

La governance collaborativa: un'opportunità per gestire le cure oncologiche in rete*

Francesca Meda, Michela Bobini, Giovanni Fattore**

Nel contesto attuale di forte sviluppo dell'assistenza di comunità, come previsto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, l'articolo analizza il decentramento territoriale delle cure oncologiche presso il Distretto socio-sanitario di Aprilia (ASL di Latina). L'esperienza viene interpretata alla luce della teoria della Collaborative Governance come esempio virtuoso di rete collaborativa inter-istituzionale. Attraverso una metodologia qualitativa che combina analisi desk, interviste semi-strutturate e visita *in loco*, si evince che il successo di questo caso si basa sulla presenza di solide relazioni di collaborazione trasversale; sull'individuazione chiara di un obiettivo comune; sulla motivazione dei professionisti che esita in un processo di umanizzazione delle cure; su una particolare attenzione alle problematiche logistiche. Questo caso può servire come esempio per altri contesti e per l'introduzione di innovazioni simili, anche in altre aree terapeutiche.

* Si ringrazia Roche Italia s.p.a. per il supporto finanziario incondizionato alla stesura del caso. Si ringrazia inoltre tutte le persone intervistate.

** Francesca Meda, CERGAS SDA Bocconi School of Management.

Michela Bobini, CERGAS SDA Bocconi School of Management.

Giovanni Fattore, Università Bocconi e CERGAS SDA Bocconi School of Management.

Parole chiave: Casa della Salute, oncologia, prossimità, decentramento, territorio, innovazione di servizio.

Collaborative governance: An opportunity to manage networked cancer care

In the current context of strong pressure towards the development of community assistance, as envisaged by the National Recovery and Resilience Plan, the article analyzes the territorial decentralization of oncological care at the Social and Health District of Aprilia (a city near Rome). The experience is interpreted in the light of the theory of Collaborative Governance as a virtuous example of inter-institutional collaborative network. Through a qualitative methodology that combines desk analysis, semi-structured interviews and site visits, it emerges that the success of this case is based on the presence of solid cross-functional relationships; on the clear identification of a common goal; on the motivation of professionals that triggers a process of humanization of care; on careful attention to logistical issues. This case may serve as useful example for other contexts and for introducing similar innovations, even in other therapeutic areas.

S O M M A R I O

1. Introduzione e rilevanza dello studio
2. Review della letteratura e framework teorico
3. Metodologia
4. Risultati
5. Discussione
6. Conclusioni e implicazioni manageriali

Keywords: House of Health, oncology, community, decentralization, rural areas, service innovation.

Articolo sottomesso: 09/10/2023,
accettato: 07/02/2024

1. Introduzione e rilevanza dello studio

Più di 7 miliardi di euro vengono destinati dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) al rafforzamento dell'assistenza territoriale e al potenziamento delle reti di prossimità; di questi, 2 alla costruzione e ristrutturazione di Case della Comunità (CdC). Inizialmente denominate Case della Salute (CdS), questo setting trova un primo input normativo nell'ambito della Legge Finanziaria del 2007, con cui furono stanziati risorse *ad hoc* per la sua sperimentazione. La CdS viene descritta come “una struttura polivalente in grado di erogare in uno stesso spazio fisico l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie, favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie” (Legge n. 296/2006, art. 1, comma 806) e, nel corso degli anni, ha visto la sua realizzazione attraverso diverse declinazioni regionali (Del Vecchio *et al.*, 2016). La stessa definizione di CdS è cambiata nel tempo e continua a evolvere: se, nelle fasi iniziali, la necessità di trovare una soluzione ai problemi posti dalla riconversione dei piccoli ospedali era la principale motivazione di introduzione di queste nuove strutture, negli anni più recenti la loro evoluzione è stata accompagnata da altre ragioni: esigenze sociali di rinsaldare i legami con la

comunità, tensioni ideali ancorate all'affermazione di nuovi modelli di cura di prossimità e anche tendenze di carattere più funzionale focalizzate alla semplificazione dell'accesso e al miglioramento dell'esperienza di utilizzo dei servizi (Giudice *et al.*, 2022). Le opportunità offerte dalle tecnologie e le sfide poste da contesti socio-demografici di riferimento, sempre più differenziati e interconnessi nella risposta agli utenti e comunità servite, portano a considerare profili evolutivi diversi per il modello atteso di CdC. Il dibattito sulle possibili evoluzioni (non solo fisiche) delle CdC necessita di essere adeguatamente nutrito con evidenze solide ed esperienze finora maturate.

Un caso in questo senso è quello dei servizi di prossimità offerti dall'Unità Operativa di Oncologia Universitaria che opera, nell'ambito del Distretto 1 dell'ASL di Latina, presso la Casa della Salute di Aprilia. La possibilità di ricevere cure oncologiche in un presidio territoriale di prossimità consente ai malati residenti nelle zone più decentrate di ricevere le stesse opportunità di cura di chi vive vicino alla grande città e può accedere più facilmente all'ospedale hub di riferimento. Il presidio ospedaliero hub più vicino è l'Ospedale Santa Maria Goretti, situato a Latina, a circa 30 km da Aprilia, una distanza percorribile in media in 30 minuti di auto o con un tempo variabile tra 1.30 e 2.30 ore con il trasporto pubblico. La distanza dal luogo di cura e i disagi legati al viaggio verso le strutture di offerta – “travel burden” secondo la letteratura di riferimento (Ambroggi *et al.*, 2015; Perrone *et al.*, 2019) – sono tra gli elementi che possono influenzare negativamente sia l'aderenza alle cure sia, di conseguenza, la qualità della vita e la sopravvi-

venza dei pazienti. Un paziente oncologico deve affrontare ostacoli che esulano dalla sfera più strettamente clinica e che sono di natura economica, sociale, psicologica e familiare, spesso più intensi e gravi per chi vive nelle aree interne, decentrate e quindi più lontane dalla rete dei servizi (Cavanna *et al.*, 2021). A questo elemento bisogna inoltre aggiungere che, negli ultimi decenni, si è registrato un aumento significativo della sopravvivenza dei malati oncologici, anche per coloro con forma metastatica avanzata: a fronte dei 2,5 milioni di cittadini italiani viventi nel 2006 con una progressa diagnosi di tumore, si è passati a circa 3,6 milioni nel 2020, pari a circa 6% della popolazione italiana e l'aumento è stato particolarmente marcato per coloro che vivono da oltre 10 o 15 anni dalla diagnosi (AIOM, 2022). Da un lato, i programmi di screening permettono diagnosi sempre più precoci, dall'altro terapie specifiche permettono un incremento del tasso di guarigione e/o di sopravvivenza anche in pazienti con malattia metastatica e di conseguenza più difficilmente guaribile (Parry *et al.*, 2011). In ultimo, l'aumento della speranza di vita e l'invecchiamento progressivo della popolazione rappresentano fattori strutturali che favoriscono lo sviluppo delle malattie neoplastiche, la cui incidenza di fatto aumenta con l'avanzare dell'età e con la compresenza di patologie quali ipertensione, cardiopatia, diabete ecc. Tutto questo comporta la necessità di controlli clinici, esami strumentali, terapie ripetute nel tempo, ovvero un insieme di servizi classificabili come "a bassa complessità, ma ad alta frequenza", che nei fatti potrebbero trovare una collocazione appropriata nei nuovi setting di pros-

simità. Quest'aspetto di organizzazione delle cure oncologiche, che devono "estendersi" tra diversi setting ospedale-territorio in rete tra loro, viene inoltre ripreso dalle recenti linee guida regionali per la realizzazione della rete oncologica regionale (Det. G01829, 14/02/2023), dove le case di comunità diventano luogo (fisico e/o virtuale) per i servizi di prossimità.

Da tempo si è aperto il dibattito a livello nazionale sulla necessità di promuovere l'oncologia di prossimità o oncologia diffusa (AGENAS, 2022; Bobini *et al.*, 2022), aprendo a modelli organizzativi innovativi di presa in carico decentrata dei pazienti oncologici, per evitare che l'unico punto di riferimento per questi ultimi rimanga solamente l'oncologia ospedaliera dei presidi hub, situati nei grandi centri urbani. A questo proposito, nel recente studio di AGENAS (2022) relativo ai modelli di oncologia diffusa, vengono descritte tre diverse esperienze (due in Emilia Romagna e una in Toscana) mettendone in luce comunianze e differenze rispetto a: i servizi offerti e setting coinvolti, l'organizzazione in termini di risorse umane e competenze, i meccanismi di governance, gli strumenti di ricerca e innovazione e il processo di implementazione. Queste tre esperienze, mostrano la possibilità di un'alternativa concreta all'oncologia unicamente erogata in centri specialistici. Mostrano in altre parole, che è possibile "progettare modelli di assistenza che avvicinino i pazienti ai setting assistenziali senza ripercussioni sul piano della qualità assistenziale e con una riduzione dei disagi legati ai lunghi spostamenti" (AGENAS, 2022; 37). Accanto alle potenzialità di innovazione e al beneficio per il paziente, lo studio però

sottolinea come queste esperienze richiedano la presenza necessaria di precise condizioni facilitanti e una trasformazione profonda sia nei modelli organizzativi sia nella cultura professionale. Infine, tutte le esperienze studiate risultano essere il frutto di un lungo e graduale processo di cambiamento. La Casa della Salute di Aprilia, inserita nella più ampia rete dei servizi del Distretto 1 dell'ASL di Latina e collegata funzionalmente all'oncologia medica dell'Università La Sapienza di Roma, si inserisce in questo quadro composito, proponendo un nuovo e diverso modello di decentramento oncologico.

Il presente studio ha l'obiettivo di descrivere il modello assistenziale offerto ad Aprilia, mettendone in luce gli aspetti organizzativi, di funzionamento e i relativi fattori abilitanti che ne hanno permesso la realizzazione. Lo studio si concentra principalmente sull'analisi dei meccanismi di gestione e governance del servizio, intesa come esempio virtuoso di collaborative governance (Ansell & Gash, 2008; Emerson *et al.*, 2012). Questo caso studio può offrire una base di conoscenza utile per esprimere valutazioni prospettiche in termini di futuri modelli di assistenza territoriale. In questo senso, il caso di Aprilia assume un valore di possibile esperienza benchmark rispetto ad altri contesti in cui si stanno portando avanti ragionamenti simili e che, in vista dell'implementazione del PNRR, saranno sempre più diffusi in tutto il territorio nazionale.

L'articolo è strutturato come segue: viene brevemente illustrata la teoria di riferimento di collaborative governance (§2); viene presentata la metodologia e il processo di raccolta e analisi

dati (§3); vengono illustrati i risultati (§4) e discussi secondo la teoria di riferimento evidenziata dalla review della letteratura (§5); infine, vengono proposte alcune implicazioni manageriali e di policy rispetto all'analisi del caso (§6).

2. Review della letteratura e framework teorico

La letteratura internazionale da tempo riconosce e sottolinea come i pazienti oncologici abbiano bisogno di cure coordinate e quanto più possibile integrate, incentrate sui loro valori e preferenze (Abernethy *et al.*, 2010). Coloro che vivono con una diagnosi di cancro e coloro che sopravvivono alla malattia devono ricevere cure e servizi, contemporaneamente o in vari momenti nel tempo, da più professionisti, che lavorano in varie sedi e setting strutturalmente separati (ambulatori oncologici e medici, unità ospedaliere di ricovero, residenze di cure palliative, direttamente al domicilio ecc.) (Taplin *et al.*, 2012). Per soddisfare questa esigenza di integrazione e coordinamento del percorso di cura, è necessario, per il sistema sanitario, evitare di operare in "silos" (Liberati *et al.*, 2016): fornire cure e servizi efficaci e di alta qualità richiede un passaggio a una logica di interdipendenza dove il lavoro in team multidisciplinari consente lo scambio di informazioni, conoscenze e competenze (Taplin *et al.*, 2015) e la creazione di una leadership condivisa tra professioni, livelli organizzativi e setting assistenziali, che non possono essere solo ospedalieri (Tremblay *et al.*, 2016). Risalgono agli anni Novanta le prime esperienze di reti cliniche in campo oncologico (WHO, 2002), nate come gestione strategica e coordinamento

inter-organizzativo dell'assistenza, promozione, erogazione di servizi integrati al fine di migliorarne la qualità (Haward *et al.*, 2008).

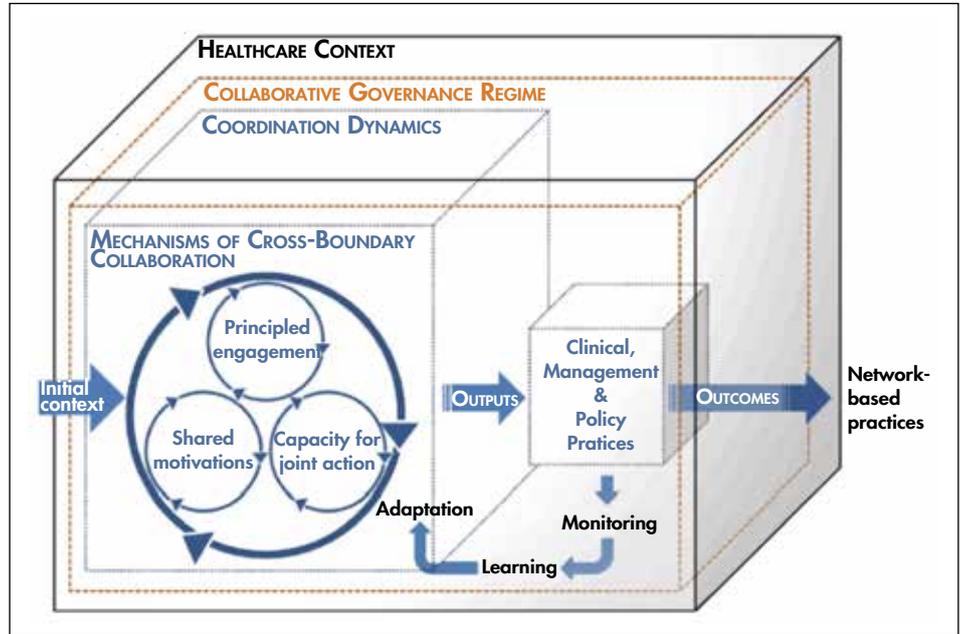
In termini generali, una rete può essere definita come “un insieme di molteplici organizzazioni che sono legate da una qualche forma di interdipendenza strutturale in cui un'unità non è subordinata alle altre [...] e che coordinano le loro attività congiunte attraverso diversi tipi di relazioni peer-to-peer” (Turrini *et al.*, 2010, p. 529). Riconoscendo quindi le interdipendenze tra professioni e setting come elemento fondante delle cure oncologiche, le reti rappresentano l'opportunità di riorganizzare le pratiche cliniche, al fine di aumentare la sicurezza e l'efficacia delle cure e superare la tradizionale frammentazione della filiera dei servizi assistenziali. Diversi studi si sono concentrati a investigarne le caratteristiche operative (meccanismi di coordinamento, strumenti, dimensione, stabilità interna, competenze, motivazione e grado di partecipazione dei membri della rete, capacità di condivisione della conoscenza e di innovazione ecc.) e i rispettivi elementi di contesto (tipologia di sistema sanitario, disponibilità di risorse finanziarie e umane, capitale sociale e istituzionale ecc.) (Provan *et al.*, 2008 & 2011), individuando, inoltre, nella motivazione dei professionisti, nella legittimità della leadership e nei rapporti di fiducia interpersonali, alcune delle determinanti fondamentali per la sostenibilità e l'efficacia delle reti nel tempo (Haines *et al.*, 2012). L'impatto delle reti sugli esiti di salute e in termini di costo-efficacia delle cure è un ambito in parte ancora da esplorare: alcuni studi hanno trovato un miglioramento delle abilità funzionali e cognitive dei

pazienti (Hebert *et al.*, 2010), una migliore esperienza di cura e soddisfazione, un incremento nella qualità delle cure di fine vita (Sheinfeld *et al.*, 2017); mentre le evidenze sull'impatto economico delle reti sul sistema sanitario nel suo complesso rimangono miste (Leung *et al.*, 2004). In questo senso, i meccanismi di governance e di gestione delle reti diventano elementi fondamentali che ne determinano l'evoluzione e la relativa efficacia (Molin & Masella, 2016). Come sottolineano Tremblay *et al.* (2019), la natura pluralistica delle reti, composta da molteplici “nodi” decisionali, richiede una governance collaborativa (collaborative governance) in grado di superare le barriere tra “silos” operativi e professionali, che minano l'effettivo coordinamento delle cure oncologiche.

Nella letteratura di public administration, il concetto di collaborative governance (CG) è stato variamente studiato in diversi contesti (Ansell & Gash, 2008; Bingham & O'Leary 2008; Cooper *et al.*, 2006; Fung, 2006; Sirianni, 2009). Recentemente, alcuni studi in ambito medico lo hanno utilizzato per approfondire i meccanismi di gestione delle reti oncologiche (Tremblay *et al.*, 2016; 2019; 2023; Vindrola-Padros *et al.*, 2022). Seguendo l'impostazione di Tremblay *et al.* (2019), il presente studio adotta la definizione di CG: “i processi e le strutture di decision-making e gestione dell'azione pubblica che coinvolgono le persone in modo costruttivo, valicando i confini tra enti pubblici, livelli di governo e sfere private, per realizzare uno scopo collettivo che altrimenti non si sarebbe potuto raggiungere” (Emerson *et al.*, 2021; p. 2) (Fig. 1).

Fig. 1
 Framework di collaborative governance nell'ambito delle cure oncologiche

Fonte: Tremblay *et al.* (2019), adattamento da Emerson *et al.* (2012).



Il “collaborative governance regime” rappresenta l’elemento centrale del framework e consiste in un sistema di decision-making in cui relazioni di collaborazione trasversale sono il tratto distintivo. In questo senso, ben si applica al caso della rete di servizi oncologici. Questo sistema di CG viene influenzato dalle caratteristiche politiche, legali, sociali, economiche, ambientali che caratterizzano il più ampio sistema sanitario (*healthcare context*). Allo stesso tempo, l’efficacia della CG dipende da come sono strutturati i suoi meccanismi collaborativi interni (*mechanisms of cross-boundary collaboration*). Questi ultimi sono sintetizzati in tre principali elementi: (a) il coinvolgimento dei vari nodi e stakeholder della rete, (b) la motivazione condivisa intesa come rapporto di reciproca fiducia, comprensione, legittimità e impegno, (c) la capacità e la potenzialità di agire congiuntamente,

sulla base degli accordi istituzionali e procedurali, delle risorse, della presenza di leadership e sufficiente grado di conoscenza tecnica. Questo framework è stato adottato dagli autori per definire gli elementi da analizzare, le lenti attraverso cui “leggere” e interpretare il caso empirico e per impostare la raccolta dati.

3. Metodologia

Per rispondere agli obiettivi di ricerca, la metodologia del caso studio appare l’approccio metodologico più adatto in quanto permette di indagare in profondità le caratteristiche peculiari del modello assistenziale di Aprilia, valorizzandolo come esempio significativo di decentramento erogativo delle cure oncologiche sul territorio (Bertolini *et al.*, 2011; Linnander *et al.*, 2017). Il caso studio è stato condotto attraverso una meto-

dologia di ricerca qualitativa, comprensiva di tre diverse fasi, consequenziali e interrelate tra loro (Dearnley, 2005; Adams, 2015): (a) analisi desk di materiale documentale pubblicamente accessibile online, proveniente da fonti governative, istituzionali e aziendali (documenti aziendali dell'ASL di Latina come il piano della performance, l'atto aziendale, carta dei servizi, linee guida; delibere regionali di interesse e altri documenti come il piano di sviluppo socio-sanitario regionale, linee guida della rete oncologica regionale ecc.); siti web delle organizzazioni no-profit e delle strutture di cura private coinvolte nel modello di cura, relativi bilanci sociali, piani strategici ecc.); (b) interviste semistrutturate con un purposive sample di 13 key informant coinvolti nel sistema di cura presente Aprilia (Tab. 1); (c) una visita *in loco* presso la Casa della Salute, effettuata il 23 marzo 2023. Durante la visita *in loco*, a 3 pazienti oncologici in cura presso la struttura

sono state fatte alcune domande esplorative in merito al gradimento percepito delle cure ricevute, in merito alla soddisfazione rispetto al percorso di presa in carico e al rapporto con i professionisti. Le evidenze raccolte tramite queste interlocuzioni hanno contribuito allo studio osservazionale condotto durante la visita *in loco* presso la CdS di Aprilia.

Le interviste, di un'ora ciascuna, sono state condotte in distance tramite videocall, sulla base di una traccia semistrutturata composta da 15 domande, suddivise in quattro macro-aree e finalizzate ad analizzare i costrutti del framework teorico di CG, così come riportate in Tab. A in Appendice. La struttura dell'intervista è stata elaborata adattando il protocollo di ricerca utilizzato da Pitchford *et al.* (2017) che analizza le strutture di community care afferenti all'NHS inglese. Obiettivo delle interviste è stato quello di inquadrare la singola esperienza individuale nel modello organizzativo e di servizio complessi-

Tab. 1 – Key informant intervistati

Struttura di appartenenza	Ruolo professionale
Distretto 1 ASL di Latina	Direttore di Distretto e Direttore della CdS di Aprilia
	Dirigente medico in staff alla Direzione
	Medici di Medicina Generale del Distretto 1 dell'ASL Latina
Unità Operativa di Oncologia Territoriale	Direttore UOC di Oncologia
	Personale medico oncologico
	Coordinatrice infermieristica oncologia territoriale
Università La Sapienza, Roma	Personale infermieristico
	Specializzandi in oncologia
	Direttore Oncologia Medica
Associazioni pazienti e di volontariato	Coordinatore Tribunale Diritti del Malato della sede di Aprilia
	Fondatore e membro del Consiglio Direttivo Fondazione Heal
	Presidente Associazione Il senso della vita

vo, comprendendone motivazioni personali alla base, indagando l'impatto percepito sulla propria condizione lavorativa, raccogliendo valutazioni soggettive in termini di efficacia percepita del servizio, benefici prodotti, ostacoli affrontati e potenziale replicabilità futura del modello. Le interviste, condotte tra febbraio 2023 e aprile 2023, sono state registrate e, una volta trascritte, analizzate e sistematizzate. Le evidenze delle interviste sono state inoltre integrate con field notes derivanti da ulteriori tre incontri di coordinamento condotti con il Direttore responsabile dell'UOC di oncologia e il Direttore dell'oncologia medica dell'Università La Sapienza di Roma. La visita ha riguardato la struttura di Aprilia in tutti i suoi spazi/locali e ha permesso di raccogliere informazioni primarie riguardanti la disposizione degli spazi, l'organizzazione degli uffici e del personale, la disposizione dei pazienti in sala, il percorso dei pazienti all'interno della CdS, la collocazione di dispositivi medici e farmaci, i collegamenti funzionali con gli altri servizi presenti nella struttura. L'obiettivo era infatti quello di approfondire la conoscenza dell'oggetto di studio, contestualizzandolo nel suo ambiente di riferimento e, al contempo, validando le informazioni raccolte in precedenza (Lawrence *et al.*, 2003). La visita è stata accompagnata da personale medico e infermieristico della UO di Oncologia territoriale e dal Direttore del Distretto, a cui sono state svolte due ulteriori interviste in presenza, oltre a quelle già svolte in video-call. La visita presso la struttura è stata documentata dai ricercatori attraverso annotazioni dettagliate, finalizzate a raccogliere tutte le impressioni soggettive derivanti dalla visita degli spazi,

del personale e dell'organizzazione della struttura. Successivamente, le annotazioni sono state confrontate per testarne la comparabilità ed evidenziare eventuali elementi peculiari sia di convergenza che di divergenza. Inoltre, attraverso un processo di triangolazione dei dati (Natow, 2020), le considerazioni emerse nelle interviste sono state integrate e confrontate con le informazioni raccolte attraverso l'analisi desk e validate dalle evidenze osservazionali raccolte durante la visita *in loco*. Infine, i dati e le informazioni raccolte sono stati sistematizzati rispetto al framework di collaborative governance elaborato da Tremblay *et al.* (2019).

4. Risultati

Il modello organizzativo della CdS di Aprilia risulta fondato su relazioni di collaborazione e interscambio tra professionisti e setting di cura ed è innestato in un contesto territoriale che, con le sue peculiarità, ha contribuito alla sua realizzazione. Di seguito vengono illustrate le evidenze raccolte secondo gli elementi costitutivi del framework di collaborative governance, ovvero: le caratteristiche del contesto esterno (*healthcare context*) in cui si inserisce l'oncologia della CdS di Aprilia, mettendo in luce i principali motivi che ne spiegano la nascita e l'evoluzione (§4.1); i meccanismi di collaborazione (*mechanisms of cross-boundary collaboration*) tra i "nodi" della rete che rendono possibile e realizzabile questo modello di cura (§4.2); il contenuto del servizio offerto dall'oncologia della CdS di Aprilia, in quanto risultato (output) di questo modello di rete (§§ 4.3 e 4.4).

4.1. Il contesto esterno

La Provincia di Latina si estende per 2.250 km, comprende 33 comuni ed è costituita da una popolazione di 565.999 abitanti (ca. il 10% della popolazione regionale). Tolta la città metropolitana di Roma, la provincia più popolosa, più giovane e con un più alto indice di natalità. Dopo Viterbo, è il territorio provinciale con più stranieri residenti (Tab. 2).

Il territorio dell'ASL di Latina è organizzato in 5 Distretti sanitari e Aprilia, insieme a Cisterna di Latina, Cori e Rocca Massima, formano il Distretto 1, che in totale conta più di 124.000 abitanti di cui il 19% over 65 (e 9% over 75). Dal punto di vista epidemiologico, all'invecchiamento generale della popolazione corrisponde un aumento della prevalenza di persone con condizioni patologiche croniche e di pluripatologie cardiache, neoplastiche, cerebrovascolari, respi-

atorie e metaboliche: la prima causa di morte tra i residenti nel territorio della ASL di Latina è infatti rappresentata dalle malattie del sistema cardiocircolatorio, che hanno provocato il 30% dei decessi negli uomini e il 36% nelle donne, seguita dai tumori, responsabili del 31% dei decessi, negli uomini e il 21% nelle donne (Istat, 2018). In virtù di queste evidenze, nell'atto aziendale dell'ASL di Latina si esplicita "la necessità di riorientare l'attuale modello assistenziale basato sulla risposta al singolo evento acuto, verso un modello basato invece sulla presa in carico della persona con patologia cronica" (Determinazione Regione Lazio n. G06270 del 19/05/2022, p. 18). Nel limite settentrionale del territorio provinciale si trova Aprilia, la seconda città più popolosa della Provincia di Latina, con 74.126 abitanti residenti al 1° gennaio 2023. L'età media è di ca. 3

Tab. 2 – Dati demografici, 2023 o anno più recente disponibile

	Lazio	Città metropolitana di Roma	Provincia di Frosinone	Provincia di Rieti	Provincia di Viterbo	Provincia di Latina	Comune di Aprilia
Popolazione residente	5.707.112	4.216.553	466.757	150.357	307.446	565.999	74.126
Densità abitativa (ab/km ²)	331	786	144	55	85	251	416
Età media	46	45,8	46,6	48,1	47,4	45,2	43,5
Indice di vecchiaia (numero di over65 ogni 100 under14)	177,8	172	201,3	245,7	217,8	168,2	130,7
Popolazione straniera (% della pop. residente)	10,8%	11,8%	5%	8,7%	9,7%	9,3%	12,4%
Indice di natalità (numero medio di nascite in un anno ogni 1.000 ab.)	6,5	6,5	6,4	5,7	5,8	7,2	8,5

Fonte: elaborazione autori su dati Istat (2023).

anni inferiore rispetto al dato regionale e vi è una più elevata percentuale di popolazione straniera. I 9.194 stranieri residenti nel 2022 provengono principalmente dalla Romania (53%) e dall'India (16%). Nonostante rimanga un territorio mediamente più giovane rispetto alle aree circostanti, se si analizza il trend temporale degli ultimi anni si ravvede anche qui l'invecchiamento progressivo della popolazione, con la quota over 65 che è passata dal 13,2% nel 2003 al 19,2% nel 2022. Aprilia dista quasi 50 km da Roma e 27 km da Latina.

Rispetto alla rete dei servizi sanitari, il Comune di Aprilia risponde al bisogno di prestazioni acute tramite una casa di cura (Casa di Cura "Città di Aprilia"), accreditata con il SSR dal 2014, che serve un bacino di utenza di circa 80.000 persone, mentre l'ospedale hub pubblico più vicino è l'ospedale Santa Maria Goretti di Latina. L'assistenza territoriale fa invece riferimento alla Casa della Salute di Aprilia quale luogo primario di erogazione. È stata istituita nel Dicembre 2019 (precedentemente Distretto 1 ASL di Latina) ed è punto di riferimento per la cittadinanza per un insieme di servizi socio-sanitari. Il territorio di Aprilia rappresenta dunque un'area significativamente popolata, relativamente più giovane e con più stranieri rispetto alle zone circostanti.

Oltre a fattori legati al contesto demografico e territoriale che spiegano il bisogno di cure oncologiche ad Aprilia, vi sono anche ragioni, primariamente legate alla filiera d'offerta. Va infatti sottolineato come l'assenza di grandi strutture ospedaliere pubbliche nel Distretto 1 abbia influito sulla percezione dei cittadini rispetto a "dove" trovare risposte sanitarie.

Questi ultimi sono infatti abituati a considerare il Distretto come punto principale di offerta di servizi sanitari e questo ha facilitato la costruzione di una comunicazione chiara tra servizi e cittadini, riducendo il rischio di confusione e, anzi, favorendo lo sviluppo di una considerazione positiva da parte della cittadinanza rispetto ai servizi sul territorio. In secondo luogo, va ricordato che la normativa regionale sull'istituzione delle Case della Salute risale al 2013 (DCA n. U00428/2013 e ss.), pertanto si tratta di un punto erogativo che i cittadini laziali hanno imparato a conoscere nel tempo, attribuendogli un ruolo rilevante nella risposta ai bisogni. Il modello organizzativo della CdS, così come individuato dalla DCA n. U00228/2017, prevedeva alcune funzioni di base: l'assistenza primaria, la specialistica ambulatoriale con particolare riferimento alle discipline di cardiologia, pneumologia, diabetologia/endocrinologia, oculistica ed eventualmente altre discipline specialistiche anche in collegamento funzionale con altri presidi aziendali, l'ambulatorio infermieristico, presidio di diagnostica per immagini, punto prelievi, l'area accoglienza, CUP, punto unico di accesso (PUA) e l'area del volontariato.

4.2. I meccanismi di collaborazione

La particolarità del caso di Aprilia è da riscontrarsi principalmente nella realizzazione di rapporti collaborativi inter-istituzionali che sconfinano il limite pubblico vs. privato. La rete dell'oncologia territoriale di Aprilia si compone dei soggetti istituzionali del SSR quali: l'ASL di Latina, i medici di medicina generale (MMG), il Distretto di afferenza e l'oncologia ospedaliere.

ra dell'ospedale Santa Maria Goretti di Latina, l'oncologia medica dell'Università La Sapienza di Roma; e dei soggetti e realtà della comunità locale quali: organizzazioni no-profit di volontariato (il Tribunale per i Diritti del Malato, Fondazione Heal, l'Associazione Il senso della vita e l'Associazione Nazionale Donne Operate al Seno), istituzioni pubbliche locali e strutture assistenziali private (come l'Istituto Marco Pasquali ICOT di Latina, accreditato con l'SSR del Lazio) (Fig. 2).

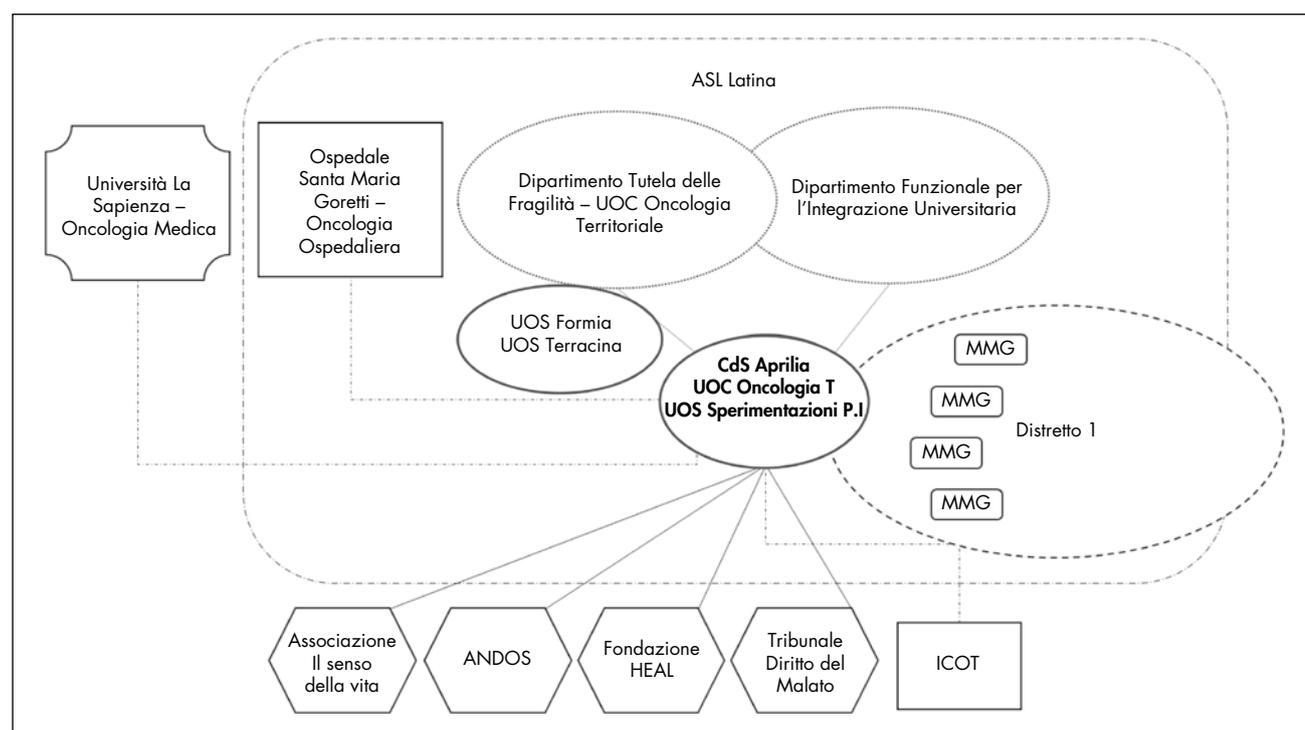
Partendo dai legami tra i soggetti istituzionali del SSR, è da evidenziare il rapporto speciale della sede di Aprilia con l'oncologia universitaria, sicuramente insolito per un setting extra-ospedaliero. L'oncologia della CdS di Aprilia rappresenta il nodo centrale della rete e

afferisce direttamente all'Unità Operativa Complessa (UOC) di Oncologia Territoriale, ricompresa nel Dipartimento Tutela delle Fragilità dell'ASL di Latina. In particolare, l'UOC si articola in tre Unità Operative Semplici (UOS) di oncologia che fanno riferimento ai territori di Formia, Terracina e Aprilia. La UOC di oncologia territoriale è dunque una realtà distinta dall'oncologia ospedaliera dell'ASL di Latina ed è sede di specializzazione dell'Università La Sapienza di Roma. Di fatti, la struttura di Aprilia è ricompresa anche sotto al Dipartimento funzionale per l'integrazione fra assistenza, didattica e ricerca fra UOC universitarie. Il riconoscimento da parte dell'Università diventa fattore di attrattività per l'oncologia di Aprilia, sia per i professionisti (per esempio, specializzandi in oncologia

Fig. 2

La rete dell'oncologia territoriale di Aprilia

Fonte: elaborazione autori.



che nel percorso di studi vengono a conoscenza del modello decentrato e ne sperimentano le caratteristiche), sia per i pazienti (attraverso per esempio l'accesso a terapie sperimentali che possono essere somministrate direttamente dalla UOC di oncologia di Aprilia). Inoltre, ciò si riflette anche in termini di organico, in quanto risultano allocati all'oncologia territoriale della CdS di Aprilia, oltre a 2 medici specialisti e 4 infermieri oncologici dedicati, anche 5 specializzandi che lavorano su diversi turni. Nel caso degli specializzandi si evidenzia, in sede di intervista, che entrare in contatto con un'esperienza alternativa al "modello tradizionale" di oncologia amplia le prospettive di sviluppo professionale e offre la possibilità di sperimentare una presa in carico dove il focus è sempre più il paziente e sempre meno la malattia.

In secondo luogo, un elemento distintivo e punto di forza del modello di Aprilia è il rapporto consolidato che il Direttore di Distretto 1 ha instaurato con i MMG: una volta al mese, il secondo mercoledì del mese dalle 14.00 alle 20.00, tutti gli MMG del Distretto sono convocati presso la CdS di Aprilia, dove si svolgono incontri di confronto, formazione, scambio tra MMG e personale specialistico sia distrettuale che ospedaliero, incentrati su diverse tematiche che riguardano, per esempio, l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci, il percorso di presa in carico dei pazienti (non solo oncologici, ma tutti quelli in cura presso la CdS), le attività di supporto alle famiglie e ai caregiver, l'educazione e sensibilizzazione dei pazienti ecc. Questi incontri rappresentano anche l'occasione per riflettere insieme sui casi più critici, per scambiarsi esperienze di cura, e confrontarsi sulle

rispettive decisioni. Negli ultimi anni, si sono aggiunti MMG e specialisti provenienti anche da altri distretti. In aggiunta a questi incontri, l'UOC di Formazione dell'ASL di Latina organizza, a livello aziendale e quindi rivolgendosi a tutti i distretti, alcuni corsi formativi, come per esempio quello sull'appropriatezza prescrittiva. Il rapporto di fiducia con i MMG apporta un duplice vantaggio: da un lato, restituisce senso di appartenenza a un'unica rete assistenziale e "smorza" la divisione netta tra professioni; dall'altro, rappresenta un metodo funzionale per ampliare i canali di accesso all'oncologia territoriale: i MMG, conoscendo il servizio prestato presso la CdS, diventano la "porta di ingresso" per i pazienti dal territorio (cfr. 4.3).

Se già il rapporto di collaborazione e fiducia con la medicina generale rappresenta un fattore distintivo e abbastanza insolito nel contesto nazionale, ciò che contraddistingue l'esperienza di Aprilia e la rende di fatto un esempio di collaborazione inter-istituzionale sono i rapporti costruiti con i soggetti della comunità locale: organizzazioni no-profit e l'ospedale privato accreditato ICOT (Tab. 3). Rispetto alle prime, va sottolineato che la localizzazione all'interno di una CdS è di fondamentale aiuto: è lo stesso DM n. 77/2022 che di fatto individua tra gli obiettivi della Casa di Comunità quello di garantire "la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver". La CdS viene descritta in sede di intervista come un luogo che la comunità sente proprio. E questo è dimostrato dal fatto che le associazioni hanno spazi fisici dedicati all'interno della struttura: al piano terra della CdS si trova lo sportello dedicato ai

Tab. 3 – I soggetti della comunità locale con cui si interfaccia l'oncologia territoriale di Aprilia: le attività che svolgono per la CdS di Aprilia

Soggetto	Attività svolta per la CdS di Aprilia
Organizzazioni no-profit di volontariato	
Tribunale per i Diritti del Malato (TDM)	<p>Nella sede locale della CdS, i volontari del TDM sono impegnati ad agevolare l'accesso dei cittadini ai servizi sanitari e a monitorare l'offerta sanitaria. Nello specifico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistenza pratiche cambio medico, nuove iscrizioni, esenzioni • Accoglienza/Orientamento dei pazienti presso il Consultorio e il Dipartimento di Salute Mentale • Informazioni relative a pratiche di invalidità • Raccolta segnalazioni di disservizi da parte dei cittadini • Contatti con Associazioni e Comitati di Quartiere • Digitalizzazione dei servizi • Informazioni, anche attraverso i social, sulle modalità necessarie a ottenere appuntamenti per visite, esami, pratiche amministrative • Monitoraggio dell'offerta sanitaria del territorio e sollecito presso la Direzione competente per una soluzione della problematica riscontrata
Fondazione Heal	<p>Da settembre 2022 il servizio di trasporto solidale è stato attivato anche nella provincia di Latina, mettendo a disposizione un van da 9 posti per il trasporto da e verso la CdS di Aprilia. Il servizio è attivato su chiamata diretta del personale medico e infermieristico della CdS di Aprilia che, conoscendo non solo le condizioni cliniche ma anche la realtà familiare e socio-economica dei propri pazienti, identificano la necessità di attivare il servizio di trasporto gratuito. Il servizio viene garantito da personale dipendente che garantisce una copertura di 8 ore al giorno. Vi sono poi volontari che si integrano rispetto al personale dipendente per coprire le fasce d'orario che rimangono scoperte (come la notte, festivi ecc.).</p>
Associazione il senso della vita	<p>L'associazione svolge la propria attività in stretta sinergia con il territorio di Aprilia, anche grazie al fatto che la presidente è medico di medicina generale operante nel Distretto di Aprilia, apportando quindi conoscenza diretta delle esigenze dei pazienti e dei cittadini residenti in queste zone. A dicembre 2022 è stato organizzato ad Aprilia un evento di presentazione del "Progetto Remigio", dedicato alla prevenzione primaria e aiuto alle cure oncologiche. L'evento, dedicato ai pazienti oncologici e alle loro famiglie, è stato presentato anche dal personale medico della CdS di Aprilia. L'associazione svolge inoltre un ruolo di "connettore" con le realtà imprenditoriali locali, che, grazie all'attività di comunicazione dell'associazione rispetto alle esigenze dei pazienti oncologici e della struttura di Aprilia, hanno donato nel 2022 un frigo a -80 gradi alla CdS per lo stoccaggio del materiale plasmatico.</p>
Associazione Nazionale Donne Operate al Seno (ANDOS)	<p>Presso la sede del Comitato di Aprilia dell'associazione, vengono erogati servizi di assistenza psicologica, attività psico-fisiche, attività ricreative, sociali e culturali, informazione e orientamento, attività di sensibilizzazione (via telefonica). Le attività si svolgono in giorni e orari prestabiliti, direttamente nella sede del Comitato e, nel caso dell'attività fisica, presso il Centro Sportivo di Aprilia.</p>
Strutture private accreditate	
Istituto Marco Pasquali (ICOT)	<p>Grazie ai rapporti di collaborazione instaurati dal personale medico oncologico della CdS di Aprilia con quello dell'ICOT, quest'ultimo offre degli slot dedicati ai pazienti in cura presso la CdS per effettuare TAC, risonanze e altre prestazioni di radiodiagnostica. Questo permette di accorciare notevolmente i tempi di attesa per i pazienti e di poter svolgere le prestazioni necessarie nelle vicinanze, senza doversi spostare per raggiungere presidi più distanti. I pazienti oncologici in cura presso la CdS di Aprilia possono usufruire di 7 slot a settimana di TAC effettuati dalla radiologia dell'ICOT e 2 slot a settimana per prestazioni nell'ambito della Breast Unit dell'ICOT. Gli slot vengono segnati in un google calendar condiviso dal personale medico oncologico della CdS di Aprilia e da quello dell'ICOT.</p>

Fonte: raccolta dati tramite interviste.

membri volontari del Tribunale per i Diritti del Malato (TDM) che, su rotazione, sono presenti nella CdS per offrire supporto allo staff medico, specialmente per le funzioni di orientamento degli utenti verso i servizi e nella compilazione di documenti e pratiche. Se il TDM è più impegnato in attività di advocacy istituzionale e di sensibilizzazione dell'opinione pubblica rispetto a temi relativi alla salute dei cittadini, le associazioni Il senso della vita e ANDOS si occupano maggiormente di organizzare attività di formazione e scambio, progetti e percorsi *ad hoc*, incontri per i target specifici rispettivamente dei pazienti oncologici e delle donne operate al seno. Infine, Fondazione Heal offre un servizio di trasporto solidale per pazienti oncologici non autonomi e in condizioni di fragilità socio-economica. La compresenza fisica nello stesso luogo di cura di personale medico e operatori volontari e sociali rafforza il percepito da parte del paziente di essere preso in carico da una rete di soggetti, che non lavorano in modo separato, ma che, al contrario, collaborano ciascuno con il proprio ruolo. Dal punto di vista dell'offerta, la reciproca concessione di spazio e di potere/responsabilità tra settore pubblico e Terzo Settore diventa il modo per superarne la (frequente) contrapposizione e per appianare eventuali divergenze o rivendicazioni.

Inoltre, grazie alle capacità di negoziazione del medico oncologo responsabile dell'UOS di oncologia di Aprilia, è stato possibile riservare presso l'ospedale ICOT alcune disponibilità di prestazioni per i pazienti oncologici in cura ad Aprilia. Questo è di beneficio per i pazienti in un duplice modo: riduce i tempi di attesa e permette loro

di non doversi spostare, quindi riducendo il "travel burden". Ancora una volta, si evidenzia come la presa in carico con logiche di rete permetta di mettere al centro i bisogni del paziente, che non sono solo quelli clinici, ma anche di benessere psicologico, fragilità sociali ed economiche ecc.

4.3. Il servizio offerto e il relativo modello organizzativo

Se i meccanismi di collaborazione rappresentano la caratterizzazione tipica dell'esperienza di Aprilia e ciò che ne permette la realizzazione, il servizio offerto e il relativo modello organizzativo rappresentano il risultato di questo sistema di governance collaborativa. Di seguito vengono quindi presentati alcuni elementi che caratterizzano il modello organizzativo dell'oncologia territoriale, tra cui: i) i criteri di eleggibilità dei pazienti; ii) i canali di accesso per la presa in carico; iii) i servizi offerti e le modalità di erogazione; iv) le attività in back office a supporto dell'iniziativa.

I criteri di eleggibilità

I pazienti oncologici vengono generalmente allocati sulle diverse oncologie presenti sul territorio, secondo il criterio di pertinenza distrettuale. In particolare, la UOS di oncologia di Aprilia fa riferimento al bacino di utenza dei Distretto 1, come riportato in Fig. 3 e non ha introdotto ulteriori criteri di eleggibilità. Nel caso in cui un paziente venga indirizzato per errore in un Distretto di altra pertinenza, si provvede a riallocarlo nel corretto canale di accesso. Inoltre, solo in casi di particolari complessità e comorbidità del paziente si valuta se sia necessario il reparto oncologia ospedaliera dell'ASL di Latina.



I canali di accesso

L'accesso del paziente all'oncologia della CdS di Aprilia avviene quindi da diversi canali ormai consolidati: oltre le prenotazioni attraverso il sistema Re-CUP della Regione Lazio, attraverso i medici di medicina generale, altri colleghi oncologi e centri ad alto flusso che necessitano di riallocare parte dei pazienti su altri setting. Particolare menzione va al rapporto di fiducia e collaborazione con gli MMG, che è stato instaurato nel corso degli anni dal Direttore del Distretto 1 e che permette l'invio del paziente con dubbio clinico già nelle prime fasi della presa in carico. Le visite ambulatoriali nel DH oncologico di Aprilia hanno infatti due fasce di prenotazioni: la prima a uso "interno" in cui gli specialisti oncologi prenotano gli slot per i pazienti prevalentemente già in cura presso la struttura; la seconda fascia di

prenotazione prevede degli slot a diretta disposizione degli MMG del Distretto 1 che quindi possono prenotare in autonomia le prime visite, nel caso in cui sia ritenuto opportuno. La solidità di questo rapporto si riflette anche sulla gestione del follow-up che rimane internalizzato fino al passaggio delle consegne al MMG (solo in caso di somministrazione di farmaci particolari la prescrizione rimane in carico allo specialista). Ovviamente, nel caso in cui si riscontri la necessità, l'MMG può richiedere il controllo della specialista.

I servizi offerti e le modalità di erogazione

I pazienti oncologici della CdS di Aprilia hanno a disposizione diversi servizi, tra cui i principali sono: ambulatorio prime visite; valutazione clinica dei malati candidati alla terapia antitumorale o alla terapia di suppor-

Fig. 3

I quattro distretti della ASL di Latina

to; prelievi per esami ematochimici; esami strumentali non invasivi (quali elettrocardiogramma, ecografia di addome, mammaria, di tessuti molli, mammografia ecc.); eventuali procedure diagnostico-terapeutiche invasive quali paracentesi, agoaspirati ecc.; erogazione di terapie infusionali e orali; erogazione di terapie di supporto; medicazioni di lesioni cutanee; gestione di cateteri venosi centrali; ambulatorio di terapia del dolore pre-hospice. Le attività oncologiche, presso la CdS di Aprilia, si svolgono tutti i giorni con continuità dal lunedì al venerdì. Nello specifico una giornata tipo, nella UOS oncologica di Aprilia, inizia verso le 7.00 con l'arrivo degli infermieri oncologi e a seguire dei medici specialisti. Le prime ore della giornata vengono impiegate per alcune attività come rispondere alle richieste che sono arrivate dai pazienti durante la notte, gestione delle eventuali emergenze, la verifica delle presenze in struttura per i pazienti che devono sottoporsi a chemioterapia, l'allocazione dei pazienti negli ambulatori per le visite di controllo pre-terapia. In parallelo, i pazienti vengono accolti al welcome desk da personale amministrativo che li registra e dal personale delle associazioni di volontariato che supporta all'accoglienza dei pazienti. Verso le 8.00/8.30 aprono gli ambulatori per i pazienti che devono sottoporsi a prime visite, controlli di routine o medicazioni.

I pazienti in trattamento chemioterapico hanno svolto gli esami di routine (tendenzialmente esami del sangue) un paio di giorni prima di ricevere la terapia oncologica; gli esami possono essere svolti sia all'interno della CdS che in autonomia in altre strutture, spesso private accreditate. Una volta

ricevuti gli esiti degli esami, l'oncologo valuta l'idoneità al trattamento e decide, a seguito di una visita, se approvare o meno la terapia. Se la decisione è positiva, la prescrizione fatta dal medico arriva per via informatizzata, tramite log80, alla UFA della ASL di Latina che valida il protocollo e si occupa della preparazione dei farmaci che verranno consegnati il giorno del trattamento presso la CdS Aprilia, verso le 9.30 del mattino. Le visite per i pazienti che devono ricevere la terapia chemioterapica si aprono a partire dalle 9.00 e, dalle 9.30 alle 17.30, vengono erogate le chemioterapie ai pazienti. La CdS Aprilia è stata dotata di un carrello delle emergenze e di protocolli di infusione per la gestione delle eventuali reazioni allergiche ai farmaci chemioterapici, episodi in realtà estremamente rari. Inoltre, la struttura si trova nelle immediate vicinanze del pronto soccorso della Casa di Cura Città di Aprilia Pronto Soccorso: dista meno di 500 metri per un tempo di percorrenza in macchina pari a 2 minuti.

Le attività in back office a supporto dell'iniziativa

Per assicurare uno svolgimento fluido della giornata sono portati avanti alcuni accorgimenti e attività di back office che talvolta vengono mantenuti accentrati a favore di una maggiore qualità delle cure. Prima tra queste attività, è la discussione multidisciplinare dei casi. Settimanalmente gli specialisti della UOC di oncologia territoriale (Aprilia, Formia e Terracina) e talvolta dell'oncologia ospedaliera si ritrovano online per discutere i casi dei pazienti. Questo momento oltre che per decidere la terapia più adeguata può servire a smistare e riallocare i

pazienti sul setting più agevole. Su questa linea sono stati istituiti anche incontri specifici su determinate tematiche come nel caso dei tumori al seno, al polmone e alla prostata.

Come nel caso della Casa della Salute di Bettola (Bobini *et al.*, 2022), è stato valutato di mantenere accentrata, presso la farmacia ospedaliera, la preparazione dei farmaci e delle terapie oncologiche. Le Unità Farmaci Antitumorali (UFA), nate nel 2012 a seguito di indicazioni del Ministero della Salute, sono volte a garantire la sicurezza del paziente, attraverso la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici. In tali unità viene analizzato tutto il processo di gestione delle terapie antitumorali, dall'approvvigionamento del farmaco fino alla somministrazione dello stesso, e ricondotte a un'unica struttura con diretta responsabilità del farmacista ospedaliero "l'interpretazione delle prescrizioni, la preparazione e la distribuzione dei farmaci". La centralizzazione della preparazione dei farmaci antineoplastici, oltre a essere prevista dalla normativa, ha il significato di intraprendere un percorso di miglioramento continuo della qualità della prestazione erogata, garantire sicurezza al paziente, e un supporto qualificato al medico oncologo ed ematologo, in un contesto di appropriatezza degli interventi. L'UFA dell'Ospedale Santa Maria Goretti presidia tale attività con la finalità di centralizzare e allestire in un sito unico, sotto il controllo del farmacista ospedaliero, tutte le preparazioni galeniche magistrali relative alle terapie antitumorali destinate agli ambulatori e ai presidi della ASL di Latina. Dalla data del 2 febbraio 2023 è stato attiva-

to, inoltre, un trasporto diretto a Formia per anticipare la consegna delle terapie antitumorali e limitare al minimo il disagio causato dalla lontananza del centro di allestimento centralizzato e il punto di somministrazione. In questo modo, ogni giorno, partono dall'Ospedale Santa Maria Goretti tre diversi vettori dedicati rispettivamente al trasporto delle chemioterapie allestite, secondo le procedure aziendali e nel rispetto della normativa vigente, ad Aprilia, Terracina e Formia. Le strutture Asl che sono parte attiva di tale processo sono: la UOC Oncologia Territoriale, con ambulatori ad Aprilia, Formia e Terracina; le UUOO di Oncologia Medica e Ematologia con Trapianto presso l'Ospedale Santa Maria Goretti di Latina; la UOC Dermatologia di cui fa parte anche la Dermatologia Oncologica con sede a Terracina. L'impianto logistico di preparazione, trasporto e consegna dei farmaci rappresenta sicuramente un elemento fondamentale per l'implementazione efficace del progetto. Inoltre, per ottimizzare l'utilizzo delle fiale di chemioterapici, i medici cercano di organizzare le giornate per tipologia di terapia in modo da evitare gli sprechi. Sempre sul filone farmaci, si sta lavorando per l'attivazione di una sperimentazione in collaborazione con la croce rossa italiana per evitare gli spostamenti del paziente. Nello specifico, il progetto consiste in un percorso di consegna dei farmaci orali al domicilio, grazie ai mezzi della croce rossa, accompagnato da visite di controllo svolte in modalità telemedicina. Tuttavia, rimangono ancora dei limiti dovuti alla mancata integrazione e accessibilità delle piattaforme informatiche, messe a disposizione a livello aziendale e regionale, che per esempio non permettono ai pazienti di caricare

i referti degli esami svolti in autonomia, oppure non consentono ai MMG di vedere le prescrizioni degli specialisti fatte ai propri pazienti o ancora gli specialisti oncologi non possono prescrivere i PAC (Pacchetti Ambulatoriali Complessi) – pacchetti di prestazioni relative a più branche specialistiche, che includono una visita e un insieme di prestazioni di carattere fondamentalmente diagnostico – dovendo quindi procedere con singole prescrizioni per ogni prestazioni. (attualmente i PAC risultano attivi solo nelle sedi di Formia e Terracina) In prospettiva queste problematiche potrebbero essere risolte a livello regionale, anche grazie ai fondi PNRR.

Altro elemento essenziale del modello è la presenza dei PDTA, concertati con la ASL di Latina e gli interlocutori di riferimento per le varie patologie (per esempio l'Ospedale San Camillo è hub per quanto riguarda le neoplasie al polmone). Inoltre la UOC oncologica territoriale svolge attività di ricerca clinica e consente ai suoi pazienti di prendere parte ai trial clinici attivi (cfr. Tab. B in Appendice). Se partecipare a uno studio clinico permette a un singolo malato di cancro di avere accesso precocemente a un farmaco innovativo, che potrebbe entrare in commercio anche dopo diversi anni, i risultati dello studio clinico cui ha partecipato, siano essi positivi o negativi, permet-

teranno a tutti i malati affetti dalla stessa patologia neoplastica di usufruire di queste acquisizioni nel loro percorso di cura. Da beneficio per il singolo diventa quindi beneficio per la collettività (Annuario dei Centri di ricerca clinica in Italia FICOG e AIOM, 2023).

4.4. Alcune evidenze dell'iniziativa

Il modello dell'oncologia di Aprilia risulta consolidato anche dal punto di vista quantitativo, garantendo la presa in carico di un volume di pazienti assimilabile a quella di una oncologia ospedaliera di medie dimensioni. Solo nel 2022 il numero di pazienti presi in carico presso la sola UOS di Aprilia risultava pari a 1.769. Con un volume di attività di oltre 22.000 prestazioni (visite e trattamenti) effettuate nel 2022 in tutta la UOC Territoriale.

Rispetto alla totalità dei pazienti oncologici in cura nella CdS Aprilia, è interessante indagare come questi si distribuiscono per territorio di residenza. Come visibile in Tab. 5, la prevalenza dei pazienti (83%) presi in carico dalla UOS oncologica di Aprilia, risiede nell'ambito della ASL di Latina. Tuttavia, risulta evidente che la UOS di oncologia di Aprilia ha non solo arginato la mobilità in uscita ma risulta altamente attrattiva per i contesti limitrofi, essendo riconosciuta come centro di eccellenza dagli specialisti ospedalieri e

Tab. 4 – Pazienti presi in carico dall'oncologia di Aprilia, 2018-2022

Anni	2018	2019	2020	2021	2022
Numero Pazienti in carico la UOS oncologica di Aprilia	1.252	1.135	1.157	1.195	1.769
Incremento % biennale	-	-9,3%	+2,0%	+3,3%	+48%

Fonte: dati raccolti tramite intervista con responsabile UOS oncologia di Aprilia.

Tab. 5 – Numero pazienti per ASL di residenza, 2020-2022

Residenza dei pazienti in carico presso la UOS oncologica di Aprilia	2020	2021	2022
ASL di Latina	979	993	1.467
ASL di Frosinone	4	7	7
ASL di Rieti	2	1	2
ASL di Viterbo	0	2	1
ASL Roma 1	3	8	29
ASL Roma 2	13	19	36
ASL Roma 3	4	4	11
ASL Roma 4	2	5	4
ASL Roma 5	6	4	8
ASL Roma 6	136	140	173
Fuori Regione	8	12	28

Fonte: dati raccolti tramite intervista con responsabile UOS oncologia di Aprilia.

territoriali. In particolare, sono oltre 270 (15%) i pazienti che provengono dagli altri territori laziali mentre 28 (2%) risiedono fuori regione.

I dati sembrano quindi suggerire un progressivo consolidamento del modello, sia in termini di aumento del numero di pazienti seguiti, sia in termini di potenziale estensione ad altre discipline e patologie. A oggi, la UOS di oncologia territoriale di Aprilia prende in carico pazienti con diverse patologie (cfr. Tab. C in Appendice) e come evidenziato precedentemente, sono inclusi anche quei pazienti arruolati in trial clinici.

Rispetto ai farmaci orali, endovena e sotto-cute somministrati ai pazienti oncologici di Aprilia (cfr. Tab. D in Appendice), va sottolineato che l'innovazione in campo farmaceutico fa da volano al decentramento delle cure oncologiche. Alcune formulazioni prevedono un tempo di somministrazione molto più rapido rispetto a quello delle classiche formulazioni endo-

vena. Per esempio, la formulazione sottocute consente un uso più efficiente delle risorse a disposizione, sia in termini di poltrone, che possono essere quindi dedicate a terapie più complesse, che in termini di personale infermieristico, che viene impegnato nel trattamento per molto meno tempo. In questo modo, anche contesti territoriali, con spazi e risorse umane talvolta limitati divengono eleggibili per le cure oncologiche. Nel contesto della CdS di Aprilia, vengono di fatto esclusi solo quei pazienti che necessitano di terapie con tempi particolarmente lunghi di infusione (più di 8 ore), per i quali è quindi necessaria la somministrazione in un posto letto oppure in quei casi di comorbidità troppo complessi che rendono preferibile la presa in carico in una struttura ospedaliera.

5. Discussione

Il modello dell'oncologia di Aprilia offre spunti interessanti per sviluppare

reti di cure di prossimità. Leggendo quest'esperienza attraverso le categorie concettuali del framework di collaborative governance sviluppato da Emerson *et al.* (2012) e riadattato da Tremblay *et al.* (2019) in ambito oncologico, è possibile offrire un'interpretazione dei meccanismi di governance e di collaborazione inter-istituzionale che stanno alla base di questa esperienza e che ne costituiscono l'essenza.

In primis, vi è evidenza di un contesto esterno (*healthcare context*) favorevole alla realizzazione del progetto della CdS di Aprilia secondo diversi punti di vista: (a) dal punto di vista del bisogno (area densamente popolata, dove il tumore è la seconda causa di decesso), (b) dal punto di vista dell'offerta (assenza di grandi presidi ospedalieri pubblici e conseguente identificazione del Distretto come ambito di risposta al bisogno sanitario), (c) dal punto di vista normativo (la normativa regionale sulle Case della Salute risale a più di 10 anni fa, pertanto si tratta di strutture note e riconosciute dalla cittadinanza), e (d) dal punto di vista del capitale sociale e del senso di comunità presente (il territorio di Aprilia si è dimostrato essere particolarmente attivo per quanto concerne il volontariato, la partecipazione della cittadinanza alla vita pubblica). Restrungendo il focus dal contesto di sistema ampio a quello della CdS di Aprilia, va sottolineato come localizzare le cure oncologiche all'interno di una CdS già "ricca" di servizi rappresenti un fattore critico di successo. I pazienti in cura possono infatti usufruire degli ambulatori specialistici (cardiologia e pneumologia per esempio), di quello di psichiatria, del laboratorio analisi ecc. La localizzazione fisica all'interno

della stessa struttura facilita le relazioni di collaborazione tra professionisti e lo scambio di conoscenze.

In secondo luogo, questa esperienza dà evidenza dei diversi meccanismi di collaborazione trasversale suggeriti dalla letteratura (*mechanisms of cross-boundary collaboration*). Riguardo al primo di questi ultimi, ovvero il coinvolgimento degli stakeholder rilevanti (*principled engagement*), l'oncologia di Aprilia è certamente incentrata sull'expertise clinica del personale medico e infermieristico che opera presso la CdS, ma è anche vero che quest'ultimo rappresenta il fulcro di un insieme più ampio di relazioni con altri soggetti, appartenenti alla sfera sia pubblica che privata, altrettanto rilevanti e che insieme garantiscono l'erogazione del servizio, secondo principi di efficacia e sicurezza delle cure e di equità. In questo senso, il rapporto consolidato con i MMG assicura ai pazienti un percorso di presa in carico realmente integrato, sia in fase di ingresso che uscita. Non solo, attraverso gli incontri mensili tra specialisti e MMG si creano le condizioni per rimanere gli uni aggiornati dagli altri sul percorso del paziente, sulle condizioni cliniche da un lato e quelle familiari e sociali dall'altro. La motivazione condivisa (*shared motivation*) rappresenta l'aspetto fondante di questa esperienza: i soggetti di questa rete "allargata" condividono la stessa visione e gli stessi obiettivi in quanto hanno imparato a comprendersi reciprocamente (*mutual understanding*) creando aspettative condivise; il rapporto è di fiducia reciproca (*mutual trust*) in quanto vengono riconosciute le rispettive aree di competenza e di autonomia professionale; gli uni riconoscono agli altri la rispettiva legittimità di

ruoli, expertise e responsabilità (*internal legitimacy*). Il tutto esita in un impegno condiviso (*shared commitment*) nei confronti dell'obiettivo comune, ovvero offrire cure efficaci, di qualità ed eque alla popolazione di riferimento, secondo una logica di prossimità. In questo modo è stato infatti impostato il rapporto con i MMG e le organizzazioni di volontariato: entrambi, con le proprie competenze, ruoli e responsabilità, concorrono, in maniera paritaria rispetto al personale della CdS di Aprilia, al raggiungimento dell'obiettivo comune. Rispetto ai primi, vi è, da parte del Distretto e del personale oncologico, il riconoscimento della funzione essenziale di intercettazione dei bisogni dei cittadini, in quanto espressione di una condizione economica, sociale, famigliare interconnessa. Attraverso gli incontri e le relazioni con la Direzione di Distretto, il loro ruolo viene legittimato, riconosciuto e comunicato agli specialisti e al resto della filiera dei servizi. Rispetto al volontariato, anche qui il rapporto è paritario e di scambio reciproco: da un lato le organizzazioni aiutano e supportano il sistema sanitario nell'erogare i servizi assistenziali, complementandone l'offerta e rendendo la presa in carico del paziente davvero globale (fino al trasporto verso i presidi di cura), dall'altro, il sistema sanitario considera il volontariato e le organizzazioni del Terzo Settore come parte integrate del proprio perimetro (anche fisicamente dotando loro di sportelli informativi dentro la CdS) e permette loro di esprimere la loro missione e vocazione istituzionale. Con queste premesse, si può istituire un rapporto di collaborazione orizzontale, dove le relazioni di interdipendenza sono valorizzate e

utilizzate per il raggiungimento di uno scopo comune. Infine, l'ultimo elemento che forma i meccanismi collaborativi è la capacità di agire congiuntamente (*capacity for joint action*), che a sua volta dipende dalla presenza di accordi istituzionali e procedurali, dalle risorse, dalla presenza di leadership e sufficiente grado di conoscenza tecnica. Il rapporto con l'oncologia universitaria rientra nella capacità di stringere accordi e di negoziare risorse strategiche rilevanti e diventa fattore di attrattività, sia per i professionisti (per esempio gli specializzandi), sia per i pazienti (attraverso per esempio l'accesso a terapie sperimentali). La negoziazione di risorse strategiche e l'istaurazione di rapporti e accordi è fondamentale anche nel caso degli attori privati accreditati come l'ICOT che riserva alcune disponibilità di prestazioni radiologiche ai pazienti in cura presso la CdS. La capacità di negoziazione, di stringere rapporti inter-organizzativi e inter-istituzionali è caratteristica distintiva in particolare del promotore e leader dell'iniziativa, che viene riconosciuto, sia dallo staff interno che dal personale volontario, che dalla Direzione di Distretto, nel medico responsabile dell'UOS Sperimentazioni dei Processi Innovativi dell'oncologia di Aprilia (attualmente anche direttore facente funzione di tutta la UOC di Oncologia Territoriale). L'espressione della leadership è strumento essenziale per assicurare un efficace allineamento tra tutti gli stakeholder della rete. Combinando coinvolgimento di tutte le parti interessate e rilevanti, motivazione condivisa verso un obiettivo comune, integrazione reciproca di risorse strategiche convogliandole verso una capacità congiunta di agire,

l'esperienza di Aprilia rappresenta un caso riuscito di governance collaborativa, finalizzata all'erogazione di un servizio di cura che incarna una visione innovativa.

6. Conclusioni e implicazioni manageriali

Il modello di Aprilia offre l'esempio di una nuova configurazione di decentramento di cure oncologiche reso possibile dalla capacità degli attori del sistema di cogliere l'opportunità di innovazioni tecnologiche che permettono di offrire trattamenti chemioterapici per via endovenosa o orale in condizioni di sicurezza sovrapponibili a quelle che si riscontrano in ambito ospedaliero. Lo studio ha dimostrato come il caso del decentramento oncologico di Aprilia sia un esempio di governance collaborativa inter-istituzionale nel settore sanitario, mettendone in risalto i fattori critici che ne permettono la realizzazione: il rapporto di fiducia tra professionisti sanitari e MMG, il mutuo riconoscimento di ruoli e responsabilità dei servizi di offerta sanitaria e delle organizzazioni del Terzo Settore, il fattore di attrattività grazie alla presenza universitaria e il

potenziale di innovazione nella ricerca e nelle terapie.

In conclusione, questo caso e quello di Bettola analizzato in un'altra ricerca recente (Bobini *et al.*, 2022) mostrano delle esperienze di decentramento dell'assistenza oncologica e dovrebbero entrambe essere d'ispirazione per lo sviluppo di nuove iniziative che colgano l'opportunità di gestire in sicurezza i pazienti oncologici anche fuori dall'ospedale. Entrambe le esperienze si possono considerare di successo perché mostrano la fattibilità concreta di scelte coraggiose e innovative. Allo stesso tempo, il confronto tra le due esperienze insegna anche che come attuare l'oncologia diffusa vari radicalmente rispetto a una serie di variabili organizzative, istituzionali e, più in generale, di contesto ambientale. Le due esperienze possono considerarsi come benchmark, ma rimane fondamentale comprendere che ogni realtà ha le sue specificità e che, pertanto, la diffusione dell'oncologia territoriale nel SSN non può che avvenire con scelte specifiche che trovino in realtà affermate un momento di ispirazione e non un modello da replicare.

BIBLIOGRAFIA

- Abernethy A.P., Etheredge L.M., Ganz P.A., Wallace P., German R.R., Neti C. *et al.* (2010). Rapid-learning system for cancer care. *J Clin Oncol*, 28(27): 4268-74.
- Adams W. C. (2015). Conducting semi-structured interviews. *Handbook of practical program evaluation*, 4: 492-505.
- Agenas (2022). L'Oncologia di prossimità: esperienze a confronto. *Quaderno di Monitor*, novembre.
- AIOM (2022). I numeri del cancro in Italia. Report 2022. – Accessibile a: <https://www.aiom.it/i-numeri-del-cancro-in-italia/>.
- Ambroggi M., Biasini C., Del Giovane C. *et al.* (2015). Distance as a barrier to cancer diagnosis and treatment: review of the literature. *Oncologist*, 20: 1378-85.
- American Society of Clinical Oncology. (2017). The state of cancer care in America, 2017: a report by the American Society of Clinical Oncology. *J Oncol Pract*, 13(4): e353-e94.
- Bertolini M., Bevilacqua M., Ciarapica F.E. and Giacchetta G. (2011). Business process re-engineering in healthcare management: a case study. *Business Process Management Journal*, 17(1): 42-66.
- Black L.J., Carlile P.R., Repenning N.P. (2004). A dynamic theory of expertise and occupational boundaries in new technology implementation: building on Barley's study of CT scanning. *Administrative Science Quarterly*, 49(4): 572-607.
- Bobini M., Furnari A., Ricci A. (2020). Gli ospedali di piccole dimensioni del SSN: mappatura, profilo e prospettive nella rete ospedaliera nazionale. In: Cergas Bocconi (a cura di). *Rapporto OASI 2020*. Milano: Egea.
- Bobini M., Fattore G., Longo F., Meda F. (2022). La Casa della Comunità come piattaforma erogativa decentrata dell'ospedale Hub Il caso servizi oncologici della Casa della Salute di Bettola (AUSL PC). *Mecosan – Open Access*, (121). DOI: 10.3280/mesa2022-121oa14323.
- Boscolo P.R., Fenech L., Rappini V., Rotolo A. (2019). Tecnologia e innovazione nei modelli di servizio in sanità. In: Cergas Bocconi (a cura di). *Rapporto OASI*. Milano: Egea.
- Buchanan D., Addicott R., FitzGerald L., Ferlie E., Baeza J. (2007). Nobody in Charge: Distributed Change Leadership in Health Care. *Human Relations*, 60(7): 1065-1090.
- Camera dei Deputati, Servizio Studi Affari Sociali, 2021, Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale, n. 144, 1.3.2021. – http://documenti.camera.it/leg18/dossier/testi/AS0207.htm?_1619198796640.
- Cavanna L., Citterio C. *et al.* (2021). Le cure oncologiche ed ematologiche sul territorio secondo il modello dell'ASL di Piacenza. Rendiconto di 4 anni consecutivi. *Recenti Prog Med*, 112: 1-8.
- Delibera Giunta Regionale n. 643 del 26/07/2022. Regione Lazio. "Approvazione del documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77".
- Determinazione n. G01829 del 14/02/2023. Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, Regione Lazio. "Approvazione del documento tecnico denominato "Linee di indirizzo organizzative per la Rete oncologica regionale ai sensi dell'Accordo Stato Regioni n. 59/CRS del 17 aprile 2019".
- Edmondson A., Bohmer R., Pisano G. (2001). Disrupted routines: Team learning and new technology Implementation in Hospitals. *Administrative Science Quarterly*, 46(4): 685-716.
- Emerson K., Nabatchi T., Balogh S. (2011). An integrative framework for collaborative governance. *J Public Adm Res Theory*, 22(1): 1-29.
- Ferlie E., Fitzgerald L., McGivern G., Dopson S., Bennett C. (2013). *Managed Cancer Networks: exemplars of evidence-based governementality*. In: *Making Wicked Problems Governable? The case of managed networks in health care*. Oxford: Oxford University Press, pp. 73-96.
- Haines M., Brown B., Craig J., D'Este C., Elliott E., Klineberg E. *et al.* (2012). Determinants of successful clinical networks: the conceptual framework and study protocol. *Implement Sci*, 7: 16. 25.
- Haward R. (2008). Organising a comprehensive framework for cancer control. In: Coleman M.P., Alexe D.-M., Albrecht T. and McKee M. (eds.). *Responding to the challenge of cancer care in Europe*. Ljubljana (Slovenia): National Institute of Public

- Health of the Republic of Slovenia and European Observatory on Health Systems and Policies (EOHSP), pp. 113-134.
- Hebert R., Raiche M., Dubois M.F., Gueye N.R., Dubuc N., Tousignant M. (2010). Impact of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Quebec (Canada): a quasi-experimental study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.*, 65b(1): 107-18.
- Lawrenz F., Keiser N., & Lavoie B. (2003). Evaluative site visits: A methodological review. *American journal of evaluation*, 24(3): 341-352.
- Leung A., Yau D., Liu C., Yeoh C., Chui T., Chi I. et al. (2004). Reducing utilisation of hospital services by case management: a randomised controlled trial. *Aust Health Rev.*, 28(1): 79-86.
- Liberati E.G., Gorli M., Scaratti G. (2016). Invisible walls within multidisciplinary teams: disciplinary boundaries and their effects on integrated care. *Soc Sci Med.*, 150: 31-9.
- Linnander E.L., Mantopoulos J.M., Allen N., Nemhard I.M., Bradley E.H. (2017). Professionalizing healthcare management: a descriptive case study. *Int J Health Policy Manag.*, 6(10): 555-560.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (2021), Missione 6: Salute – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza 2021: 224-227. – www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf.
- Molin M.D., Masella C. (2016). From fragmentation to comprehensiveness in network governance. *Public Organ Rev.*, 16(4): 493-508.
- Natow R. S. (2020). The use of triangulation in qualitative studies employing elite interviews. *Qualitative research*, 20(2), 160-173.
- Parry C., Kent E.E., Mariotto A.B., Alfano C.M., Rowland J.H. (2011). Cancer survivors: a booming population. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention*, 20(10): 1996-2005.
- Pessina E. A., Cicchetti A., Spandonaro F., Polistena B., D'Angela D., Masella C., ... & Sottoriva C. B. (2021). Proposte per l'attuazione del PNRR in sanità: governance, riparto, fattori abilitanti e linee realizzative delle missioni. *Mecosan*, 119: 89-117.
- Perrone F., Di Maio M., Efficace F. et al. (2019). Assessing financial toxicity in patients with cancer: moving away from a one-size-fits-all approach. *J Oncol Pract.*, 15: 460-1.
- Pfannstiel M.A., Rasche C. (2019). *Service Design and Service Thinking in Healthcare and Hospital Management*. Cham, Switzerland: Springer International Publishing.
- Pitchforth E., Nolte E., Corbett J., Miani C., Winpenny E., van Teijlingen E., ... Ling T. (2017). Community hospitals and their services in the NHS: identifying transferable learning from international developments – scoping review, systematic review, country reports and case studies. *Health services and delivery research*, 5(19): 1-220.
- Provan K.G., Kenis P. (2008). Modes of network governance: structure, management, and effectiveness. *J Public Adm Res Theory*, 18(2): 229-52. 24.
- Provan K.G., Beagles J.E., Leischow S.J. (2011). Network formation, governance, and evolution in public health: the north American Quitline consortium case. *Health Care Manag Rev.*, 36(4): 315-26.
- Smith J. (2001). Redesigning health care: radical redesign is a way to radically improve. *BMJ*, 322: 1257-8.
- Taplin S.H., Anhang Price R., Edwards H.M., Foster M.K., Breslau E.S., Chollette V. et al. (2012). Introduction: understanding and influencing multilevel factors across the cancer care continuum. *J Natl Cancer Inst Monogr.*, (44): 2-10.
- Taplin S.H., Weaver S., Chollette V., Marks L.B., Jacobs A., Schiff G. et al. (2015). Teams and teamwork during a cancer diagnosis: interdependency within and between teams. *J Oncol Pract.*, 11(3): 231-8.
- Tralongo P., Gebbia V., Mercadante S. et al. (2021). Cancer: new needs, new models. Is it time for a community oncologist? Another brick in the wall. *Cancer*, 13, 1919.
- Tremblay D., Latreille J., Bilodeau K., Samson A., Roy L. (2016). L'Italien M.-F. et al. Improving the transition from oncology to primary care teams: a case for shared leadership. *J Oncol Pract.*, 12(11): 1012-9.
- Turrini A., Cristofoli D., Frosini F., Nasi G. (2010). Networking literature about determinants of network effectiveness. *Public Adm.*, 88(2): 528-50.
- Valentine M.A., Edmondson A.C. (2015). Team Scaffolds: How Mesolevel Structures Enable Role-Based Coordination in Temporary Groups. *Organization Science*, 26(2): 405-422.
- Yin R.K. (2009). *Case study research: Design and methods* (Vol. 5). London: Sage.
- Yu E., Sangiorgi D. (2017). Service design as an approach to implement the value cocreation perspective in new service development. *Journal of Service Research*, 21(1): 40-58.
- Yu E., Sangiorgi D. (2018). Service design as an approach to implement the value cocreation per-

spective in new service development. *Journal of Service Research*, 21(1), 40-58.

Whiting L.S. (2008). Semi-structured interviews: guidance for novice researchers. *Nursing Standard*, 22(23): 35-40.

World Health Organization (WHO). *National cancer control programmes: policies and managerial*

guidelines. Geneva: World Health Organization; 2002. – <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42494/9241545577.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Zahra A.S., George. G. (2002). Absorptive Capacity: A Review, Reconceptualization and Extension. *Academy of Management Review*, 27(2): 185-203.



Appendice

Tab. A – Traccia dell'intervista semistrutturata

Sezione dell'intervista	Domanda	Costrutto teorico secondo framework elaborato da Tremblay <i>et al.</i> (2019)
A Informazioni sul partecipante e sul suo ruolo nella CdS	1. Qual è il suo ruolo professionale in relazione alla CdS di Aprilia e in quali attività è coinvolto/a?	Principled engagement
	2. Da quanto tempo ricopre questo ruolo?	Principled engagement
	3. Quali attività svolge nello specifico per la CdS e da quanto tempo?	Principled engagement
	4. Cosa l'ha incentivata/motivata a prendere parte all'attività della CdS?	Shared motivation
B Il ruolo della CdS e i suoi servizi alla comunità di riferimento	5. Può descrivere come si è evoluta e come è attualmente la CdS in termini di spazi e collocazione fisica, personale e servizi offerti?	Organizational model and practices (as output of collaborative governance)
	6. Può descrivere le caratteristiche dei pazienti che tipicamente frequentano la CdS?	External context
	7. Come avviene l'accesso del paziente?	Organizational model and practices (as output of collaborative governance)
	8. Qual è il tipico percorso del paziente oncologico?	Clinical practices (as output of collaborative governance)
C Integrazione della CdS con il resto della filiera e benefici percepiti del decentramento	9. Come i servizi forniti dalla CdS si integrano con altri servizi sanitari e socio-assistenziali locali?	Capacity for joint action
	10. Come funziona il rapporto tra la CdS e l'ospedale per acuti?	Capacity for joint action
	11. Quali sono, secondo lei, i vantaggi dell'approccio adottato in questa sede rispetto ad altri approcci alternativi? E quali sono gli svantaggi?	

(segue)



Sezione dell'intervista	Domanda	Costrutto teorico secondo framework elaborato da Tremblay et al. (2019)
D Sfide e fattori abilitanti riscontrati nel contesto locale	12. Quali ritiene siano stati i principali fattori abilitanti nello sviluppo e nella fornitura di servizi?	Drivers
	13. Quali pensa siano state le sfide e/o le criticità principali?	-
	14. Quanto è ben percepita il servizio dal personale sanitario esterno e pazienti?	Impact (as collaborative outcome)
	15. Come vede la CdS e i servizi che fornisce svilupparsi in futuro?	Adaptation (as collaborative outcome)

Tab. B – Studi clinici attivi e chiusi presso la UOC Oncologia Territoriale/UOS Sperimentazioni PI di Aprilia

Nome dello studio	Patologia
Studio MILES 3: "Studio randomizzato di fase III per valutare l'efficacia dell'aggiunta del cisplatino alla terapia con sola gemcitabina nel trattamento di prima linea di pazienti anziani con carcinoma polmonare non a piccole cellule in stadio IIIB – IV".	Neoplasie del polmone
Studio MILES 4: "Studio multicentrico randomizzato di fase III, con disegno fattoriale, di valutazione dell'efficacia di pemetrexed vs. gemcitabina, e dell'efficacia dell'aggiunta del cisplatino nel trattamento dei pazienti anziani con carcinoma polmonare non a piccole cellule, a istotipo non squamoso, in fase avanzata."	Neoplasie del polmone
Studio NICSO: "Studio Nazionale NICSO: Progetto Di Monitoraggio Medico-Infermieristico Degli Effetti Collaterali Da Terapie Oncologiche".	Terapie di supporto
Possible correlation between immune and inflammatory profile and rheumatologic immune-related adverse events in oncologic patients treated with anti-PD-1/anti-PD-L1 checkpoints inhibitors.	Varie
APOLLO 11, Consortium in Advanced Lung Cancer patients treated with innovative therapies: integration of Real-World data and Translational Research.	Neoplasie del polmone

Fonte: dati raccolti tramite intervista con responsabile UOS oncologia di Aprilia.

Tab. C – Patologie oncologiche trattate

Tumori cerebrali	Neoplasie distretto Testa-Collo	Neoplasie del mediastino	Neoplasie del polmone	Neoplasie del fegato e vie biliari	Neoplasie del Pancreas
Neoplasie gastriche	Neoplasie Intestinali	Neoplasie Mammarie	Neoplasie del retto	Sarcomi	Melanomi e tumori cutanei
Neoplasie del testicolo	Neoplasie della prostata	Neoplasie ovariche	Neoplasie ginecologiche	Neoplasie vescicali e vie urinarie	Neoplasie renali

Fonte: dati raccolti tramite intervista con responsabile UOS oncologia di Aprilia.

**Tab. D** – Farmaci somministrati presso l'oncologia di Aprilia

Aflibercept	Bleomocina	Carboplatino	Cisplatino	Durvalumab	Etoposide
Atezolizumab	Cabazitaxel	Cetuximab	Docetaxel	Epirubicina	5-Fluorouracile
Bevacizumab	Enfortumab	Ciclofosfamida	Doxorubicina	Eribulina	Fotemustina
Gemcitabina	Irinotecan	Mitomicina	Nab-paclitaxel	Oxaliplatino	Paclitaxel
Ifosfamide	Metotressato	Mitoxantrene	Nivolumab	Vincristina	Panitumumab
Pembrolicumab	Pertuzumab	Topotecan	Trastuzumab	Vinflunina	Vinorelbina (ev)
Pemetrexed	Ramucirumab	Trabectedina	Vinblastina	-	-
Ipilimumab	Sacituzumab Govitecan	-	-	-	-
Capecitabina	Ribociclib	Sorafenib	Temozolomide	Nintedanib	-
Olaparib	Osimertinib	Axitinib	Everolimus	Alectinib	-
Vinorelbina	Abemaciclib	Abitaterone	Lapatinib	Lorlatinib	-
Palbociclib	Sunitinib	Enzalutamide	Niraparib	Crizotinib	-
Fulvestrant	Trastuzumab +Pertuzumab sc	-	-	-	-
Trastuzumab sc	Denosumab	-	-	-	-

Fonte: dati raccolti tramite intervista con responsabile UOS oncologia di Aprilia.