i propri dubbi. Il livello di informazione ricevuta ha ottenuto il massimo punteggio dall'89% dei pazienti. L'empatia dimostrata dal personale e la qualità dell'esperienza sono state giudicate eccellenti dal 70% dei pazienti. L'utilità della visita con presenza congiunta dei professionisti è stata ritenuta eccellente dal 40% e buona dal 54% dei pazienti.

Impatto: Questi dati mostrano un livello di soddisfazione dei pazienti complessivamente elevato per il modello integrato di visita multidisciplinare di cure simultanee. Tali risultati impongono una riflessione sulla necessità di prevedere ampio tempo la discussione e la valutazione dell'esperienza dei pazienti in fase avanzata di malattia che necessitano di un approccio di cure simultanee, quale che sia il modello in essere presso ciascun Centro, in modo da garantire una cura davvero centrata sul paziente.

A4. MANAGEMENT DEL PERCORSO DI DIAGNOSI E CURA DEL PAZIENTE ONCOLOGICO

La strategia di gestione del malato oncologico e della patologia neoplastica richiede sempre più spesso un approccio multidisciplinare per offrire al paziente percorsi assistenziali semplificati e trattamenti qualificati. La gestione multidisciplinare in Oncologia permette di prendere in carico il paziente in tutte le fasi della malattia, migliora la risposta ai trattamenti, favorisce il tempestivo accesso a terapie riabilitative e di supporto e consente di gestire efficacemente l'eventuale ripresa di malattia. La presa in carico del paziente da parte di un Team Multidisciplinare ha un'immediata ricaduta clinica attraverso la semplificazione della gestione del caso, la riduzione del carico assistenziale e la velocizzazione delle scelte diagnostico-terapeutiche, costituendo un requisito fondamentale ai fini del raggiungimento di livelli standard di qualità e di corretta allocazione di risorse.

La tabella 4 riporta le valutazioni degli *statements* inerenti al tema "Management del percorso di diagnosi e cura del paziente oncologico" sottolineano la **centralità dell'Oncologo nel coordinamento dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari e nel garantire, pertanto, la presa in carico globale del paziente con neoplasia attraverso un approccio multiprofessionale.**

Tabella 4. Raccomandazioni relative al tema del "Management del percorso di diagnosi e cura del paziente oncologico"

STATEMENTS	FONTE	MEDIANA
Ogni Unità Operativa (U.O.) di Oncologia Medica e Radioterapia, e ogni altra U.O. coinvolta nella erogazione di prestazioni ai malati oncologici, dovrebbe disporre di una procedura aziendale che identifichi chiaramente ruoli, responsabilità, modalità e tempi di erogazione delle prestazioni, con indicatori di processo e di esito rilevabili e misurabili.	Piano Oncologico Nazionale 2023-2027	9
Sul piano organizzativo è auspicabile realizzare un percorso dedicato agli "accessi non programmati" a cui possono afferire pazienti in cura presso l'U.O. di Oncologia Medica e con necessità cliniche non differibili, previa valutazione infermieristica (triage) effettuata da personale adeguatamente formato. Il coinvolgimento di personale infermieristico (Oncology Nurse Navigator o infermiere Case Manager in Oncologia in stretto collegamento con gli infermieri di famiglia e comunità e con l'ospedale) consente di garantire continuità, qualità e appropriatezza delle cure ai pazienti oncologici, ad esempio per il monitoraggio a domicilio di eventuali tossicità dei trattamenti oncologici.	Piano Oncologico Nazionale 2023-2027	9
Risulta essenziale e strategico investire in supporti informatici (fascicolo sanitario, cartella oncologica informatizzata) che permettano, in tempo reale e anche a distanza, una comunicazione diretta tra i diversi professionisti che prendono in cura lo stesso malato oncologico in continuità o in fasi diverse di malattia.	Piano Oncologico Nazionale 2023-2027	9
La gestione dell'offerta delle prestazioni potrebbe giovare di una regolamentazione mediante agende elettroniche, governate dai Centri di prenotazione e/o direttamente dai professionisti coinvolti. A questo riguardo, per un governo adeguato delle liste di attesa, sarebbe necessario garantire: trasparenza: l'offerta di prestazioni e i tempi medi di attesa dovrebbero essere trasparenti per tutti gli stakeholder; livelli di priorità: gestire la prenotazione in "classe di priorità", stabilita e contrassegnata dal medico che ha preso in carico il paziente, permetterebbe l'accesso differenziato alle prestazioni, per priorità clinica e/o urgenza a tutti i pazienti che ne hanno effettivamente bisogno, in tempi ragionevoli in base a specifiche condizioni cliniche; separazione dei canali per le diverse tipologie di accesso: garantendo sistemi di prenotazione basati su criteri di priorità per il primo accesso, anche direttamente utilizzabili dai medici prescrittori, mentre nel caso di controlli successivi si realizzerebbe la "presa in carico" del paziente oncologico secondo i percorsi diagnostico-terapeutici, con la prenotazione delle prestazioni "di controllo" da parte dello specialista; unico "linguaggio": per un efficace controllo e governo dell'offerta di prestazioni	Piano Oncologico Nazionale 2023-2027	9

STATEMENTS	FONTE	MEDIANA
specialistiche dovrebbe essere adottata un'unica codifica e "nomenclatura" delle stesse a tutti i livelli territoriale/regionale/nazionale anche in considerazione della dematerializzazione delle ricette.		
Nell'ambito delle U.O. e dei Servizi Ospedalieri, per ogni tipo di tumore, dovrebbe essere identificato il Gruppo Multidisciplinare che prende in carico i pazienti e condiviso il PDTA, definendo per ciascuna figura professionale il ruolo e le responsabilità, compreso quello del case manager.	Piano Oncologico Nazionale 2023-2027	9
I PDTA per i vari tipi di tumore dovrebbero essere resi attuativi con procedure applicative scritte e con dichiarati indicatori di processo e di esito rilevabili annualmente, valutati centralmente dalle organizzazioni di rete ed eventualmente resi pubblici in ambito regionale. Analogamente sarebbe necessario poter rilevare la qualità delle attività dei Gruppi Multidisciplinari, attraverso il rilievo di indicatori specifici di performance. La definizione e selezione degli indicatori dovrebbe essere basata sui livelli di evidenza e per tale motivo andrebbero considerati come un parametro dinamico, da aggiornare sulla base dell'evidenza scientifica disponibile.	Piano Oncologico Nazionale 2023-2027	9
Una volta che il paziente accederà al PDTA specifico, da lì in poi inizierà la presa in carico e la discussione collegiale multidisciplinare per definire il percorso diagnostico terapeutico. Il paziente avrà sempre un medico ed un case manager di riferimento e potranno esserci altri specialisti coinvolti nelle varie fasi diagnostico-terapeutiche. Nei punti di accesso dovrebbero essere disponibili anche un infermiere, per raccogliere le informazioni utili per il piano assistenziale per tener conto dei problemi psicologico-relazionali, sociali, familiari dei malati, e un amministrativo, che provveda a tutte le prenotazioni, anche degli esami che si debbano eseguire presso altre strutture e delle pratiche burocratiche, quali le procedure per l'esenzione del ticket per patologia. Altre figure professionali potranno essere previste per ciascun punto di accesso quali: psico-oncologi e assistenti sociali per i casi più problematici, nei quali, potrebbe essere difficile assicurare la corretta compliance dei malati ai trattamenti indicati senza una presa in carico da parte di questi operatori.	Piano Oncologico Nazionale 2023-2027	9
È fondamentale realizzare in tutto il territorio nazionale la Rete Oncologica Regionale, con identificazione di centri di primo e di secondo livello ed attivazione di dipartimenti oncologici interaziendali, attraverso le quali garantire l'erogazione di tutte le prestazioni necessarie per la miglior cura a ciascun paziente. La Rete Oncologica che deve consentire la condivisione e lo scambio di informazioni cliniche all'interno del suo network professionale deve, pertanto, essere dotata di una architettura informatica, integrata al sistema informatico regionale per garantire la interoperabilità tra i servizi delle aziende territoriali regionali.	Piano Oncologico Nazionale 2023-2027	9
Ogni azienda ospedaliera dovrebbe garantire adeguata formazione e aggiornamento a tutti i professionisti coinvolti nei percorsi di cura.	Piano Oncologico Nazionale 2023-2027	9
Per un'assistenza e una cura adeguata della persona anziana colpita da cancro è fondamentale garantire una presa in carico globale del paziente oncologico anziano attraverso un approccio multidisciplinare e multidimensionale che preveda un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale, all'interno delle reti oncologiche regionali, specifico e facilitato per accedere ai servizi di diagnosi cura e assistenza. Tale percorso facilitato deve essere sostenuto da un'organizzazione dipartimentale che garantisca il coordinamento dell'assistenza e delle cure oncologiche e geriatriche sia ospedaliere sia territoriali.	Piano Oncologico Nazionale 2023-2027	9
È necessaria da parte del team multidisciplinare l'individuazione dei pazienti da indirizzare verso un appropriato percorso di valutazione multidimensionale della fragilità, che deve essere effettuata tramite un Comprehensive Geriatric Assessment (CGA), con l'utilizzo di appositi strumenti di screening quali il "G8" per il paziente oncologico anziano e con valutazione della scheda complessità per la vulnerabilità psico-sociale.	Piano Oncologico Nazionale 2023-2027	9
Un approccio multidisciplinare strutturato ("Collaborative care") deve essere offerto a tutti i pazienti, in quanto porta beneficio sullo stato emozionale e migliora l'outcome. Es: - Migliore aderenza al piano terapeutico	"Linee guida AIOM 2019 Assistenza psicosociale dei malati oncologici"	9

STATEMENTS	FONTE	MEDIANA
-miglioramento della qualità di vita -gestione del dolore -performance assistenziale integrata - monitoraggio lungo tutto il decorso della malattia.		
È necessario promuovere l'erogazione delle prestazioni di chemioterapia e radioterapia in regime ambulatoriale per alleggerire il carico nelle postazioni di ricovero ordinario.	Piano Oncologico Nazionale 2010-2012	9
I gruppi multidisciplinari garantiscono un approccio centrato sul paziente, con informazioni disponibili e comprensibili sugli aspetti clinici e psico-sociali del processo assistenziale, favorendo chiari canali di comunicazione tra il gruppo di cura, il paziente e familiari in grado di promuovere l'engagement.	European Partnership for Action Against Cancer	9
Durante le riunioni dei gruppi multidisciplinari devono esserci a disposizione banche dati condivise in grado di registrare decisioni cliniche, risultati e indicatori, facilitando la valutazione dei progressi e l'individuazione di aree di miglioramento.	European Partnership for Action Against Cancer	9
Il gruppo multidisciplinare ha l'obiettivo di individuare la terapia più adeguata per i singoli pazienti e di monitorarne l'evoluzione ai follow-up successivi	European Partnership for Action Against Cancer	9
Gli elementi importanti da considerare affinché un team multidisciplinare sia efficace sono: -corretta individuazione dei membri del team, la presenza di adeguate competenze, coinvolgimento e motivazione; -disponibilità di una infrastruttura fisica per le riunioni e di una adeguata piattaforma tecnologica per gli incontri in remoto e lo scambio di dati ed informazioni; -chiara organizzazione per la logistica delle riunioni, la pianificazione e la preparazione dei meeting, e la gestione delle attività post meeting (es. prenotazione servizi e prestazioni); -definizione di un processo decisionale clinico incentrato sul paziente; -governance della squadra, la raccolta dei dati l'analisi e l'audit.	Piano Nazionale Oncologico 2023-2027	9
L'Oncologo è coinvolto nel coordinamento della governance del percorso assistenziale	DCA n.98 del 20/09/2016	9
La presa in carico del paziente oncologico e la prescrizione del corretto percorso diagnostico terapeutico avviene da parte degli specialisti afferenti ai Gruppi Oncologici multidisciplinari (GOM) patologia-specifici e l'Oncologo è coinvolto nel coordinamento.	DCA n.98 del 20/09/2016	9
In day hospital sono presenti procedure per l'informazione sulle modalità e il decorso dell'attività diagnostico-terapeutica ed il consenso informato che viene somministrato dall'Oncologo al paziente.	Manuale di accreditamento	9
L'Oncologo deve contribuire attivamente ed in maniera rispettosa e consapevole delle differenti competenze in un team multidisciplinare per pianificare e coordinare l'assistenza ai pazienti con cancro avanzato ed alle loro famiglie.	GRUPPO DI LAVORO AIOM COMU CIPOMO 2020	9
L'Oncologo deve conoscere e saper utilizzare i farmaci indicati nel trattamento dei principali sintomi, in particolare del dolore (farmaci oppiacei di cui deve conoscere la titolazione, la rotazione e le scale di conversione, ed i farmaci adiuvanti). Nel contempo deve conoscere la tossicità dei farmaci sintomatici e deve saper prescrivere farmaci per prevenire e controllare la tossicità stessa.	GRUPPO DI LAVORO AIOM COMU CIPOMO 2020	9
Tutti i pazienti dovrebbero essere sottoposti a screening per i bisogni sociali alla visita iniziale a intervalli appropriati e quando si modificano le condizioni cliniche.	Linee guida AIOM 2019 Assistenza psicosociale dei malati oncologici	8
Tutti i pazienti dovrebbero poter usufruire di un punto di informazione e supporto (PIS) nel reparto.	Linee guida AIOM 2019 Assistenza psicosociale dei malati oncologici	8
La gestione ambulatoriale favorisce la continuità assistenziale tra ospedale e territorio e cure integrate, facilitando la realizzazione di ambulatori multidisciplinari condivisi per la presa in carico congiunta del malato oncologico. Anche i trattamenti oncologici sistemici (chemioterapia,	Piano Oncologico Nazionale 2023-2027	8

STATEMENTS	FONTE	MEDIANA
immunoterapia, terapie biologiche, ormonoterapia) e radioterapici, siano essi erogati con protocolli professionali o nell'ambito di studi clinici, in tutto il territorio nazionale dovrebbero trovare collocazione in un regime ambulatoriale, con indubbio vantaggio per il paziente.		
Per facilitare l'assistenza, anche domiciliare, dei pazienti da parte dell'U.O. di Oncologia Medica sarebbe appropriato valersi di strumenti tecnologici per la digitalizzazione sanitaria e di dispositivi digitali. Inoltre, sarebbe opportuno usufruire dei patient reported outcomes measures (PROMs), che hanno dimostrato di determinare un vantaggio in termini di sopravvivenza dei pazienti. Il controllo a distanza riduce il numero di accessi in ospedale e anticipa il riscontro di eventuali tossicità, con indubbi vantaggi, specie nella popolazione anziana.	Piano Oncologico Nazionale 2023-2027	8
In coerenza con il Piano Nazionale Esiti, sarebbe auspicabile che ogni Regione identificasse i Centri preposti alla presa in carico dei pazienti per ogni tipo di tumore, sulla base delle competenze professionali, dei volumi di attività (e appropriatezza degli interventi), della dotazione strumentale e tecnologica, al fine di garantire equità, qualità e sicurezza a tutti i cittadini. L'erogazione di alcune prestazioni particolarmente complesse dovrebbe avvenire in Centri specializzati individuati dalla programmazione regionale. Dovrebbero inoltre essere individuati, oltre ai centri universitari, anche i centri deputati alla ricerca clinica, alla ricerca traslazionale oncologica, alla diagnostica molecolare e alla biobanca. Tali Centri dovrebbero avere la miglior tecnologia necessaria per rispondere in modo adeguato alle esigenze innovative dei trattamenti oncologici e della ricerca, essere dotati di sistemi di teleconferenza per poter svolgere consulenze e second opinion, anche a distanza.	Piano Oncologico Nazionale 2023-2027	8
All'interno del PDTA è importante sviluppare la diagnostica per immagini (imaging) ad alta definizione e l'implementazione di tecnologie di intelligenza artificiale per migliorare l'accuratezza diagnostica, favorire l'ammodernamento del parco tecnologico per la diagnostica per immagini, la medicina nucleare, la radiologia interventistica e la terapia con radiofarmaci e migliorare l'efficienza organizzativa necessaria a massimizzare l'utilizzazione delle apparecchiature.	Piano Oncologico Nazionale 2023-2027	8
È necessario attivare, per le diverse neoplasie e nelle varie fasi di malattia, percorsi psico-oncologici di prevenzione, cura e riabilitazione del disagio emozionale, siano essi di supporto o più specificamente psicoterapeutici per il paziente e la sua famiglia, integrati all'interno dei percorsi della cura medica. Tali aspetti assumono, inoltre, rilevanza particolare nei nuovi percorsi di cura oncologica (oncologia di precisione) sempre più personalizzati e di precisione, che coinvolgendo approcci terapeutici basati su individuali e specifici profili genetico-molecolari del tumore di ogni singolo paziente, comportano un ruolo ancora più specifico della psico-oncologia per rispondere all'ampio spettro di reazioni emozionali, comportamentali e relazionali che la nuova terapia può determinare sia nel paziente/caregiver/famiglia che nello staff curante.	Piano Oncologico Nazionale 2023-2027	8
Come raccomandato dalle linee-guida internazionali di area psicologica e psichiatrica, è necessaria una formazione specifica in Psico-Oncologia finalizzata ad una presenza stabile di specialisti in questa disciplina nei gruppi multidisciplinari.	Piano Oncologico Nazionale 2023-2027	8
Appare fondamentale elaborare e condividere all'interno dei PDTA di patologia elementi di gestione del supporto nutrizionale nei pazienti oncologici nonché promuovere sin dalla prima visita l'inclusione dello screening nutrizionale quale parte integrante del percorso diagnostico-terapeutico.	Piano Oncologico Nazionale 2023-2027	8
L'intervento riabilitativo in Oncologia non dovrebbe essere rivolto al mero recupero della funzione fisica lesa del paziente, ma dovrebbe essere inserito all'interno di un piano di attività multidisciplinare in cui la riabilitazione sia pensata e organizzata come fase contestuale al momento della cura, anticipando l'avvio del recupero del malato oncologico nel momento in cui	Piano Oncologico Nazionale 2023-2027	8

STATEMENTS	FONTE	MEDIANA
malattia e terapie iniziano a comprometterne le funzioni fisiche e la partecipazione alla vita di relazione.		
Una gestione integrata e sistemica della cronicità passa anche attraverso gli interventi per la promozione di comportamenti salutari (es. counseling individuale anche in contesti opportunistici per la promozione di stili di vita salutari, quali cessazione dal tabagismo, riduzione/cessazione consumo di alcol, sana alimentazione, attività fisica) e l'attivazione di interventi di prevenzione integrati in percorsi terapeutico-assistenziali, anche considerando le situazioni di multipatologia, secondo un approccio integrato tra prevenzione e cura.	Piano Oncologico Nazionale 2023-2027	8
A livello ambulatoriale il medico specialista insieme agli infermieri devono garantire i controlli di qualità sui processi diagnostici e sulla dotazione tecnologica.	Piano Oncologico Nazionale 2010-2012	8
A livello ambulatoriale il medico specialista insieme agli infermieri devono gestire correttamente le liste di attesa in base alla severità della malattia e ai possibili approcci terapeutici.	Piano Oncologico Nazionale 2010-2012	8
Nel modello assistenziale del day hospital medico è lo specialista ospedaliero che formula l'ipotesi diagnostica, definisce il percorso assistenziale, esegue la sintesi clinica sulla base dei referti delle indagini eseguite e la propone al medico curante.	Evoluzione del sistema DRG nazionale Milestone 1.2.1 Forme alternative alla degenza: definizione (day hospital, day surgery, day service) e relativi flussi informativi	8
Nel modello assistenziale del day hospital è l'Oncologo che formula l'ipotesi diagnostica, definisce il percorso assistenziale, esegue la sintesi clinica sulla base dei referti delle indagini eseguite, e la propone al MMG.	GPP	8
In ambulatorio vengono effettuati gli screening, gli accertamenti diagnostici, le procedure terapeutiche e riabilitative che non richiedono trattamento ospedaliero o domiciliare.	Piano Oncologico Nazionale 2010-2012	8
L'Oncologo si fa carico delle eventuali emergenze/urgenze legate alle complicanze del trattamento o della malattia attraverso percorsi codificati che consentano l'accesso rapido del paziente alla valutazione oncologica ed ai successivi provvedimenti (visite ambulatoriali, ricoveri, ...).	DGR 459 del 9/5/2016 ⁵	8
L'Oncologo si fa carico delle eventuali emergenze/urgenze legate alle complicanze del trattamento o della malattia attraverso percorsi codificati che consentano l'accesso rapido del paziente alla valutazione oncologica ed ai successivi provvedimenti (visite ambulatoriali, ricoveri, ...) nell'ambito di qualsiasi percorso oncologico.	GPP	8
L'Oncologo garantisce la presa in carico globale del paziente con neoplasia, in particolare l'accesso alle prestazioni in regime ambulatoriale e di ricovero, sia ordinario che day hospital, e la programmazione degli accertamenti laboratoristici e strumentali.	DGR 459 del 9/5/2016 ⁵	8
L'Oncologo garantisce la presa in carico globale del paziente con neoplasia, in particolare l'accesso alle prestazioni in regime ambulatoriale e di ricovero, sia ordinario che day hospital, e la programmazione degli accertamenti laboratoristici e strumentali. (Per tutte le patologie).	GPP	8
Lo staff garantisce un servizio dedicato di gestione delle emergenze/urgenze 24h su 24, 7 giorni su 7, in cui il primo contatto del paziente abbia la possibilità di consultare in qualsiasi momento un Oncologo esperto o l'opportunità di riferire il paziente ad una struttura specializzata.	Neuss MN et al. ¹³	8
L'Oncologo deve saper valutare e gestire i sintomi psicologici ed esistenziali comuni ai pazienti affetti da cancro, inclusi lo stress, l'ansia, la depressione, la demoralizzazione, la perdita di dignità, il delirio, la possibilità di suicidio, il desiderio di morte, le richieste di eutanasia o di suicidio assistito, l'ansia derivante dalla morte precoce e l'incertezza sulla durata della propria vita.	GRUPPO DI LAVORO AIOM COMU CIPOMO 2020	8

¹³ Neuss MN, Gilmore TR, Belderson KM, Billett AL, Conti-Kalchik T, Harvey BE, Hendricks C, LeFebvre KB, Mangu PB, McNiff K, Olsen M, Schulmeister L, Von Gehr A, Polovich M. 2016 Updated American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards, Including Standards for Pediatric Oncology. J Oncol Pract. 2016 Dec;12(12):1262-1271. doi: 10.1200/JOP.2016.017905. Epub 2016 Nov 21. Erratum in: J Oncol Pract. 2017 Feb;13(2):144. PMID: 27868581.

STATEMENTS	FONTE	MEDIANA
La formazione deve garantire l'acquisizione di una visione olistica del paziente e di un percorso relazionale e valoriale che garantisca adeguate competenze per il rilievo precoce e la gestione dei sintomi fisici e psicologici, e dei bisogni sociali e spirituali del paziente oncologico e della sua famiglia.	RACCOMANDAZIONI AIOM 2013 SULLE CURE SIMULTANEE IN ONCOLOGIA	8
L'Oncologo compila e gestisce la documentazione clinica (scheda ambulatoriale, cartella clinica).	DGR 459 del 9/5/2016 ⁵	8
L'organizzazione interna del gruppo multidisciplinare stabilisce le adeguate forme di leadership clinica e di coordinamento operativo, identifica un unico punto di contatto per i pazienti e le famiglie, utilizza sistematicamente il confronto (benchmarking) per integrare in modo tempestivo nuove conoscenze, prevede risorse e tempo per i medici e gli altri operatori sanitari.	European Partnership for Action Against Cancer	8
L'Oncologo ospedaliero coordina il percorso del paziente oncologico dalla fase assistenziale in ospedale alla continuità di cura tra Ospedale e territorio.	GPP	8
Il medico Oncologo si occupa della sorveglianza continua della persona assistita e del monitoraggio dei parametri vitali durante le procedure cui questa viene sottoposta e per tutta la durata della prestazione.	DGR 1669/2019 - Manuale di Autorizzazione	7
L'Oncologo compila e gestisce la documentazione clinica (scheda ambulatoriale, cartella clinica) nell'ambito di qualsiasi percorso.	GPP	7
Lo staff fornisce indicazioni per i pazienti in follow-up e in trattamento che saltano o annullano le visite programmate.	Neuss MN et al. ¹⁴	7

3. CASE STUDY: Management del percorso di diagnosi e cura del paziente oncologico TITOLO: Gruppo oncologico multidisciplinare toracico in rete

Scenario: In accordo alle linee guida ASCO, ESMO ed AIOM il gruppo oncologico multidisciplinare sceglie gli outcomes di beneficio e danno a mezzo di una votazione sulla criticità degli stessi nel processo di formulazione della proposta clinica in tutte le patologie oncologiche. La valutazione multidisciplinare consente una discussione accurata delle varie opzioni terapeutiche a disposizione sia nella malattia in stadio precoce che localmente avanzata, al fine di individuare la strategia terapeutica ottimale. Anche in caso di malattia avanzata, laddove è possibile un trattamento multimodale, la valutazione multidisciplinare può avere un ruolo determinante. Nella Usl 1 dell'Umbria, a causa dell'indisponibilità e della penuria di figure professionali dedicate prevalentemente alla patologia toracica a livello degli ospedali periferici "spoke", si è tentato di centralizzare le scelte terapeutiche di pazienti affetti da neoplasie toraciche, tramite discussione dei casi nell'Ospedale "hub" di Perugia.

Strumenti: L'ospedale "hub" Santa Maria della Misericordia di Perugia tramite link ZOOM dedicato ha permesso la connessione da remoto al proprio meeting istituzionale di patologia toracica, il quale garantisce la simultanea presenza di chirurgo toracico, oncologo, radioterapista, pneumologo, anatomo-patologo e radiologo. Nel giorno ed orario della settimana prestabilito, qualunque medico afferente ad Ospedali "spoke" può collegarsi in teleconferenza e presentare un caso, condividendo la storia clinica e/o le immagini radiologiche del paziente, programmare eventuali esami strumentali a completamento stadiativo, considerare l'arruolamento in protocolli sperimentali di ricerca clinica per pazienti selezionati, etc. etc. Al termine della discussione viene redatto un referto a firma degli specialisti fisicamente presenti al gruppo multidisciplinare, nel quale vengono specificate le decisioni del gruppo da allegare alla cartella clinica e rilasciare al paziente durante la/e visite successive.

Impatto: il sistema multimediale consente una condivisione delle abilità professionali dei vari operatori coinvolti nella gestione dei pazienti con patologia toracica centralizzando in Ospedali "hub" il paziente che necessita di un approccio di livello avanzato e mantenendo in Ospedali "spoke" il paziente che richiede una assistenza di base. Tale strumento permette inoltre di evitare gli spostamenti fisici dei medici da una sede all'altra, con notevole risparmio di tempo e risorse, garantendo inoltre una programmazione fluida, ragionata e snella di appuntamenti specialistici tra Ospedali "hub" e "spoke".

A5. TERAPIA MEDICA

Le terapie antitumorali sistemiche sono l'ambito nel quale maggiormente l'Oncologo esercita le sue competenze nella pratica clinica.

Il ruolo della terapia medica sistemica è diversificato nel contesto delle diverse tipologie di trattamento ed essa trova applicazione in ambito neoadiuvante, adiuvante e nella malattia metastatica.

L'Oncologo deve conoscere i farmaci, le indicazioni, le modalità di somministrazione e gli effetti collaterali a breve e a lungo termine, incluse le strategie per la loro prevenzione e per il loro trattamento, rimodulando eventualmente, sulla base di una valutazione globale, la strategia terapeutica della fase di trattamento attivo. Deve inoltre conoscere i rapporti temporali della terapia sistemica (terapie concomitanti, sequenziali) con le altre modalità terapeutiche, gli strumenti che consentono di valutare le eventuali interazioni farmacologiche tra i trattamenti antitumorali e gli altri farmaci eventualmente assunti dal paziente, per poterne discutere in ambito multidisciplinare.

Le recenti acquisizioni in ambito di genetica e biologia molecolare, il dettaglio delle conoscenze biologiche della malattia e della possibile interazione con l'ospite (quali il ruolo ed il meccanismo di inibizione/attivazione del sistema immunitario, il ruolo della matrice extracellulare, dello stroma e del microambiente, l'esistenza di bersagli per le terapie biologiche) e l'evoluzione generale dei trattamenti hanno comportato delle importanti modifiche nell'approccio diagnostico e terapeutico di buona parte dei tumori solidi.¹⁴

La tabella 5 mostra le valutazioni degli *statements* inerenti al tema "Terapia medica" che evidenziano un pieno consenso riguardo **la centralità dell'Oncologo nel trattamento medico dei pazienti e la necessità di prevedere una policy per documentare le qualifiche del personale che ordina, prepara e somministra la chemioterapia, oltre che di acquisire il consenso informato del paziente relativamente al percorso di diagnosi e cura.**

¹⁴ Gruppo di lavoro AIOM-COMU-CIPOMO 2020

Tabella 5. Raccomandazioni relative al tema del “La terapia medica”

STATEMENTS	FONTI	MEDIANA
Durante la somministrazione della chemioterapia è presente almeno un membro del personale clinico che sia in possesso di certificazione per basic life support (BLS-D).	Neuss MN et al. ¹⁴	9
Il consenso o il dissenso informato viene documentato prima dell'inizio della terapia	Neuss MN et al. ¹⁴	9
<p>Ai pazienti devono essere fornite informazioni verbali e scritte relative a:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Diagnosi -Obiettivi del trattamento, ovvero curare la malattia, prolungare la vita o ridurre i sintomi -Durata del trattamento, modalità di somministrazione, incluse cadenze e fruizione dei farmaci, nomi dei farmaci, eventuale supporto qualora necessario, schede di interazione tra farmaci e con i cibi e infine indicazioni su come gestire eventuali dosi di farmaco omesse -Potenziali effetti collaterali a lungo e a breve termine della terapia, inclusi quelli che richiedono un'assistenza immediata -Sintomi o effetti collaterali che richiedono l'interruzione immediata dei trattamenti orali o di altri trattamenti autosomministrati -Procedure per la gestione dei farmaci in casa, compresa la conservazione, la manipolazione sicura e la gestione dei farmaci non utilizzati -Procedure per la gestione domiciliare di materiali biologici pericolosi - Follow-up 	Neuss MN et al. ¹⁴	9
L'Oncologo valuta l'indicazione e l'approccio terapeutico oncologico.	DGR 459 del 9/5/2016 ⁵	9
<p>Il setting di cura ha una policy per documentare le qualifiche del personale clinico che ordina, prepara e somministra la chemioterapia al paziente e documenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> -La Descrizione dei requisiti e delle competenze formative iniziali. -Descrizione dei requisiti (almeno) annuali di formazione continua. -Descrizione dei processi di acquisizione delle credenziali (professionisti indipendenti con licenza) e modalità di documentazione delle credenziali. -Descrizione della dimostrazione della competenza e modalità di documentazione della competenza. 	Neuss MN et al. ¹⁴	8
Il setting di cura fa riferimento a un programma educativo completo per i requisiti educativi iniziali per tutto il personale sanitario che prepara e somministra chemioterapia.	Neuss MN et al. ¹⁴	8
È presente un medico che supporta il personale infermieristico mentre somministra la chemioterapia.	Neuss MN et al. ¹⁴	8
<p>Ad ogni visita successiva o giorno di trattamento, il personale esegue e documenta una valutazione del paziente che includa almeno i seguenti elementi:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Performance status -Parametri vitali -Peso (almeno una volta a settimana) -Altezza (almeno una volta a settimana) - Tossicità derivanti dal trattamento e tolleranza globale della terapia - Scala di valutazione del dolore (es. scala numerica). 	Neuss MN et al. ¹⁴	8
In reparto sono presenti indicazioni specifiche su come ottenere e documentare il dissenso o il consenso alla terapia.	Neuss MN et al. ¹⁴	8
In reparto vengono seguiti protocolli standard per il monitoraggio della risposta ad ogni singolo trattamento e che definiscano la frequenza con cui eseguire test di laboratorio specifici e di monitoraggio della funzionalità organica in modo appropriato.	Neuss MN et al. ¹⁴	8
L'Oncologo valuta l'indicazione e l'approccio terapeutico oncologico per tutte le patologie.	GPP	8

La politica del setting sanitario delinea la procedura per monitorare una valutazione iniziale dell'aderenza dei pazienti al trattamento chemioterapico.	Neuss MN et al. ¹⁴	7,5
--	-------------------------------	------------

ALLEGATO 1 evidenze reperite

Strategia di ricerca

La ricerca bibliografica dei documenti da cui estrarre gli statements è stata condotta elaborando una strategia specifica interrogando le principali banche dati biomediche e generaliste.

La strategia di ricerca per il reperimento dei documenti ha previsto l'impiego di diverse stringhe (parole chiave/termini MESH).

Tutti gli studi primari sono stati ricercati dal 1/1/2000 al 28/02/2022 (data dell'ultima "interrogazione").

Criteri di selezione/inclusione dei documenti

A – Eleggibilità dei documenti

Sono stati considerati eleggibili per l'inclusione tutti i documenti scientifici riguardanti la produzione di buone pratiche nello sviluppo dei setting di cura.

B - Selezione dei documenti eleggibili

Per la selezione degli studi sono stati utilizzati i seguenti **criteri di selezione/inclusione**:

- Studi in lingua inglese (o italiana)
- Studi sulla popolazione adulta sana e affetta da patologie oncologiche
- Rilevanza dello studio per il contesto di riferimento.

Sono state invece escluse tutte le evidenze:

- In lingua non inglese (o italiana)
- Pubblicati prima del 1/1/2000.

Algoritmo degli studi selezionati

10639 studi	250 studi	2 studi	21 studi selezionati
Esclusi dalla lettura del titolo: <ul style="list-style-type: none">• Studi ripetuti nei risultati delle queries;	Esclusi a seguito della lettura dell'abstract: <ul style="list-style-type: none">• Mancati contenuti relativi alla presa in carico• Paper su casi non a carattere oncologico	Esclusi a seguito della lettura del full text: <ul style="list-style-type: none">• Contenenti affermazioni non rilevanti per gli obiettivi dello studio	

Sintesi delle evidenze

Gli articoli che hanno rispettato i criteri di inclusione sono risultati essere 21.

Due differenti revisori (medici oncologi), in maniera indipendente l'uno dall'altro, hanno proceduto ad una dettagliata lettura degli articoli. In allegato 2 viene riportato l'Evidence Report contenente la sintesi dei risultati dei singoli studi. Il report si compone dei seguenti campi:

- Referenza bibliografica dello studio e nazione di riferimento
- Introduzione
- Materiali e metodi
- Risultati e conclusioni dello studio.

Sono stati quindi estratti dai documenti selezionati e sintetizzati 88 statements (o raccomandazioni), successivamente tradotti in italiano in maniera da agevolare la condivisione tra gli esperti del panel.

Ai partecipanti al panel è stata data la possibilità di formulare raccomandazioni non derivate dalla letteratura come Good Practice Points (GPPs), delle quali ne sono state elaborate 9.

In seguito a valutazione di rilevanza da parte del panel di esperti, è risultato che 95 raccomandazioni hanno ottenuto un punteggio maggiore di 7, 2 un punteggio compreso tra 4 e 6.9 e 0 un punteggio inferiore a 4.

Il panel di esperti ha infine valutato la rilevanza di ogni singolo statement tramite il metodo RAND-DELPHI modificato, come descritto nel paragrafo "Metodologia utilizzata".

In base alla valutazione mediana dei vari statements, questi sono stati poi inserite nel documento finale.

ALLEGATO 2. Studi selezionati

Referenza e nazione	Introduzione	Materiali e metodi	Risultati e Conclusioni
<p>RACCOMANDAZIONI AIOM 2019 SULLE CURE SIMULTANEE IN ONCOLOGIA</p> <p>NAZIONE: ITALIA</p>	<p>Le problematiche ed i bisogni dei pazienti affetti da neoplasia avanzata e dei loro familiari iniziano molto tempo prima della fase di fine vita. Nonostante i continui progressi nel campo della prevenzione, diagnosi precoce e terapia, circa la metà dei malati di cancro giunge a morte per effetto del tumore entro 5 anni dalla diagnosi. Le Cure Palliative rappresentano l'insieme degli interventi di cura globale rivolti sia alla persona malata sia ai familiari e più in generale ai caregivers, e sono espletate da professionisti esperti e dedicati alla materia. Il concetto di Cure Palliative si è molto evoluto negli ultimi 50 anni e oggi tali cure possono essere offerte anche assieme ai trattamenti antitumorali specifici. Nel 2012 l'American Society of Clinical Oncology (ASCO) ha raccomandato di considerare la combinazione delle cure oncologiche standard e delle Cure Palliative precocemente nel corso della malattia per tutti i pazienti con neoplasia metastatica e/o con neoplasia sintomatica. Si stima che nel mondo esistano circa 16 mila servizi di Cure Palliative.</p>	<p>Per costruire questo modello di integrazione è importante condividere con tutti i soggetti coinvolti (paziente, caregivers e personale di cura) l'opportunità e l'appropriatezza dell'introduzione delle Cure Palliative nel piano di cura. Un adeguato assessment dei bisogni è il punto chiave per la configurazione di un'assistenza centrata sulla persona: in letteratura esistono varie evidenze relative alla valutazione dei bisogni dei pazienti in fase avanzata di malattia e delle loro famiglie. Il miglioramento della qualità della vita della persona passa attraverso la soddisfazione di bisogni fisici, psicologici, relazionali, sociali, culturali e spirituali; qualsiasi modello di intervento deve pertanto necessariamente considerare la globalità dei bisogni, valutando il singolo caso secondo il contesto culturale e i valori di riferimento del paziente e della famiglia, in modo da formulare un piano assistenziale individualizzato.</p>	<p>Il principale obiettivo del progetto è la caratterizzazione di un modello di riferimento condiviso tra Oncologi e la Rete locale di Cure Palliative per la gestione dei percorsi di cura e di assistenza dei malati oncologici complessi in trattamento antineoplastico, garantendo la valutazione multidimensionale dei bisogni e delle aspettative del malato e della sua famiglia, la presa in carico integrata, la continuità delle cure, l'integrazione delle strutture che costituiscono la Rete locale dei servizi e dei professionisti che vi operano, la misura dei risultati e la valorizzazione economica del piano di cura.</p>

Referenza e nazione	Introduzione	Materiali e metodi	Risultati e Conclusioni
<p>LINEE GUIDA AIOM 2019 Assistenza psicosociale dei malati oncologici</p> <p>NAZIONE: ITALIA</p>	<p>La diagnosi di tumore e le sue conseguenze possono avere un forte impatto negativo sulla vita dei malati e delle loro famiglie, ben oltre i sintomi fisici sui quali generalmente si concentra l'attenzione di chi ha in cura i pazienti. La malattia, infatti, può influire su una vasta gamma di aspetti psicologici, emozionali, sociali, culturali e spirituali della salute. L'assistenza psicosociale è ormai considerata, in effetti, una componente essenziale di un trattamento oncologico ottimale: essa si pone l'obiettivo di alleviare il distress emozionale e di promuovere il benessere e, pertanto, è elemento chiave di qualsiasi strategia volta a migliorare la qualità di vita delle persone con tumore.</p>	<p>Questo documento è stato prodotto da un panel multidisciplinare, comprendente Oncologi, Psichiatri, Psicologi, metodologi, infermieri e rappresentanti di associazioni di pazienti. Questa ultima figura, difficilmente inclusa nei panel, ha permesso di focalizzare l'attenzione sui reali problemi dei pazienti e ha fornito un importante contributo nella focalizzazione delle priorità d'intervento. Le raccomandazioni riportate in queste linee guida sono basate su prove di efficacia e consenso tra i membri del panel che hanno contribuito alla ricerca psicosociale in Italia e negli USA.</p>	<p>AIOM ha deciso di realizzare le prime linee guida italiane progettate per fornire ai professionisti dell'area oncologica le informazioni più recenti sulle implicazioni psicologiche e psicopatologiche delle persone con diagnosi di tumore e dei loro familiari e sulle modalità di gestione di tali implicazioni. L'emergere di un nuovo interesse verso questo campo riflette la crescente consapevolezza della popolazione e dei professionisti riguardo al potenziale danno che la mancata attenzione alle cure psicosociali ha nei riguardi della terapia complessiva del tumore e sulla qualità di vita dei malati. Obiettivo principale delle cure psicosociali è quello di riconoscere e trattare gli effetti che la diagnosi e il trattamento dei tumori hanno sullo stato mentale, la qualità di vita e il benessere emotivo dei pazienti, i loro familiari e caregiver. Oltre a migliorare il benessere emotivo e la salute mentale, le cure psicosociali hanno dimostrato di produrre una migliore gestione dei sintomi correlati alla malattia e gli effetti avversi del trattamento, come il dolore e la fatigue.</p>
<p>Giordano Beretta, Massimo Aglietta, Livio Blasi, Stefano Cascinu, Simone Cheli, Saverio Cimieri, Bruno Daniele, Massimo Di Maio, Gianpiero Fasola, Luisa Fioretto, Daniele Santini</p> <p>RUOLO DELL'ONCOLOGO, profilo delle competenze e formazione specialistica</p> <p>GRUPPO DI LAVORO AIOM COMU CIPOMO 2020</p> <p>NAZIONE: ITALIA</p>	<p>La mission dell'Oncologo Medico deve vederlo protagonista del sistema sanitario che, a sua volta, ha un forte impatto sulla Società nel suo complesso e che sta attraversando un radicale cambiamento, grazie alla diffusione di nuovi strumenti tecnologici e di comunicazione. Stiamo assistendo in questi anni a nuove forme di integrazione e all'interconnessione trasparente, sintetica e rapida tra gli elementi interni e quelli esterni alle aziende sanitarie. L'efficacia e l'efficienza del sistema dipenderanno anche dalla capacità di tenere sotto controllo tutti i processi e di raccogliere ed elaborare dati in maniera efficiente, affidabile e sicura, con metodi innovativi che affiancheranno quelli più classici.</p>	<p>-</p>	<p>Lo specialista in Oncologia Medica deve avere le competenze e le capacità per la diagnosi, il trattamento, il follow-up e l'assistenza globale del paziente oncologico nelle varie fasi di malattia, con specifici ambiti di competenza quali la medicina di precisione, la metodologia clinica, la terapia farmacologica specifica e di supporto, la comunicazione medico/paziente e la medicina palliativa. Lo specialista in Oncologia Medica deve aver, inoltre, acquisito esperienza diretta nelle metodologie diagnostiche di laboratorio più rilevanti e nella sperimentazione clinica. Tutto ciò deve inserirsi in un background internistico che includa le competenze di Medicina d'Urgenza indispensabili per curare al meglio i pazienti.</p>

Referenza e nazione	Introduzione	Materiali e metodi	Risultati e Conclusioni
DGR 1669/2019 - Manuale di Autorizzazione NAZIONE: ITALIA	-	-	-
Piano Oncologico Nazionale 2010/2012 NAZIONE: ITALIA	L'Oncologia costituisce una delle priorità del Ministero. Appare evidente quindi la necessità di una adeguata programmazione dello sviluppo tecnologico e dell'allocazione delle risorse disponibili.	-	Il ministero ha sviluppato un piano triennale oncologico, che affronta tutti i problemi connessi all'oncologia, dalla prevenzione alla Cure Palliative. Gli obiettivi più rilevanti consistono da una parte nella possibilità di offrire standard diagnostici e terapeutici sempre più elevati a tutti i cittadini italiani, riducendo il "gap" esistente fra le diverse aree del Paese e dall'altra nel contenimento della spesa sanitaria grazie ad una sempre maggiore razionalizzazione delle risorse. Ampio risvolto è stato dato sia alla prevenzione (universale, secondaria e terziaria) che alla continuità di cura in fase diagnostica e terapeutica così come all'assistenza domiciliare e alle Cure Palliative e grande rilevanza si è voluta dare all'innovazione e alla ricerca clinica in oncologia.
Piano Oncologico Nazionale 2011/2013 NAZIONE: ITALIA	Vedi sopra	-	Vedi sopra

Referenza e nazione	Introduzione	Materiali e metodi	Risultati e Conclusioni
Piano Oncologico Nazionale 2023-2027 NAZIONE: ITALIA	Sviluppato secondo un approccio globale e intersettoriale, con una maggiore integrazione tra prevenzione, diagnosi precoce e presa in carico, compreso il miglioramento delle cure e la prevenzione delle recidive, il Piano pone l'attenzione sulla centralità del malato e sulla riduzione o eliminazione delle disuguaglianze nell'accesso agli interventi di prevenzione e cura. Individua obiettivi e linee strategiche in coerenza con il Piano Europeo contro il cancro e dovrà ora essere recepito con provvedimenti propri dalle Regioni e dalle Province autonome che adotteranno le soluzioni organizzative più idonee in relazione alle esigenze della propria programmazione.		Tra i numerosi obiettivi prevede di completare l'iter di istituzione del registro tumori nazionale e di garantire il processo di costituzione e la piena funzionalità organizzativa in tutte le aree del paese della Rete dei registri tumori regionali. La produzione di dati rappresentativi di tutti i tumori insorgenti nella popolazione residente in un territorio rappresenta una base informativa unica ed essenziale e per sostenere l'attività di ricerca e di governo in ambito oncologico.
RACCOMANDAZIONI AIOM 2013 SULLE CURE SIMULTANEE IN ONCOLOGIA NAZIONE: ITALIA	I pazienti oncologici presentano uno o più sintomi legati alla malattia che, indipendentemente dalla gravità, influenzano negativamente la loro qualità di vita. Spesso alcuni sintomi non sono riconosciuti o vengono sottovalutati dall'Oncologo. È necessario utilizzare strumenti validati (ad es. schede di valutazione) per il rilievo e la misurazione della loro intensità, prima e durante la terapia antitumorale, e trattarli in modo ottimale.	Lo schema di trattazione dei singoli sintomi prevede la proposta, in maniera sintetica, delle modalità di valutazione del paziente, degli esami diagnostici basilari, del trattamento e, talvolta, consigli di nursing.	La valutazione e il trattamento dei sintomi causati dal cancro devono far parte del bagaglio professionale dell'Oncologo Medico. Le cure sintomatiche e palliative migliorano la qualità della vita e la performance dei risultati terapeutici se inserite precocemente insieme alle terapie antitumorali. Le schede vengono proposte per dare un rapido aiuto nel rilievo e trattamento dei sintomi con l'obiettivo di ottimizzare la qualità della vita dei malati oncologici in ogni fase della malattia e garantire la continuità assistenziale attraverso l'integrazione precoce, nel percorso di cura oncologica, delle Cure Palliative.
DGR 459 del 9/5/2016 NAZIONE: ITALIA	-	-	-
D.G.R. n. 26-10193 del 01.08.2003 NAZIONE: ITALIA	-	-	-

Referenza e nazione	Introduzione	Materiali e metodi	Risultati e Conclusioni
Manuale accreditamento DGR1572_19 NAZIONE: ITALIA	-	-	-
Linee guida LUNGOVIVENTI – Edizione 2021 NAZIONE: ITALIA	Attualmente le Linee Guida AIOM sono rivolte al solo utilizzo medico anche se non sono ristrette all'ambito oncologico. Sono disponibili da aprile 2015 nel sito di AIOM Fondazione opuscoli informativi per i pazienti, redatti dai singoli Gruppi di Lavoro delle Linee Guida, in attesa di produrre anche Linee Guida formali rivolte ai pazienti.	All'interno del testo, nella sezione di appartenenza, vengono riportati i quesiti clinici ai quali la Linea Guida intende rispondere, formulati secondo l'acronimo PICO (Problem/Patient/Population Intervention Comparison/ Control Outcome).	Le Linee Guida AIOM sui Lungoviventi formulano alcune raccomandazioni nell'ambito del management (diagnosi, screening e trattamento) dei principali sintomi che possono presentarsi dopo una patologia oncologica. In particolare, ad oggi, sono state inserite solo alcune tematiche fra le più frequenti in questa popolazione quali cancer-related fatigue, la nutrizione, il ruolo dell'attività fisica, le artralgie da inibitori dell'aromatasi, la neurotossicità, i disturbi del sonno e la cardiotoxicità.
National Institute of Public Health European guide on quality improvement in comprehensive cancer control 2017. NAZIONE: EUROPA	I Programmi Nazionali di Controllo del Cancro sono elementi chiave nelle politiche dei paesi europei. Nel 2009 la Commissione Europea ha invitato tutti gli Stati membri ad adottare piani/strategie nazionali contro il cancro entro il 2013. Sulla base di quanto raccomandato, molti paesi hanno deciso di adottare misure e hanno iniziato a sviluppare dei documenti nazionali/regionali sul cancro.	-	Questa guida contribuisce a ridurre le disuguaglianze nel controllo e nella cura del cancro esistenti tra gli stati europei. È il culmine di anni di lavoro coordinato in un progetto finanziato dall'UE, CanCon. La guida è un documento coerente e centrato sul paziente e uno strumento strategico chiave per i governi e i responsabili politici.

<p>Dittrich C, Kosty M, Jezdic S, Pyle D, Berardi R, Bergh J, El-Saghir N, Lotz JP, Österlund P, Pavlidis N, Purkalne G, Awada A, Banerjee S, Bhatia S, Bogaerts J, Buckner J, Cardoso F, Casali P, Chu E, Close JL, Coiffier B, Connolly R, Coupland S, De Petris L, De Santis M, de Vries EG, Dizon DS, Duff J, Duska LR, Eniu A, Ernstoff M, Felip E, Fey MF, Gilbert J, Girard N, Glaudemans AW, Gopalan PK, Grothey A, Hahn SM, Hanna D, Herold C, Herrstedt J, Homicsko K, Jones DV Jr, Jost L, Keilholz U, Khan S, Kiss A, Köhne CH, Kunstfeld R, Lenz HJ, Lichtman S, Licitra L, Lion T, Litière S, Liu L, Loehrer PJ, Markham MJ, Markman B, Mayerhoefer M, Meran JG, Michielin O, Moser EC, Mountzios G, Moynihan T, Nielsen T, Ohe Y, Öberg K, Palumbo A, Peccatori FA, Pfeilstöcker M, Raut C, Remick SC, Robson M, Rutkowski P, Salgado R, Schapira L, Schernhammer E, Schlumberger M, Schmoll HJ, Schnipper L, Sessa C, Shapiro CL, Steele J, Sternberg CN, Stiefel F, Strasser F, Stupp R, Sullivan R, Tabernero J, Travado L, Verheij M, Voest E, Vokes E, Von Roenn J, Weber JS, Wildiers H, Yarden Y.</p> <p>ESMO / ASCO Recommendations for a Global Curriculum in Medical Oncology Edition 2016. ESMO Open. 2016 Sep 29;1(5):e000097. doi: 10.1136/esmooopen-2016-000097. PMID: 27843641; PMCID: PMC5070299.</p> <p>NAZIONE: INTERNAZIONALE</p>	<p>L'European Society for Medical Oncology (ESMO) e l'American Society of Clinical Oncology (ASCO) hanno pubblicato questa edizione del Global Curriculum (GC) di ESMO/ASCO grazie al contributo di 64 autori nominati da ESMO e 32 nominati da ASCO.</p>	<p>L'edizione è composta da 12 sezioni con 17 sottosezioni, 44 capitoli e 35 sottocapitoli, rispettivamente.</p>	<p>Pubblicato per la prima volta nel 2004 e aggiornato nel 2010, l'edizione GC 2016 risponde alla necessità di raccomandazioni aggiornate per la formazione dei medici in Oncologia Medica definendo lo standard da soddisfare per qualificarsi come Oncologi Medici. In tempi di internazionalizzazione dell'assistenza sanitaria e di maggiore mobilità di pazienti e medici, il GC mira a fornire assistenza oncologica all'avanguardia a tutti i pazienti ovunque vivano. I recenti progressi nel campo della ricerca sul cancro hanno effettivamente portato a innovazioni diagnostiche e terapeutiche che richiedono una formazione specialistica per i Medici Oncologi.</p>
---	---	--	--

Referenza e nazione	Introduzione	Materiali e metodi	Risultati e Conclusioni
<p>Cheung WY, Neville BA, Cameron DB, Cook EF, Earle CC. Comparisons of patient and physician expectations for cancer survivorship care. J Clin Oncol. 2009 May 20;27(15):2489-95.</p> <p>NAZIONE: USA</p>	<p>Un numero significativo di pazienti con diagnosi di cancro oggi non morirà come conseguenza diretta della loro malattia grazie ai progressi nello screening e nelle strategie terapeutiche. La sorveglianza del cancro primario, tuttavia, può distogliere l'attenzione da altri aspetti essenziali dell'assistenza e sono state sollevate preoccupazioni sulla qualità della salute preventiva e dell'assistenza medica generale tra i sopravvissuti al cancro. I medici curanti e gli specialisti in oncologia contribuiscono alla gestione medica dei sopravvissuti al cancro, ma le loro rispettive responsabilità sono scarsamente definite. Gli studi indicano che i pazienti osservati esclusivamente dai medici curanti sono sottoposti a un minor numero di test di screening per i tumori, mentre quelli valutati prevalentemente dagli oncologi ricevono cure non correlate al cancro meno di quanto raccomandato. Questi risultati suggeriscono che potrebbe esserci una mancanza di chiarezza sui ruoli relativi dei medici curanti e degli oncologi quando i pazienti passano dal trattamento attivo al follow up.</p>	<p>I pazienti e i loro oncologi sono stati intervistati per valutare le aspettative relative alla partecipazione degli stessi al follow-up oncologico, allo screening per altri tumori, alla salute preventiva generale e alla gestione delle comorbidità.</p>	<p>Di 992 pazienti idonei e 607 medici intervistati, sono stati valutati rispettivamente il 54% e il 62%. Tra i medici intervistati, 255 (67%) erano medici curanti e 123 (33%) erano oncologi. Confrontando i pazienti con i loro oncologi, le aspettative erano molto discrepanti (tasso di accordo, 29%), per quanto riguarda lo screening di tumori diversi da quello primario, con i pazienti che prevedevano un coinvolgimento significativamente maggiore dell'Oncologo. Tra i pazienti e i loro medici curanti, le aspettative erano più incongruenti per il follow-up oncologico (tasso di accordo, 35%), con i medici curanti che vorrebbero sentirsi maggiormente partecipi a questo aspetto. Le aspettative tra i pazienti e i loro medici curanti erano generalmente più concordanti rispetto a quelle tra i pazienti e i loro oncologi. I medici curanti e gli oncologi hanno mostrato forti discordanze nella percezione dei propri ruoli per il follow-up del cancro primario, lo screening del cancro e la salute preventiva generale (tassi di accordo rispettivamente del 3%, 44% e 51%). Nel caso del follow-up del cancro primario, sia i medici curanti che gli oncologi hanno indicato che dovrebbero assumersi una responsabilità sostanziale per questo compito.</p> <p>In conclusione, le incertezze sui ruoli e le responsabilità del medico possono portare a carenze nell'assistenza al malato oncologico, supportando la necessità di rendere la pianificazione della stessa una componente standard nella gestione del cancro.</p>
<p>Del Giudice ME, Grunfeld E, Harvey BJ, Piliotis E, Verma S. Primary care physicians' views of routine follow-up care of cancer survivors. J Clin Oncol. 2009 Jul; 10;27(20):3338-45</p> <p>NAZIONE: CANADA</p>	<p>Il follow-up di routine dei pazienti sopravvissuti al cancro è un importante problema clinico e sanitario. A causa della mancanza di prove a sostegno dei vantaggi delle cure di follow-up a lungo termine nelle oncologie, c'è un crescente interesse sul luogo in cui queste cure devono avvenire e che deve essere fornito dai medici di base (PCP).</p>	<p>È stata condotta un'indagine tra i medici di base in tutto il Canada, suddivisa per regione. Sono state determinate le opinioni sul follow-up di routine dei pazienti oncologici e sulle modalità per facilitare i medici di base nel fornire questa assistenza.</p>	<p>Su un totale di 330 medici di base, alcuni erano disposti ad assumersi la responsabilità esclusiva delle cure di follow-up di routine dopo che erano trascorsi 2,4 +/- 2,3 anni dalla diagnosi del cancro alla prostata, 2,6 +/- 2,6 anni dalla diagnosi del cancro del colon-retto, 2,8 +/- 2,5 anni dalla diagnosi del cancro al seno. Le modalità più utili per i medici di base per assumersi la responsabilità esclusiva per il follow-up oncologico sono: una lettera specifica per il paziente dallo specialista, linee guida stampate, rapidità di accesso ai percorsi diagnostici per sospetta recidiva.</p>

Referenza e nazione	Introduzione	Materiali e metodi	Risultati e Conclusioni
<p>Raccomandazioni AIOM 2012: il follow up nel paziente oncologico - raccomandazioni per la cura dei lungo-sopravvissuti dopo neoplasia</p> <p>NAZIONE: ITALIA</p>	<p>Attualmente le Linee Guida AIOM sono rivolte solo all'utilizzo medico, ma non ristretto al solo ambito oncologico. Sono disponibili da aprile 2015 nel sito di AIOM Fondazione opuscoli informativi per i pazienti, redatti dai singoli Gruppi di Lavoro delle Linee Guida, in attesa di produrre anche Linee Guida formali rivolte ai pazienti.</p>	<p>All'interno del testo, nella sezione di appartenenza, vengono riportati i quesiti clinici, ai quali la Linea Guida intende rispondere, formulati secondo l'acronimo PICO (Problem/Patient/Population Intervention Comparison/ Control Outcome)</p>	<p>Le Linee Guida AIOM sui Lungoviventi formulano alcune raccomandazioni nell'ambito del management (diagnosi, screening e trattamento) dei principali sintomi che possono presentarsi dopo una patologia oncologica. In particolare, ad oggi, sono state inserite solo alcune tematiche fra le più frequenti in questa popolazione quali cancer-related fatigue, la nutrizione, il ruolo dell'attività fisica, le artralgie da inibitori dell'aromatasi, la neurotossicità, i disturbi del sonno e la cardiotossicità.</p>
<p>DCA n. 98 del 20/09/2016</p> <p>NAZIONE: ITALIA</p>	-	-	-

Referenza e nazione	Introduzione	Materiali e metodi	Risultati e Conclusioni
<p>Evoluzione del sistema DRG nazionale</p> <p>Milestone 1.2.1 Forme alternative alla degenza: definizione (day hospital, day surgery, day service) e relativi flussi informativi</p> <p>NAZIONE: ITALIA</p>	<p>Prima di poter proporre criteri e regole nazionali per garantire omogeneità ed equità, è parso necessario verificare lo stato dell'arte sull'utilizzo del day hospital medico nelle diverse regioni d'Italia. Il punto da cui partono le regioni è un elemento che non può essere sottovalutato nel dare indicazioni comuni su cosa e come può essere offerto il percorso di cura nel setting assistenziale più appropriato. È infatti di tutta evidenza che l'analisi non deve focalizzarsi su liste di prestazioni, ma deve tener conto di modalità organizzative, peculiarità territoriali e esperienze consolidate che sono alla base di prassi erogative difformi. L'esigenza di fornire indicazioni nazionali su questo tema nasce dalla considerazione che alcune realtà hanno già 'sperimentato' modalità organizzative alternative al day hospital per prestazioni con connotazione diagnostica o, più in generale, per prestazioni di natura non chirurgica.</p>	<p>Sono stati individuati i seguenti livelli di selezione gerarchicamente determinati sulla base di valutazioni clinico organizzative condivise:</p> <ul style="list-style-type: none"> - primo livello: ricoveri in regime diurno; - secondo livello: ricoveri a carico del SSN; - terzo livello: ricoveri di residenti in regione. - quarto livello: ricoveri attribuiti a DRG non chirurgici; - quinto livello: ricoveri di pazienti di età compresa fra 16 e 74 anni. - sesto livello: sottoinsieme precedente con l'esclusione di H.I.V. (codici ICD-IX-CM 042 e V08 in qualsiasi posizione sulla SDO). <p>Le prime cinque selezioni, eseguite a cascata da ciascuna Regione, consentono di avere un sottoinsieme dei dati relativi ai ricoveri ospedalieri su cui concentrare l'attenzione e l'approfondimento. L'ultimo criterio di selezione è stato definito dopo una prima valutazione della casistica ed un confronto con il gruppo di lavoro.</p>	<p>Il numero di day hospital sul totale dei ricoveri ospedalieri (primo livello di selezione) mostra delle differenze fra le diverse regioni, con andamenti diversi: mentre per Umbria ed Emilia-Romagna il numero assoluto di day hospital diminuisce, per Lombardia, Lazio e Basilicata si evidenzia un aumento in valori assoluti ma una diminuzione della percentuale sui ricoveri totali. In particolare, per queste ultime l'impatto del day hospital sul totale dei ricoveri diminuisce in Lombardia (28.5% nel 2004 e 24.1% nel 2005), mentre aumenta nel Lazio (33.6% nel 2004 e 36,5 nel 2005) e in Basilicata (32.9 % nel 2004 e 34% nel 2005). Un altro spunto di riflessione viene fornito dall'alta variabilità del peso della casistica medica (4° livello di selezione): in entrambi gli anni Lazio e Basilicata hanno valori più elevati rispetto alle altre regioni.</p>

Referenza e nazione	Introduzione	Materiali e metodi	Risultati e Conclusioni
<p>Neuss MN, Gilmore TR, Belderson KM, Billett AL, Conti-Kalchik T, Harvey BE, Hendricks C, LeFebvre KB, Mangu PB, McNiff K, Olsen M, Schulmeister L, Von Gehr A, Polovich M. 2016 Updated American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards, Including Standards for Pediatric Oncology. J Oncol Pract. 2016 Dec;12(12):1262-1271.doi: 10.1200/JOP.2016.017905. Epub 2016 Nov 21. Erratum in: J Oncol Pract. 2017 Feb;13(2):144. PMID: 27868581.</p> <p>NAZIONE: AUSTRALIA</p>	<p>Al fine di garantire la sicurezza per i pazienti e gli operatori sanitari durante il trattamento oncologico, la Oncology Nursing Society (ONS) e l'ASCO hanno cercato di fornire standard per ridurre al minimo il rischio di errori nella prescrizione, nella preparazione e nella somministrazione della chemioterapia, inclusa la terapia orale e parenterale, in regime ambulatoriale, di day hospital e in regime di ricovero.</p>	<p>Gli standard di sicurezza per la somministrazione della chemioterapia ASCO/ONS sono stati pubblicati per la prima volta nel 2009 e aggiornati nel 2011 includendo le strutture ospedaliere. Una successiva revisione fatta nel 2013 ha ampliato gli standard per includere la somministrazione e la gestione della chemioterapia orale. Il 12 maggio 2015 si è tenuto un seminario congiunto ASCO/ONS con la partecipazione delle parti interessate, tra cui quello dell'Association of Pediatric Hematology Oncology Nurses e della American Society of Pediatric Hematology/Oncology, per rivedere gli standard del 2013. Successivamente è stata condotta un'ampia ricerca bibliografica e sono stati richiesti commenti pubblici sulle bozze di standard riviste.</p>	<p>Tra gli standard aggiornati del 2016 ne sono stati inclusi di nuovi, in particolare: verifica da parte di due persone dei processi di preparazione della chemioterapia, somministrazione di alcaloidi della vinca tramite minibag in strutture in cui vengono somministrati farmaci intratecali e l'etichettatura dei farmaci dispensati dall'ambiente sanitario che devono essere assunti dal paziente a casa. Il cambiamento della pratica oncologica ha cambiato anche gli standard di sicurezza per la somministrazione della chemioterapia. I progressi nella tecnologia, nel trattamento del cancro, nell'istruzione e nella formazione richiedono revisioni periodiche degli standard.</p>
<p>European Partnership for Action Against Cancer</p> <p>NAZIONE: AMERICA</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>-</p>

