

L'importanza dell'organizzazione in oncologia: collaborazione e coordinamento. Evidenze da una ricerca-intervento sul tumore del polmone

Americo Cicchetti, Roberta Laurita, Luca Giorgio*

Il coordinamento inter e intraorganizzativo è un tema chiave in ambito organizzativo, soprattutto nel settore sanitario. Nonostante sia disponibile un'ampia letteratura sul tema della gestione multidisciplinare in oncologia, gli studi esistenti non hanno completamente analizzato quali strutture, attori, strumenti e dinamiche sociali siano associati a un team clinico efficace. Questo studio, attraverso la ricerca-intervento, analizza le attuali modalità di gestione dei pazienti con carcinoma polmonare non a piccole cellule e propone un modello ottimale costituito da alcune linee guida organizzative, finalizzate a garantire una gestione efficace. Il presente modello si basa su tre pilastri aventi alla base: 1) le caratteristiche del team di gestione della malattia, 2) l'infrastruttura organizzativa che garantisce l'adozione dei

percorsi clinici, 3) un sistema integrato di indicatori.

Parole chiave: team multidisciplinari, cancro, percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, ricerca-intervento, miglioramento della qualità in sanità.

The importance of organizing in cancer care: Cooperation and coordination. Evidence from an action-research project on Lung Cancer

Inter and intra organizational coordination is a key topic for organizational scholars, especially in the healthcare sector. Despite a wide literature on multidisciplinary team management of cancer patients, existing evidence have not fully analysed which structures, actors, tools and social dynamics are associated with an effective clinical team. This study, through the action research, analyses the current ways of management of Lung Cancer Patients and proposes an optimal model consisting in some organizational guidelines to be applied to ensure an effective management.

Our analysis identifies and detail three

S O M M A R I O

1. Introduzione
2. Obiettivi dello studio e rilevanza del contesto
3. Metodologia
4. Risultati
5. Limitazioni dello studio
6. Discussione e conclusioni

* Americo Cicchetti, Facoltà di Economia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore.

Roberta Laurita, Dipartimento di Economia e Management dell'Università di Trento.

Luca Giorgio, Facoltà di Economia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore.

pillars characterizing the optimal model: 1) the characteristics of the disease management team, 2) the organizational infrastructure ensuring the adoption of clinical pathways, 3) an integrated system of indicators.

Keywords: multidisciplinary teams, cancer, clinical pathways, action research, quality improvement.

Articolo sottomesso: 03/11/2022, accettato: 23/03/2023

1. Introduzione

Il presente studio ha l'obiettivo di descrivere e analizzare un'applicazione della ricerca-intervento per la riorganizzazione del percorso di cura di pazienti oncologici. L'erogazione di servizi sanitari ai pazienti oncologici implica l'utilizzo di modelli organizzativi appropriati, grazie all'adozione di soluzioni che garantiscano l'efficacia e l'efficienza. Quanto affermato assume ancora più rilevanza alla luce del fatto che la disponibilità di nuove tecnologie, in particolar modo di farmaci, ha contribuito enormemente a prolungare l'aspettativa di vita e a migliorare significativamente la sopravvivenza dei pazienti oncologici (Salas-Vega, Iliopoulos e Mossialos, 2017). L'introduzione di innovazioni richiede non solo un significativo supporto del top management, ma anche l'implementazione di nuove policy e, soprattutto, di nuove pratiche (Helfrich *et al.*, 2007). Se una "buona organizzazione" è sempre auspicabile, lo è ancora di più nel contesto sanitario, dove contribuisce all'efficienza dei processi di cura e al miglioramento degli outcome di salute, come per esempio l'aumento della sopravvivenza (Fulop e

Ramsay, 2019). In questo senso la "buona organizzazione" passa anche per l'implementazione di strumenti di coordinamento tra i diversi professionisti che partecipano alla presa in carico del paziente oncologico (Gorin *et al.*, 2017). Lo sviluppo di forme di coordinamento interorganizzativo, intraorganizzativo e interprofessionale in oncologia è da più di 20 anni nell'agenda di policy maker, manager e professionisti (Cicchetti, 2018). I modelli organizzativi adottati dai sistemi sanitari prevedono diversi modi di combinare capacità di ricerca, diagnosi, trattamento e follow-up, in generale la "presa in carico" del paziente, e mirano a realizzare quell'approccio conosciuto come *patient-centred care* che distribuisce responsabilità organizzative, tecnologie, risorse e competenze intorno al percorso del paziente, definendo quali parametri di misurazione della performance gli esiti clinici e l'*experience of care*.

Nell'ottica di abbracciare i sopra citati principi, l'organizzazione delle cure in oncologia sta progressivamente abbandonando una logica basata su un criterio funzionale e gerarchico in luogo di soluzioni basate sul concetto di rete. In particolar modo, i *clinical network* costituiscono forme di coordinamento tra organizzazioni e professionisti che permettono la condivisione di conoscenze e soluzioni in forma spontanea o strutturata, come nel caso dei *managed clinical networks* promossi dall'NHS inglese a partire dal 2002 (Addicott, McGivern e Ferlie, 2006), con l'obiettivo di garantire un accesso alle cure efficaci e di qualità (Edwards, 2002). Questa soluzione organizzativa infatti: i) promuove un focus sulla presa in carico globale del paziente; ii) consente di identificare

e condividere risorse scarse, come per esempio i professionisti medici; iii) consente di investire in risorse scarse e/o costose; iv) riduce gli ostacoli al coordinamento (Cropper, Hopper e Spencer, 2002). La letteratura è ricca di evidenze circa l'impatto che le forme strutturate di lavoro in gruppo hanno sul miglioramento dei risultati clinici e sulla corretta gestione delle risorse nell'ambito dei percorsi di cura dei pazienti affetti da patologie oncologiche (Brown *et al.*, 2016). Tra le forme strutturate, i Tumor Board – team multidisciplinari MDT – costituiscono “gruppi di persone afferenti a diverse specialità, che si incontrano in un determinato momento, in un luogo fisico o tramite sistemi virtuali, per discutere di casi specifici contribuendo in modo indipendente alle decisioni diagnostiche e terapeutiche che riguardano il paziente” (Fleissig *et al.*, 2006). Generalmente, i Tumor Board riuniscono i diversi specialisti, come oncologi, chirurghi, radioterapisti, radiologi e anatomopatologi coinvolti nella cura del paziente oncologico (Fennell *et al.*, 2010; Croke e El-Sayed, 2012) con l'obiettivo di individuare la terapia più adeguata per i singoli pazienti e di monitorarne l'evoluzione ai follow-up successivi. La letteratura scientifica ha ampiamente dimostrato che l'implementazione di team multidisciplinari in oncologia ha effetti positivi sull'aumento della sopravvivenza (Taylor *et al.*, 2010; Prades *et al.*, 2015; Stone *et al.*, 2018). Tuttavia, la pianificazione e l'erogazione delle cure per i pazienti oncologici è costantemente messa alla prova da un serie di elementi, come la possibilità di nuovi trattamenti e la relativa complessità, che portano a modificazione nella struttura e nell'organizzazione dei team multidisciplinari non-

ché delle forme di collaborazione inter-organizzative, come per esempio i Percorsi Diagnostico Terapeutici (Prades *et al.*, 2015).

Il suddetto lavoro presenta un caso studio finalizzato a illustrare come le innovazioni tecnologiche per uno specifico tumore richiedano il ripensamento dell'organizzazione, ovvero del team multidisciplinare e di meccanismi di coordinamento intraorganizzativo e interorganizzativo. Il caso consiste in una ricerca-intervento svolta su 4 centri di eccellenza per la cura oncologica in Italia e si fonda sulle evidenze emerse durante 8 focus group tra tutti gli stakeholder coinvolti nel percorso di cura. L'obiettivo della presente ricerca è: i) analizzare le modalità di gestione dei pazienti e i meccanismi di funzionamento del team allo stato attuale (*situazione as is*), indagando sulle criticità organizzative e portando alla luce potenziali aree di miglioramento; ii) sviluppare una proposta di modello ottimale, inteso come un insieme di linee guida organizzative da implementare per rendere più efficiente ed efficace il percorso di cura del paziente, anche alla luce dell'introduzione di alcune nuove tecnologie, e risolvere le criticità organizzative identificate.

2. Obiettivi dello studio e rilevanza del contesto

Questo lavoro presenta i risultati di una ricerca-intervento (Huxham e Vangen, 2003) che ha analizzato le forme organizzative, le procedure e le competenze adottate in 4 centri oncologici italiani, con particolare riferimento al ruolo svolto dai team multidisciplinari per la gestione di pazienti affetti da carcinoma polmonare non a piccole cellule localmente avanzato, con l'intento di individuare un model-

lo ottimale per la presa in carico di questi ultimi. Questa patologia appare particolarmente rilevante per il nostro studio: quella polmonare è la neoplasia più comune e la causa più frequente di decessi per cancro negli ultimi decenni (Ferlay *et al.*, 2015). Nel 2019 in Italia sono stati stimati 42.500 nuovi casi di tumore al polmone e in particolare il tumore del polmone non a piccole cellule (non-small-cell lung cancer, NSCLC) costituisce l'85-90% di tutte le neoplasie polmonari maligne (Novello *et al.*, 2016). La rilevanza della patologia è data non solo dall'incidenza e dalla mortalità, ma anche dal consumo di risorse a essa associato. Infatti, diversi studi hanno misurato l'impatto della patologia: uno studio spagnolo ha stimato in 14.818,00 euro i costi ospedalieri medi di diagnosi e trattamento del carcinoma polmonare non a piccole cellule (Corral *et al.*, 2015); uno studio condotto in Irlanda del Nord stima in 5.956,00 sterline (pari 6.505,61 euro) i costi di gestione e i costi ospedalieri medi associati al paziente affetto da carcinoma polmonare nei primi 12 mesi di malattia (Fleming *et al.*, 2008); uno studio italiano ha stimato complessivamente il costo medio di cura pari a 21.328 euro per il primo anno di trattamento della patologia (Buja *et al.*, 2020).

Il quadro sopra delineato rende ancora più comprensibile come per questa patologia sia necessaria una "buona organizzazione". La letteratura scientifica, infatti, ha dimostrato che il ricorso al Tumor Board per i pazienti al terzo stadio del tumore al polmone è correlato al raddoppio della sopravvivenza media e al decremento della mortalità (Pan *et al.*, 2015). Infatti, l'eterogeneità dei pazienti e della molteplicità delle opzioni terapeutiche

destinate, peraltro, ad ampliarsi grazie all'introduzione di nuove terapie, richiede di combinare le diverse competenze e specializzazioni mediche, particolarmente quando la patologia richiede un trattamento multimodale. La maggior parte dei casi di questo tumore (circa 1/3) viene classificata come localmente avanzata (Stadio III) (Carrato *et al.*, 2014). Si tratta di un gruppo eterogeneo di pazienti in cui la malattia è confinata a livello toracico in assenza di metastasi a distanza, ma con significative differenze nell'estensione del tumore e nel coinvolgimento linfonodale. Le linee guida per il trattamento della malattia localmente avanzata raccomandano strategie terapeutiche diverse in funzione della resecabilità chirurgica della malattia e delle condizioni cliniche del paziente. Due sono gli approcci terapeutici principali: quello chirurgico, se si ritiene che la malattia possa essere asportata radicalmente, e quello combinato chemio-radioterapico, con intento radicale, se la malattia per la sua estensione e/o localizzazione non può essere trattata chirurgicamente (AIOM). In molti casi la strategia terapeutica, nel suo insieme, comprende una combinazione di diversi tipi di trattamento e viene indicata come terapia multimodale (Vansteenkiste *et al.*, 2014; Eberhardt *et al.*, 2015).

Dopo un lungo intervallo di tempo in cui, ove si effettuò l'ottimizzazione degli schemi chemio-radioterapici, non sono stati compiuti significativi passi in avanti nel trattamento dei pazienti affetti da malattia localmente avanzata, non resecabile, la recente introduzione dell'immunoterapia nella sequenza terapeutica ha rappresentato un notevole progresso (Doro-

show *et al.*, 2019). L'evoluzione degli standard di cura, però, è strettamente legata a un diverso modo di concepire i rapporti tra i vari professionisti coinvolti nella gestione del paziente affetto da carcinoma polmonare non a piccole cellule con malattia localmente avanzata. Questa nuova modalità si sostanzia in una forte cooperazione e collaborazione tra i professionisti del team multidisciplinare (Morabito, 2016) anche in considerazione della necessità di disporre di una diagnosi molecolare della malattia, per un'appropriate pianificazione terapeutica.

3. Metodologia

Questo lavoro è stato condotto secondo i canoni della ricerca-intervento, approccio secondo il quale si può conoscere veramente una realtà solo modificandola (Butera, 1980). Questo approccio è stato ampiamente adottato sia in ambito sociologico sia organizzativo-aziendale con diverse variazioni e prospettive a partire dalle esperienze del Tavistock Institute di Londra (Albano, 2010).

La ricerca-intervento in ambito organizzativo è caratterizzata da tre aspetti (Grandori, 1996):

- un legame molto stretto tra teoria e prassi, tale da configurare un'epistemologia del conoscere trasformando e viceversa;
- un approccio partecipativo, orientato alla produzione di nuove conoscenze in grado di incidere effettivamente nella pratica organizzativa, che presuppone una collaborazione attiva dei soggetti che sono oggetto di indagine, coinvolgendoli fin dalla fase di disegno della ricerca;
- una partecipazione estesa a tutti i livelli del sistema organizzativo inda-

gato, in modo che l'intervento possa toccare non solo gli aspetti operativi ma anche il disegno complessivo e le modalità di governo e regolazione dei processi organizzativi.

L'applicazione della ricerca-intervento nel contesto sanitario risulta essere particolarmente importante poiché consente di unire l'aspetto teorico con l'attenzione ai vantaggi pratici e agli interessi delle parti interessate, come i professionisti sanitari e i pazienti (Bradbury-Huang, 2012). Inoltre, come affermato da Gaventa e Cornwall (2008), la ricerca-intervento in contesti sanitari offre il potenziale per poter comprendere le esperienze, i giudizi professionali e il sapere. Questi elementi sono fondamentali, sempre secondo gli stessi autori, quando si cerca di sviluppare una pratica efficace. La ricerca-intervento, infatti, presuppone che i soggetti implicati siano coinvolti attivamente per ripensare i processi, anche a costo di sfidare gli approcci tradizionali e i privilegi (Waterman *et al.*, 2001).

Nel dettaglio, abbiamo ritenuto particolarmente importante per il nostro studio creare dei focus group in ciascuno dei centri coinvolti. Tale approccio è largamente utilizzato della ricerca-intervento (Reason e Bradbury, 2008) e consente di identificare i problemi e riflettere collettivamente su possibili soluzioni (Yorks e Nicolaidis, 2007). Nella fattispecie del presente lavoro, l'applicazione di questo approccio epistemologico si è tradotta in un metodo di ricerca che ha previsto la costituzione di quattro gruppi di lavoro all'interno di centri clinici considerati "eccellenti" nel campo delle cure oncologiche: la Fondazione Policlinico "A. Gemelli" a Roma, l'Istituto

Nazionale Tumori “G. Pascale” a Napoli, l’Istituto Nazionale Tumori di Milano e l’Ospedale S. Orsola Malpighi di Bologna. In ognuno di questi centri i gruppi di lavoro hanno avuto analoga strutturazione, prevedendo la partecipazione dei clinici e degli operatori direttamente coinvolti nella gestione dei pazienti affetti da tumore del polmone non a piccole cellule. Inoltre, in uno di questi 4 centri ha partecipato un delegato della direzione sanitaria: in questo modo è stato possibile cogliere importanti spunti provenienti dal vertice strategico. La Tab. 1 riporta la composizione dei gruppi di lavoro nei 4 centri, oggetto della ricerca-intervento.

Il gruppo di ricerca è stato affiancato da un *advisory board* (AB) scientifico, a cui hanno partecipato clinici e altri operatori provenienti da centri oncologici nazionali diversi dai 4 direttamente coinvolti nel progetto, a cui è stato sottoposto il disegno di ricerca ed è stata richiesta la validazione dei risultati ottenuti. La composizione dell’AB scientifico risultava del tutto “speculare” rispetto a quella dei centri clinici coinvolti

nel progetto, comprendendo: Oncologo, Pneumologo, Chirurgo Toracico, Radiologo, Medico Nucleare, Radioterapista, Anatomopatologo, Direttore Sanitario, Farmacista ospedaliero, Infermiere Case-manager.

Il percorso di ricerca ha previsto 5 diverse fasi: i) coinvolgimento dei centri, ii) definizione del protocollo della ricerca, iii) analisi sul campo, iv) definizione del modello ottimale e v) validazione del modello.

3.1. Il coinvolgimento dei centri

La prima fase ha avuto come obiettivo la selezione dei centri clinici da coinvolgere. I 4 centri sono stati scelti sulla base della numerosità dei casi trattati e del modello istituzionale di riferimento del Servizio Sanitario Regionale. Operativamente, sono stati contattati i coordinatori clinici e le direzioni aziendali per ottenerne la disponibilità a partecipare allo studio. A seguito della formale adesione dei centri, i gruppi di lavoro sono stati convocati una prima volta per sottoporre loro il percorso di ricerca-intervento. Il percorso di ricerca proposto ai centri è stato preventivamente validato

Tab. 1 – La composizione dei gruppi di lavoro/focus group

Fondazione Policlinico “A. Gemelli” (Roma)	Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione “G. Pascale” (Napoli)	Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori (Milano)	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola Malpighi (Bologna)
Oncologo	Oncologo	Oncologo	Oncologo
Chirurgo Toracico	Chirurgo Toracico	Chirurgo Toracico	Chirurgo Toracico
Radiologo	Radiologo	Radioterapista	Radioterapista
Radioterapista	Radioterapista	Pneumologo	Anatomopatologo
Radio-chemioterapista	Radiologo interventista	Radiologo	Pneumologo
Anatomopatologo	Infermiere di ricerca		
	Delegato della Direzione Sanitaria		

dall'*advisory board* scientifico. I centri selezionati applicavano le linee guida della patologia, disponevano di team multidisciplinari dedicati al tumore al polmone e, infine, utilizzavano percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA).

3.2. La definizione del protocollo della ricerca

La seconda fase ha previsto, in via preliminare, l'analisi dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali adottati in Italia per la gestione dei pazienti affetti da carcinoma polmonare non a piccole cellule, con particolare focus sulla malattia localmente avanzata accompagnata. Tale analisi è stata condotta con l'ausilio di una check-list che ha reso possibile identificare le caratteristiche dei PDTA maggiormente diffuse, con il relativo grado di dettaglio, e, al contempo, rilevare quelle caratteristiche assenti o poche diffuse e per le quali il grado di dettaglio è basso. Inoltre, parallelamente è stata condotta un'accurata review della letteratura, volta a identificare le caratteristiche del team multidisciplinare

essenziali per la gestione dei pazienti oncologici, in particolare per quelli affetti da carcinoma polmonare. Tale fase ha reso possibile la predisposizione di una survey da utilizzare come guida per la discussione nei 4 centri. La survey è stata, inoltre, validata e approvata dall'*advisory board* anche con riferimento alle modalità di somministrazione. Quest'ultima si componeva principalmente di due sezioni. La prima contenente domande finalizzate a individuare il grado di implementazione del PDTA e le ragioni alla base della parziale implementazione di alcuni aspetti nonché il grado di applicazione delle linee guida e la motivazione alla base della loro parziale/mancata implementazione. La seconda sezione, invece, spostava il focus sul team multidisciplinare focalizzandosi sulle caratteristiche del team multidisciplinare e il suo stadio di strutturazione e funzionalità. Queste sono state analizzate sulla base di una griglia, sviluppata sulla base di quanto previsto dalle linee di indirizzo adottate nel 2009 dal NHS britannico (Tab. 2; Taylor *et al.*, 2010).

Tab. 2 – Linee guida NHS britannico

Domini	Topic
Struttura	Appartenenza e partecipazione Tecnologia (disponibilità e utilizzo) Ambiente fisico della sede dei meeting Preparazione per le riunioni MDT Organizzazione/amministrazione durante le riunioni
Decisione clinica	Gestione dei casi/processo decisionale clinico Teamworking Cura/coordinamento del servizio centrato sul paziente
Governance di gruppo (team governance)	Leadership clinica Raccolta, analisi e verifica dei risultati Governance clinica
Sviluppo professionale e formazione dei membri del team	Sviluppo e formazione

Operativamente, si è deciso di utilizzare lo strumento del focus group. Quest'ultimo è stato selezionato al termine di un'attenta analisi delle possibili modalità di rilevazione delle informazioni. Nei progetti di ricerca i focus group, infatti, sono considerati uno strumento efficace per la raccolta di dati di tipo qualitativo (Morgan, 1996), che richiedono la validazione di informazioni attraverso diverse attività e differenti soggetti (Kitzinger, 1994). L'interazione tra i partecipanti attraverso la discussione facilitata, infatti, la raccolta di informazioni che non sarebbero recuperabili con altre modalità (es. interviste singole; Duggleby, 2005).

3.3. L'analisi sul campo

In tale fase sono stati condotti 4 focus group, uno per ogni centro, attraverso i quali sono state in prima battuta analizzate le già citate modalità di gestione dei pazienti e funzionalità dei team multidisciplinari. Tali focus group, della durata di circa 90', hanno coinvolto diversi professionisti con specializzazioni eterogenee in grado di interagire in modo efficace. In particolare, sono stati strutturati secondo le indicazioni fornite da Denscombe (2007):

- 1) *stimolo*: la discussione ha avuto inizio da una griglia, costituita da domande a risposta aperta, elaborata e validata precedentemente da un board scientifico;
- 2) *moderatore neutrale*: nel corso della discussione il moderatore ha assunto un ruolo neutrale con l'obiettivo di non influenzare i risultati dell'analisi;
- 3) *interazione*: l'interazione tra i partecipanti del focus group è particolarmente rilevante in quanto frutto

di una discussione e uno scambio di opinioni attivo. Tale discussione è considerata, infatti, di maggior valore rispetto ad altre metodologie che aggregano i risultati provenienti da singole interviste.

Il focus group è stato scelto con l'obiettivo di costituire una metodologia *self-contained*, come definito da Morgan (1996), in quanto principale fonte di raccolta dei dati attraverso la rilevazione delle pratiche adottate e dei punti di vista dei singoli professionisti che non potrebbero essere rilevati diversamente.

3.4. La definizione del modello ottimale
Sulla base delle evidenze raccolte dai 4 centri nella fase di analisi, il gruppo di ricerca ha delineato le caratteristiche di un modello ottimale di presa in carico e di gestione del paziente. In particolare, l'analisi è stata condotta sulla base dei documenti forniti (PDTA aziendali, informazioni sulla rete oncologica regionale) e delle registrazioni dei focus group. Queste ultime sono state trascritte e analizzate con la metodologia della Systematic text condensation (Malterud, 2012). Le trascrizioni sono state di seguito analizzate separatamente per ciascun centro. In questa fase l'analisi della criticità ha consentito di elaborare una lista di linee guida organizzative – il modello organizzativo ottimale – elaborate allo scopo di migliorare l'efficienza del percorso di cura e del funzionamento del team multidisciplinare.

3.5. La validazione del modello

Questa fase si è caratterizzata per lo svolgimento di un secondo focus group, questa volta "allargato", in cui sono state trasmesse le linee di indiriz-

zo emergenti relative al modello di gestione ottimale. Agli incontri hanno preso parte anche i vertici aziendali (Direttore Generale, Direttore Sanitario, Responsabile UOC Percorsi Clinici, Responsabile Regionale Reti e Politiche del Farmaco). Il modello è stato, quindi, sottoposto all'attenzione dell'*advisory board* scientifico per la validazione finale e condiviso con un ulteriore gruppo di lavoro costituito anche dai rappresentanti di associazioni di pazienti e di cittadini.

4. Risultati

Nella seguente sezione riportiamo le principali risultanze della ricerca. In linea generale, il modello elaborato consta di 3 pilastri: un team multidisciplinare strutturato secondo specifiche caratteristiche, la piena implementazione dei PDTA e un sistema di misurazione e verifica dell'implementazione del modello stesso.

4.1. Team multidisciplinare

I focus group hanno messo in luce un quadro piuttosto eterogeneo. Se da un lato, infatti, hanno confermato il pieno ricorso ad alcune best practice dei team multidisciplinari, dall'altro hanno dimostrato come altri aspetti siano ben lontani dall'essere adottati. Nello specifico, l'analisi sul campo ha confermato che il gruppo multidisciplinare è organizzato secondo le modalità riscontrabili dalla letteratura nazionale e internazionale per quanto riguarda 3 delle 4 caratteristiche organizzative, individuate da Prades e colleghi (2015). In particolare modo i team hanno un calendario e un format degli incontri ben definito, tendenzialmente settimanale, una composizione fissa basata sulle evidenze della letteratura e, infine, presentano ruoli altrettanto definiti. Si riporta a

titolo esemplificativo l'affermazione di un oncologo:

"... sin dall'istituzione del team multidisciplinare abbiamo ritenuto importante darci delle regole: ci incontriamo quindi tutti i giovedì dalle 14.00 alle 16.00 e discutiamo i casi che abbiamo preso in carico nell'ultima settimana. Il collega che vede per primo il paziente è anche quello che porta in discussione il paziente" (Oncologo, centro 1).

Come anticipato, l'attività di ricerca sul campo ha però consentito di identificare alcuni aspetti che sono ben lontani dall'essere implementati. Secondo la letteratura, tali ostacoli potrebbero impedire il raggiungimento di performance ottimali (Hughes *et al.*, 2016; Weaver *et al.*, 2014).

In primo luogo, esiste un problema legato all'assenza di infrastruttura a supporto del team, ovvero non solo spazi fisici ma anche tecnologie a supporto, come per esempio un proiettore e un computer, strumenti basilari per lo svolgimento delle riunioni multidisciplinari (Taylor *et al.*, 2010). Ulteriori aspetti fondamentali sono il supporto amministrativo e il corretto coordinamento tra i diversi soggetti coinvolti nel processo di cura. Tale necessità origina nel già citato aumento della complessità e della specializzazione caratterizzante l'attuale contesto sanitario e richiede lo sviluppo di sistemi di comunicazione efficaci tra professionisti che, attraverso il lavoro in team, e dunque mediante l'integrazione dei saperi specialistici, intendono offrire il miglior trattamento al paziente (Weller *et al.*, 2014). Da un punto di vista prettamente organizzativo, quanto detto presuppone l'esistenza di protocolli organizzativi che garantiscano

il rispetto delle tempistiche previste e le relative responsabilità.

“In diverse occasioni mi è capitato di discutere casi per i quali mancavano esami, prevalentemente radiologici. Purtroppo, i tempi per effettuare una TAC sono molto lunghi nel nostro centro e non sempre i pazienti hanno la possibilità, anche economica, di poter svolgere questo accertamento diagnostico tempestivamente in altri centri anche privati” (Oncologo, centro 4).

Tale problema è legato anche alla necessità di implementare le tecnologie in grado di favorire la condivisione di materiali clinici (scansioni, radiografie e risultati patologici) e le informazioni tra i professionisti che invece la letteratura identifica come aspetti importanti (Ottevanger *et al.*, 2013): è fondamentale che i dati clinici siano costantemente riportati all'interno di un sistema IT, in formati familiari e accessibili ai professionisti. Dall'analisi emerge che le informazioni al team vengono fornite in forma cartacea o comunque non sono accessibili su piattaforme online. Detta criticità ha anche un risvolto sul percorso di cura del paziente, come documentato da alcuni clinici:

“L'assenza di tecnologie ICT è per noi un grosso problema. Non ci consente di visionare in anteprima o comunque in formato digitale la documentazione del paziente che ha un forte impatto sul percorso di cura del paziente stesso. Il sistema è, infatti, fortemente paper-based e questa è una grossa limitazione all'operatività del team” (Oncologo, centro 2).

Per far sì che l'intero processo funzioni, è necessario che i professionisti siano in grado di prepararsi agli incontri e che, in seguito alla discussione,

rendano immediatamente operative le decisioni prese. Una buona organizzazione a livello di pratiche di team non può funzionare se non è accompagnata da sistemi adeguati di condivisione delle informazioni. Tale aspetto, dunque, passa necessariamente per l'implementazione di tecnologie o strumenti che consentano sia una corretta condivisione delle informazioni cliniche e delle decisioni prese dal team, sia l'immediata prenotazione di visite, procedure ed esami diagnostici. La letteratura ha, infatti, ampiamente dimostrato che questi strumenti sono cruciali per garantire la tempestività del processo di cura (Granja, Janssen e Johansen, 2018), aspetto a sua volta fortemente correlato alla sopravvivenza. Dunque, affinché il team possa raggiungere gli obiettivi predefiniti, è necessario controllare il contesto in cui questo opera. L'organizzazione deve così prevedere strumenti e infrastrutture adeguati a supportare i professionisti in tale processo: spazi fisici in cui condurre i meeting, sistemi di condivisione dei dati clinici del paziente consultabili in qualsiasi momento, protocolli e procedure finalizzati a formalizzare il lavoro in team.

L'analisi ha evidenziato che l'assenza di regole, procedure e protocolli può, in alcuni casi, rallentare il processo di gestione e l'attivazione del percorso di cura del paziente. Il lavoro in team necessita della predisposizione di piani di lavoro chiari (es. frequenza incontri, prioritizzazione dei casi clinici, verbalizzazione delle decisioni ecc.) in cui sono definite altresì le responsabilità dei professionisti coinvolti.

“... l'utilizzo di software clinici potrebbe migliorare il percorso di cura: a oggi, infatti,

il team ha enormi potenzialità ma combattiamo spesso una guerra senza armi. Non possiamo infatti rendere immediatamente operativo il lavoro del team a causa dell'assenza di infrastrutture organizzative che non ci consentono di prenotare immediatamente visite, esami o terapie" (Radioterapista, centro 4).

Inoltre, è importante che l'organizzazione riconosca il lavoro svolto dal team e incoraggi gli sforzi dei professionisti incentivando la collaborazione e l'interdipendenza tra questi ultimi (West e Lyubovnikova, 2013). La nostra analisi ha consentito di mettere in luce un ulteriore aspetto: l'incentivazione o comunque il riconoscimento della partecipazione al team. Tale aspetto, largamente dibattuto, è stato rilevato dalla totalità dei membri del team e costituisce un problema soprattutto per quelle professionalità trasversali, che partecipano a *più* team multidisciplinari, come per esempio il radioterapista.

"Per via della mia specializzazione, la mia partecipazione è richiesta a diversi team multidisciplinari. Al contempo mi chiedono di incrementare l'attività radiologica. Come immaginate, le due cose sono incompatibili" (Radiologo, centro 3).

A tal proposito, l'attività di studio sul campo ha rilevato due principali criticità. In primo luogo, lavorare in team richiede tempo e risorse. Spesso, all'interno di ciascuna riunione vengono discussi circa 10 casi clinici cui segue la formalizzazione delle decisioni prese dal team e l'aggiornamento delle cartelle cliniche. Per facilitare la discussione e ridurre i tempi, i casi necessitano di una precedente prioritizzazione e visione da parte dei professionisti (Soukup *et al.*, 2018). Tut-

tavia, la partecipazione a più team e lo svolgimento della tradizionale attività medica rendono difficili e spesso incompatibili le due attività. La conseguenza più evidente è che assiduamente la partecipazione ai meeting è ridotta, specie per quei professionisti che svolgono attività a servizio di più team (es. radiologo): frequentemente la discussione viene posticipata e dunque è rallentato il processo di cura del paziente. In secondo luogo, i professionisti non sono incentivati al lavoro in team da parte dell'organizzazione, che non riconosce il tempo da loro dedicato alle attività. Tale criticità potrebbe essere risolta sia mediante la formalizzazione del lavoro in team sia, per esempio, con il riconoscimento di crediti ECM.

La ricerca-intervento ha consentito di identificare un ulteriore aspetto di forte criticità, legato all'operatività del team multidisciplinare. Solo in un caso, infatti, il comportamento del team rispondeva a precise regole di comportamento in relazione a: i) le tipologie di pazienti discussi dal gruppo; ii) l'individuazione del momento in cui il caso clinico viene riportato in discussione (follow-up). Come evidenziato da un oncologo:

"Purtroppo, non riusciamo a vedere tutti i pazienti. Abbiamo solo un'ora alla settimana che dobbiamo massimizzare. Molte volte la scelta dei casi da discutere dipende dal numero dei casi che dobbiamo discutere nel corso del meeting. Cerchiamo anche di rivedere i casi in follow-up, ma questo non è semplice" (Oncologo, centro 3).

Tale aspetto affonda le radici, con tutta probabilità, nel mancato riconoscimento del team: la scelta dei casi clinici da discutere è molto spesso legata alla

scarsa disponibilità di tempo a disposizione dei professionisti.

Infine, l'analisi ha portato alla luce alcuni aspetti rilevanti legati allo sviluppo di un approccio orizzontale per processi all'interno delle strutture sanitarie analizzate. Infatti, sembra mancare una cultura organizzativa che incoraggi il lavoro in team, la condivisione di informazioni, opinioni e feedback tra i professionisti. A tal fine, non è da sottovalutare la promozione e lo sviluppo di tali competenze attraverso attività di training e formazione mirate a favorire una maggiore integrazione tra professionisti con specialità complementari.

La Tab. 3 riporta le principali evidenze emerse dall'analisi con riferimento al team multidisciplinare.

4.2. I percorsi diagnostico terapeutici assistenziali

Con riferimento agli aspetti legati al Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA), l'analisi in questione ha evidenziato la necessità di prevedere un maggiore coordinamento orizzontale. Il coordinamento del paziente all'interno dell'ospedale e tra le diverse strutture, specie nella fase post dimissione per i pazienti fragili, è lasciato al singolo individuo e manca di strumenti di coordinamento oriz-

zontale. A supporto, si riportano le parole di un oncologo:

“Oggi siamo noi oncologi a farci carico del percorso del paziente all'interno della struttura. Siamo noi a richiedere gli esami e a contattare personalmente i pazienti per il follow-up. Quest'ultima attività è molto impegnativa e toglie tempo alle attività strettamente assistenziali, come le visite” (Oncologo, centro 2).

L'analisi condotta ha, difatti, mostrato come questa sia la maggiore criticità a oggi esistente per la gestione del paziente affetto da carcinoma polmonare non a piccole cellule localmente avanzato. La prenotazione di esami e visite viene svolta prevalentemente dal personale medico o dal paziente stesso, costretto spesso a spostarsi tra diverse unità operative. La discussione ha messo in risalto che il percorso del paziente potrebbe beneficiare dall'introduzione di due figure professionali, operanti su due livelli: livello aziendale e livello interaziendale. In questo senso, l'analisi ha rilevato la necessità di prevedere ruoli di integratori full time. In particolar modo, a livello aziendale, è stata compresa la necessità di istituire una figura professionale con competenze specifiche nell'area gestionale-organizzativa e

Tab. 3 – Sintesi delle caratteristiche dei team multidisciplinari

Implementate	Da implementare
Composizione del team	Incentivi/riconoscimento della partecipazione
Organizzazione dei meeting	Formalizzazione dell'output e ICT
Ruoli	Regole di funzionamento omogenee
	Promozione di un approccio orizzontale per processi nella gestione dei casi clinici
	Training e formazione per i professionisti per lo sviluppo di competenze di team working

con la funzione principale di guidare il paziente all'interno dei percorsi clinico-assistenziali, già condivisi a livello multidisciplinare. Questo integratore full time, denominato hospital nurse case manager, dovrà essere quindi deputato alla gestione complessiva del processo di cura del paziente, compresa la gestione dei follow-up, attività particolarmente impegnativa in termini di tempo. Inoltre, la discussione ha evidenziato come sia necessario che l'hospital case manager abbia anche un ruolo attivo nella gestione del team multidisciplinare. Con riferimento al livello interaziendale, ossia alla presa in carico del paziente all'interno della rete, lo studio ha accertato il bisogno di agevolare il coordinamento anche tra i diversi erogatori di prestazioni, la community case manager. L'analisi condotta ha consentito di evidenziare come possibile criticità la continuità assistenziale e la gestione del paziente tra le diverse strutture della rete alle quali si rivolge in particolare nella fase di follow-up. Diversi studi in letteratura hanno evidenziato l'importanza del follow-up; lo studio condotto da Younes, Gross e Deheinzelin nel 1999 ha sottolineato come il follow-up favorisca l'individuazione tempestiva di eventuali recidive del tumore o altri problemi legati allo stato di salute del paziente.

Accanto al bisogno di coordinamento orizzontale, la discussione nei focus group ha sollevato la necessità di presidiare alcuni aspetti organizzativi e altresì di predisporre slot ambulatoriali dedicati.

"In tanti casi non riusciamo a rispettare le tempistiche previste dalle linee guida. Prenotare all'interno dell'ospedale una TAC è molto difficile e l'attesa è spesso lunga. Siamo

costretti a chiedere ai pazienti di recarsi in centri privati perché le nostre TAC sono occupate da pazienti che devo controllarsi il ginocchio o la spalla" (Radiologo, centro 4).

Inoltre, è stato portato alla luce uno dei temi "caldi" dell'organizzazione sanitaria: l'appropriata dotazione, in termini numerici, di risorse umane e tecnologiche (per esempio EBUS per stadiazione e prelievo del materiale tumorale). In particolare, il tema della pianificazione delle risorse umane è stato più volte citato dai partecipanti al focus group come aspetto cruciale per la piena implementazione dei PDTA: come peraltro dimostrato dalla letteratura, l'utilizzo di nuove tecnologie necessita dello sviluppo di competenze specifiche. Tutto ciò si contrappone alle esigenze di pianificazione del personale in sanità, spesso mancanti di logiche di individuazione e valorizzazione dei talenti. Come riportato da uno pneumologo (centro 2):

"Io ci metto anni a formare i giovani appena specializzati a prelevare il materiale tumorale, aspetto cruciale per la definizione di terapie avanzate. Sa poi cosa succede? Che siccome noi non possiamo assumerli subito, arrivano i centri privati e li portano via... e io sono costretto a cominciare da zero" (Pneumologo, centro 2).

L'analisi ha evidenziato la necessità di valorizzare le competenze dei professionisti sanitari anche attraverso la promozione di processi ben definiti, finalizzati all'esecuzione di un esercizio corretto ed efficace dell'attività nonché all'integrazione tra i diversi specialisti. Affinché tali competenze possano essere valorizzate al meglio è opportuna la definizione di politiche nazionali e regionali efficaci che defi-

niscano una programmazione ottimale delle risorse attraverso specifici percorsi di carriera che ne valorizzi le competenze ultraspecialistiche.

4.3. Il sistema di monitoraggio e verifica
Infine, l'analisi sul campo ha messo in luce la mancanza di monitoraggio e valutazione delle performance moderni e coerenti con i modelli che mirano a realizzare l'approccio *patient-centred care*. Nei centri coinvolti, infatti, il monitoraggio e la valutazione delle performance sono per lo più legati a specifici indicatori (es. PNE) o valutazione delle singole Unità Operative. Manca, invece, un sistema in grado di misurarne l'efficacia, coerente con un approccio che distribuisca responsabilità organizzative, tecnologie, risorse e competenze intorno al percorso del paziente. In questo senso la discussione collettiva ha ritenuto opportuno proporre un sistema di indicatori in grado di assicurare un continuo monitoraggio e miglioramento del processo in un'ottica di *value-based healthcare*. Per tale motivo, il sistema di indicatori proposto è organizzato in 3 macroaree, secondo la logica tipica della balance scorecard: i) organizzazione; ii) outcome; iii) costi. L'obiettivo è quello di analizzare e valutare l'efficacia e l'efficienza del modello, monitorarne l'implementazione e i risultati ottenuti, fornendo così informazioni utili anche per eventuali azioni correttive. La letteratura, infatti, dimostra l'importanza di confrontarsi con indicatori; è però preferibile che gli indicatori siano effettivamente controllati e azionabili dai membri del team multidisciplinare, *owner* del percorso di cura, invece che essere calati dall'alto (Gort, Broekhuis e Regts, 2013).

5. Limitazioni dello studio

Il presente lavoro non è esente da limitazioni. In primo luogo, le evidenze raccolte sono frutto dell'analisi dei processi e dei meccanismi di funzionamento in 4 centri di eccellenza italiani. I risultati potrebbero, quindi, essere influenzati dalla limitata numerosità del campione. In aggiunta, trattandosi di centri di eccellenza, i risultati della ricerca-intervento dovrebbero essere validati anche in altri centri.

Ulteriore limitazione è rappresentata dalla scelta del focus group, che, pur essendo una metodologia adatta per la tipologia di analisi svolta, presenta comunque alcune criticità. Infatti, durante la discussione alcuni professionisti potrebbero prevalere su altri o potrebbe succedere che le risposte dei diversi partecipanti si conformino all'andamento della discussione.

6. Discussione e conclusioni

Questo studio, utilizzando la metodologia della ricerca-intervento, ha analizzato il grado di implementazione e gli esiti di un percorso standardizzato di presa in carico e di cura dei pazienti affetti da tumore al polmone. Contemporaneamente, si è analizzato il grado di strutturazione dei team multidisciplinari costituiti in 4 centri clinici italiani per la gestione di tale condizione clinica, nonché i meccanismi alla base del funzionamento degli stessi. Le evidenze raccolte hanno consentito di identificare alcuni aspetti critici per i quali la presente ricerca ha proposto una serie di possibili soluzioni, proposte in un modello definito dai ricercatori e dai professionisti dei 4 team come "ottimale".

Dal punto di vista teorico, la ricerca-intervento qui descritta aggiunge valore alla letteratura in tre modi. In primo luogo, il presente lavoro ha l'ambizione di applicare la ricerca-intervento a un contesto nel quale, sinora, tale metodologia risulta poco applicata. Le evidenze riscontrate si concentrano sulla riorganizzazione e valutazione di uno specifico "pezzo" dell'assistenza sanitaria, come per esempio il percorso operatorio o le cure neonatali. Ulteriori applicazioni riguardano il miglioramento del percorso di cura del tumore al seno e dei pazienti affetti da bronco pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO). Il presente lavoro si pone in continuità e arricchisce le evidenze sopra citate, fornendo evidenze circa l'applicazione della ricerca-intervento per la valutazione e la riorganizzazione del percorso di cura dei pazienti affetti da tumore al polmone, analizzando in una logica olistica anche il ruolo del team multidisciplinare. Nel fare questo, abbiamo adottato una prospettiva di *cooperative inquiry group* (Yorks e Nicolaidis, 2007) che ci ha consentito non solo di esplorare i problemi del percorso di cura e del team multidisciplinare della patologia investigata, ma anche di progettare e proporre soluzioni organizzative adeguate e frutto dell'interazione tra i vari soggetti grazie al coinvolgimento dei vari stakeholder (clinici, management e associazioni pazienti) (Baldwin, 2002).

In secondo luogo, questa ricerca fornisce ulteriori spunti per l'indagine sui team multidisciplinari, e in particolare modo in relazione all'analisi delle caratteristiche strutturali e degli elementi che ne facilitano la piena e

corretta implementazione. In questo senso, le evidenze raccolte sul campo hanno mostrato che alcune caratteristiche dei team multidisciplinari sono largamente implementate mentre altre non sono altrettanto strutturate. In particolare, l'organizzazione e la strutturazione dei team sono in linea con le precedenti evidenze della letteratura. I team garantiscono la partecipazione a tutti gli specialisti coinvolti nella diagnosi e nella cura dei pazienti, schedano gli incontri e i ruoli sono ben definiti (Prades *et al.*, 2015). Tuttavia, il presente studio ha rilevato l'annoso problema del rapporto tra tempo disponibile e partecipazione ai team multidisciplinari e le conseguenti scelte relative ai casi clinici da discutere nelle riunioni del team. L'approccio della ricerca-intervento ha consentito quindi di definire, grazie alla discussione con i diretti interessati, una possibile soluzione organizzativa per ridurre questo contrasto che si basa su: i) la presenza di un *Disease Management Team* strutturato, ii) l'utilizzo di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali, iii) la presenza di un sistema di indicatori specifici di monitoraggio del percorso di cura. Con riferimento al *Disease Management Team* il modello ottimale richiede quattro aspetti ulteriori e indispensabili: i) l'incentivazione alla partecipazione, ii) la formalizzazione dell'output, iii) la definizione dell'operatività del team, iv) la promozione di una cultura organizzativa adeguata.

La partecipazione all'incontro del gruppo multidisciplinare deve essere formalizzata e resa obbligatoria anche tramite il riconoscimento nell'orario di lavoro. La definizione di un modello a tendere non può prescindere dalla

messa in campo di tutti gli strumenti atti a garantirne la massima partecipazione. È, infatti, ampiamente dimostrato come una piena partecipazione agli incontri favorisca la discussione tra i membri. Tale processo si realizza non solo mediante il riconoscimento del tempo dedicato al team multidisciplinare nell'orario di lavoro, ma anche grazie a forme di incentivo. La letteratura evidenzia l'importanza di creare incentivi, finanziari e non, al fine di favorire la giusta cooperazione e collaborazione all'interno del team e motivarne i membri. Un altro elemento correlato alla partecipazione riguarda la necessità che la sede dell'incontro sia dotata di appropriate tecnologie per la visualizzazione e la condivisione di immagini radiologiche e dei referti, inclusi quelli delle analisi isto-patologiche. È inoltre auspicabile che la struttura si doti di una piattaforma tecnologica di videoconferenza e di condivisione delle informazioni, che permetta la discussione dei singoli casi anche "da remoto" agli specialisti non presenti all'incontro, come anche agli esperti esterni e, in prospettiva, al medico di medicina generale. Ulteriore aspetto indispensabile del modello ottimale è la formalizzazione dell'output del gruppo multidisciplinare. La mancata formalizzazione delle decisioni può, in alcuni casi, rallentare il processo di gestione del paziente: si pensi, per esempio, alla mancata prenotazione degli esami e di visite specialistiche. Aspetto strettamente correlato a questo è la necessità di rendere immediatamente operative le decisioni prese in sede di gruppo multidisciplinare. In tal senso, la formalizzazione passa necessariamente per l'implementazione di tecnologie e/o strumenti che consentano l'immediata

prenotazione di esami, visite o procedure chirurgiche. Inoltre, è necessario identificare dettagliatamente l'operatività del DMT in termini di: i) una puntuale definizione delle tipologie di pazienti discussi; ii) un'accurata definizione del momento in cui il paziente viene discusso o ridiscusso dal DMT. Infine, per il corretto funzionamento dei team multidisciplinari è auspicabile che venga sviluppata un'adeguata cultura organizzativa, ispirata ai principi del lavoro in team e dello scambio di informazioni, opinioni e feedback tra i membri, nell'ottica di raggiungere un obiettivo comune.

Con riferimento agli aspetti legati al Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) si ritiene che il modello ideale debba prevedere alcune condizioni organizzative, che ne facilitino una piena implementazione. In tal senso, è auspicabile l'istituzione di due figure operanti su due livelli: a livello aziendale un hospital nurse case manager e a livello interaziendale un community case manager.

Infine, la proposta di modello ottimale si completa con un sistema di indicatori.

In questo senso, il presente lavoro aggiunge valore alla già ampia letteratura sulle barriere e sugli elementi di facilitazione all'implementazione dei team multidisciplinari (Soukup *et al.*, 2018; Maharaj *et al.*, 2020).

Infine, questo lavoro fornisce ulteriore supporto empirico al tema del miglioramento continuo in sanità. È infatti noto che l'utilizzo dei PDTA migliori l'efficacia e l'efficienza dei processi clinici (Panella, Marchisio e Di Stanislao, 2003). In particolar modo, questo lavoro dimostra come il management sia cruciale per la loro effettiva implementazione (Stone *et al.*, 2018).

Inoltre, si evidenzia il ruolo giocato dalla valutazione critica dell'organizzazione: l'implementazione di soluzioni per il miglioramento della qualità passa anche per il presidio e la riprogettazione di alcune attività cruciali dell'organizzazione sanitaria.

Diverse sono anche le implicazioni sotto il profilo manageriale e di politica sanitaria.

L'analisi, svolta grazie al coinvolgimento di gruppi di lavoro costituiti da professionisti impegnati nei team multidisciplinari, ha evidenziato la necessità di formalizzare il ruolo dei team multidisciplinari nell'ambito di forme organizzative e strutturali per l'assistenza sanitaria, quali quelle dipartimentali (Cicchetti, 2013). I team multidisciplinari, infatti, si caratterizzano per facilitare la convergenza di profes-

sionisti formalmente afferenti a diverse strutture dipartimentali. Ciò nonostante, ancora oggi in molti ospedali il tempo di lavoro dedicato a queste attività trova difficilmente spazio nei modelli di programmazione e controllo aziendale, con le ineluttabili conseguenze nei meccanismi di remunerazione del lavoro e nella valorizzazione del tempo dedicato dal professionista a questo tipo di attività. Gli attuali schemi dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro, adottati per l'inquadramento dei medici e degli altri professionisti nelle organizzazioni del Servizio Sanitario Nazionale, non sempre permettono un adeguato riconoscimento di tali attività nel novero degli obblighi contrattuali oltre che professionali, condizione che in qualche caso ne limita la diffusione e l'impatto.

BIBLIOGRAFIA

Addicott R., McGivern G., & Ferlie E. (2006). Networks, organizational learning and knowledge management: NHS cancer networks. *Public Money and Management*, 26(2): 87-94. DOI: 10.1111/j.1467-9302.2006.00506.x.

Albano R. (2010). La ricerca intervento. In: Fabbri T.M., Solari L., *Organizzare: concetti e metodi*, Roma.

Baldwin M. (2002). Co-operative inquiry as a tool for professional development. *Systemic Practice and Action Research*, 15(3): 223-235. DOI: 10.1023/A:1016392325258.

Bradbury-Huang H. (2012). Value of action research in new healthcare: The importance of advancing action research through relational

networks. *Action Research*, 10(4): 332-335. DOI: 10.1177/1476750312471841.

Brown B.B., Patel C., McInnes E., Mays N., Young J., & Haines M. (2016). The effectiveness of clinical networks in improving quality of care and patient outcomes: a systematic review of quantitative and qualitative studies. *BMC health services research*, 16(1): 360. DOI: 10.1186/s12913-016-1615-z.

Buja A., Paganini M., Cocchio S., Scionio M., Rebba V., & Baldo V. (2020). Demographic and socio-economic factors, and healthcare resource indicators associated with the rapid spread of COVID-19 in Northern Italy: An ecological study. *PLoS One*, 15(12): e0244535.

- Butera F. (1980). La ricerca intervento. In: Bontadini P., Gasparini G. (Eds.). *Teoria della organizzazione e realtà italiana: problemi e contributi*. Milano: FrancoAngeli.
- Carrato A., Vergnenègre A., Thomas M., McBride K., Medina J., & Cruciani G. (2014). Clinical management patterns and treatment outcomes in patients with non-small cell lung cancer (NSCLC) across Europe: EPICLIN-Lung study. *Current medical research and opinion*, 30(3): 447-461. DOI: 10.1185/03007995.2013.860372.
- Cicchetti A. (2013) (a cura di). *I dipartimenti ospedalieri nel Ssn: Origini, evoluzione e prospettive*. Milano: FrancoAngeli.
- Cicchetti A. (2018). *L'organizzazione: la migliore medicina, X Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici*. Roma: FAVO.
- Corral J., Espinàs J.A., Cots F., Pareja L., Solà J., Font R., & Borràs J.M. (2015). Estimation of lung cancer diagnosis and treatment costs based on a patient-level analysis in Catalonia (Spain). *BMC health services research*, 15(1): 70. DOI: 10.1186/s12913-015-0725-3.
- Croke J.M., El-Sayed S. (2012). Multidisciplinary management of cancer patients: chasing a shadow or real value? An overview of the literature. *Current Oncology*, 19(4): e232-e238. DOI: 10.3747/co.19.944.
- Cropper S., Hopper A., & Spencer S.A. (2002). Managed clinical networks. *Archives of Disease in Childhood*, 87(1): 1-4. DOI: 10.1136/adc.87.1.1.
- Denscombe M. (2007). *The Good Research Guide: For Small-Scale Social Research Projects*. London: McGraw-Hill.
- Doroshov D.B., Sanmamed M.F., Hastings K., Politi K., Rimm D.L., Chen L., Melero I., Schalper K.A., & Herbst R.S. (2019). Immunotherapy in Non-Small Cell Lung Cancer: Facts and Hopes. *Clin Cancer Res.*, 25(15): 4592-4602. DOI: 10.1158/1078-0432.CCR-18-1538.
- Duggleby W. (2005). What About Focus Group Interaction Data?. *Qualitative Health Research*, 15(6):832-840. DOI:10.1177/1049732304273916.
- Eberhardt W.E., De Ruysscher D., Weder W., Le Péchoux C., De Leyn P., Hoffmann H., Westeel V., Stahel R., Felip E., Peters S., & Panel Members (2015). 2nd ESMO Consensus Conference in Lung Cancer: locally advanced stage III non-small-cell lung cancer. *Ann Oncol.*, 26(8): 1573-1588. DOI: 10.1093/annonc/mdv187.
- Edwards N. (2002). Clinical networks: Advantages include flexibility, strength, speed, and focus on clinical issues. *BMJ*, 324: 63. DOI: 10.1136/bmj.324.7329.63.
- Fennell M.L., Das I.P., Clauser S., Petrelli N., & Salner A. (2010). The organization of multidisciplinary care teams: modeling internal and external influences on cancer care quality. *Journal of the National Cancer Institute. Monographs*, (40): 72-80. DOI: 10.1093/jncimonographs/lgq010.
- Ferlay J., Soerjomataram I., Dikshit R., Eser S., Mathers C., Rebelo M., Parkin D.M., Forman D., & Bray F. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN. *Int J Cancer*, 136(5): E359-86. DOI: 10.1002/ijc.29210.
- Fleissig A., Jenkins V., Catt S., & Fallowfield L. (2006). Multidisciplinary teams in cancer care: are they effective in the UK?. *The lancet oncology*, 7(11): 935-943.
- Fleming I., Monaghan P., Gavin A., & O'Neill C. (2008). Factors influencing hospital costs of lung cancer patients in Northern Ireland. *The European Journal of Health Economics*, 9(1): 79-86. DOI: 10.1007/s10198-007-0047-4.
- Fulop N.J., & Ramsay A.I. (2019). How organisations contribute to improving the quality of health-care. *BMJ*, 365: l1773. DOI: 10.1136/bmj.l1773.
- Gorin S.S., Haggstrom D., Han P.K., Fairfield K. M., Krebs P., & Clauser S.B. (2017). Cancer care coordination: a systematic review and meta-analysis of over 30 years of empirical studies. *Annals of Behavioral Medicine*, 51(4): 532-546. DOI: 10.1007/s12160-017-9876-2.
- Gort M., Broekhuis M., & Regts G. (2013). How teams use indicators for quality improvement – A multiple-case study on the use of multiple indicators in multidisciplinary breast cancer teams. *Social Science & Medicine*, 96(C): 69-77. DOI: 10.1016/j.socscimed.2013.06.001.
- Grandori A. (1996). Disegni di ricerca in organizzazione. In: Costa G., Nacamulli R.C.D. (Eds.). *Manuale di Organizzazione Aziendale: vol. 5, Metodi e tecniche di analisi e di intervento*. Torino: Utet.
- Granja C., Janssen W., & Johansen M.A. (2018). Factors Determining the Success and Failure of eHealth Interventions: Systematic Review of the Literature. *J Med Internet Res.*, 20(5):e10235. DOI: 10.2196/10235.
- Helfrich C.D., Weiner B.J., McKinney M.M., & Minasian L. (2007). Determinants of implementation effectiveness: adapting a framework for complex innovations. *Medical care research and review*, 64(3):279-303. DOI:10.1177/1077558707299887.
- Hughes A.M., Gregory M.E., Joseph D.L., Sonesh S.C., Marlow S.L., Lacerenza C.N., Benishek L.E., King H.B., & Salas E. (2016). Saving lives: A meta-analysis of team training in healthcare. *J Appl Psychol.*, Sep., 101(9): 1266-1304. DOI: 10.1037/apl0000120.

- Huxham C., & Vangen S. (2003). Researching organizational practice through action research: Case studies and design choices. *Organizational Research Methods*, 6(3): 383-403. DOI: 10.1177/1094428103254454.
- Kitzinger J. (1994). The Methodology of Focus Groups: The Importance of Interaction between Research Participants. *Sociology of Health & Illness*, 16: 103-121. DOI: 10.1111/1467-9566.ep11347023.
- Maharaj S., Brahim A., Brown H. et al. (2020). Identifying dispensing errors in pharmacies in a medical science school in Trinidad and Tobago. *J of Pharm Policy and Pract*, 13(67). DOI: 10.1186/s40545-020-00263.
- Malterud K. (2012). Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scandinavian journal of public health*, 40(8): 795-805. DOI: 10.1177/1403494812465030.
- Morabito A. (2016). The evolution of the treatment of advanced NSCLC. *Recenti Prog Med*, 107(10): 510-514. DOI: 10.1701/2454.25700.
- Morgan D.L. (1996). *Focus groups as qualitative research*. Thousand Oaks: SAGE publications.
- Novello S., Barlesi F., Califano R., Cufer T., Ekman S., Levra M.G., Kerr K., Popat S., Reck M., Senan S., Simo G.V., Vansteenkiste J., Peters S., & ESMO Guidelines Committee (2016). Metastatic non-small-cell lung cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*, 27(5): v1-v27. DOI: 10.1093/annonc/mdw326.
- Ottevanger N., Hilbink M., Weenk M., Janssen R., Vrijmoeth T., de Vries A., & Hermens R. (2013). Oncologic multidisciplinary team meetings: evaluation of quality criteria. *Journal of evaluation in clinical practice*, 19(6): 1035-1043.
- Pan C.C., Kung P.T., Wang Y.H., Chang Y.C., Wang S.T., & Tsai W.C. (2015). Effects of multidisciplinary team care on the survival of patients with different stages of non-small cell lung cancer: a national cohort study. *PloS one*, 10(5): e0126547. DOI: 10.1371/journal.pone.0126547.
- Panella M., Marchisio S., Di Stanislao F. (2003). Reducing clinical variations with clinical pathways: do pathways work?. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(6): 509-521. DOI: 10.1093/intqhc/mzg057.
- Prades J., Remue E., Van Hoof E., & Borrás J.M. (2015). Is it worth reorganising cancer services on the basis of multidisciplinary teams (MDTs)? A systematic review of the objectives and organisation of MDTs and their impact on patient outcomes. *Health Policy*, 119(4): 464-474. DOI: 10.1016/j.healthpol.2014.09.006.
- Reason P., & Bradbury H. (2008). Editorial. *Action Research*, 6(1): 5-6. DOI: 10.1177/1476750308089760.
- Salas-Vega S., Iliopoulos O., & Mossialos E. (2017). Assessment of Overall Survival, Quality of Life, and Safety Benefits Associated With New Cancer Medicines. *JAMA Oncol*, Mar 1; 3(3): 382-390. DOI: 10.1001/jamaoncol.2016.4166.
- Soukup T., Lamb B.W., Arora S., Darzi A., Sevdalis N., & Green J.S. (2018). Successful strategies in implementing a multidisciplinary team working in the care of patients with cancer: an overview and synthesis of the available literature. *Journal of multi-disciplinary healthcare*, 11: 49-61. DOI: 10.2147/JMDH.S117945.
- Stone E., Rankin N., Kerr S., Fong K., Currow D.C., Phillips J., Connon T., Zhang L., & Shaw T. (2018). Does presentation at multidisciplinary team meetings improve lung cancer survival? Findings from a consecutive cohort study. *Lung Cancer*, 124: 199-204. DOI: 10.1016/j.lungcan.2018.07.032.
- Taylor C., Munro A.J., Glynne-Jones R., Griffith C., Trevatt P., Richards M., & Ramirez A.J. (2010). Multidisciplinary team working in cancer: what is the evidence?. *Bmj*, 340.
- Vansteenkiste J.D., De Ruyscher W.E.E., Eberhardt E., Lim S., Senan E., Felip S. Peters, on behalf of the ESMO Guidelines Working Group (2014). Early and locally advanced non-small-cell lung cancer (NSCLC): ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 24: vi89-vi98. DOI: 10.1093/annonc/mdt241.
- Waterman H., Tillen D., Dickson R., & De Koning K. (2001). Action research: A systematic review and assessment for guidance. *Health Technology Assessment*, 5(23): 1-166.
- Weaver S.J., Dy S.M., Rosen M.A. (2014). Team-training in healthcare: a narrative synthesis of the literature. *BMJ Qual Saf*, May, 23(5): 359-72. DOI: 10.1136/bmjqs-2013-001848.
- Weller J., Boyd M., & Cumin D. (2014). Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgraduate medical journal*, 90(1061): 149-154.
- West M.A., & Lyubovnikova J. (2013). Illusions of team working in health care. *Journal of health organization and management*, 27(1): 134-142.
- Yorks L., & Nicolaides A. (2007). The role conundrums of co-inquiry action research: Lessons from the field. *Systemic Practice and Action Research*, 20(1): 105-116. DOI: 10.1007/s11213-006-9053-1.