



ISPRO

Istituto per lo studio, la prevenzione
e la rete oncologica

con il patrocinio di

REGIONE
TOSCANA



La Riorganizzazione Hub & Spoke della Rete Oncologica: Unità di Competenza

Luisa Fioretto

Dipartimento Oncologico
USL Toscana Centro



Servizio Sanitario della Toscana



FIRENZE

Sala Riunioni ISPRO
Viale Pieraccini, 6
Palazzina 27b - Cubo 3

25 FEBBRAIO 2019

ONCORETE
SHARING AND INNOVATION SYSTEM

2019 **MOTORE
SANITA'**
Gestire il Cambiamento

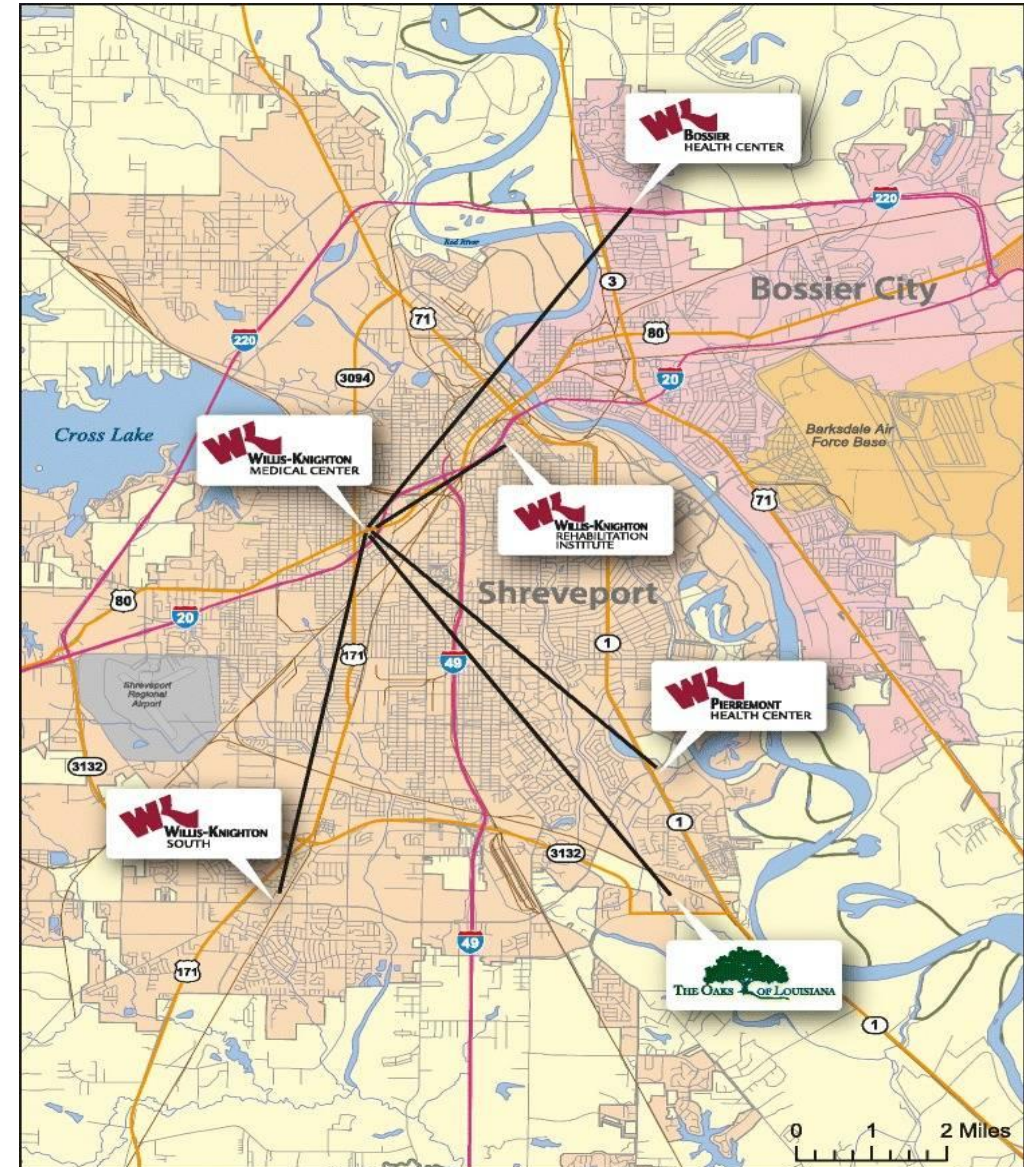
Dove nasce il modello Hub-and-Spoke

- Prima formalizzazione in sanità del modello Hub-and-Spoke risale ad oltre 30 anni fa, nel nord-ovest della Louisiana
- Questa regione mostrava due fattori rilevanti: (i) elevata frammentazione territoriale alla confluenza di tre stati; (ii) limitata presenza di servizi sanitari sul territorio, complicata dal basso livello socio-economico locale.



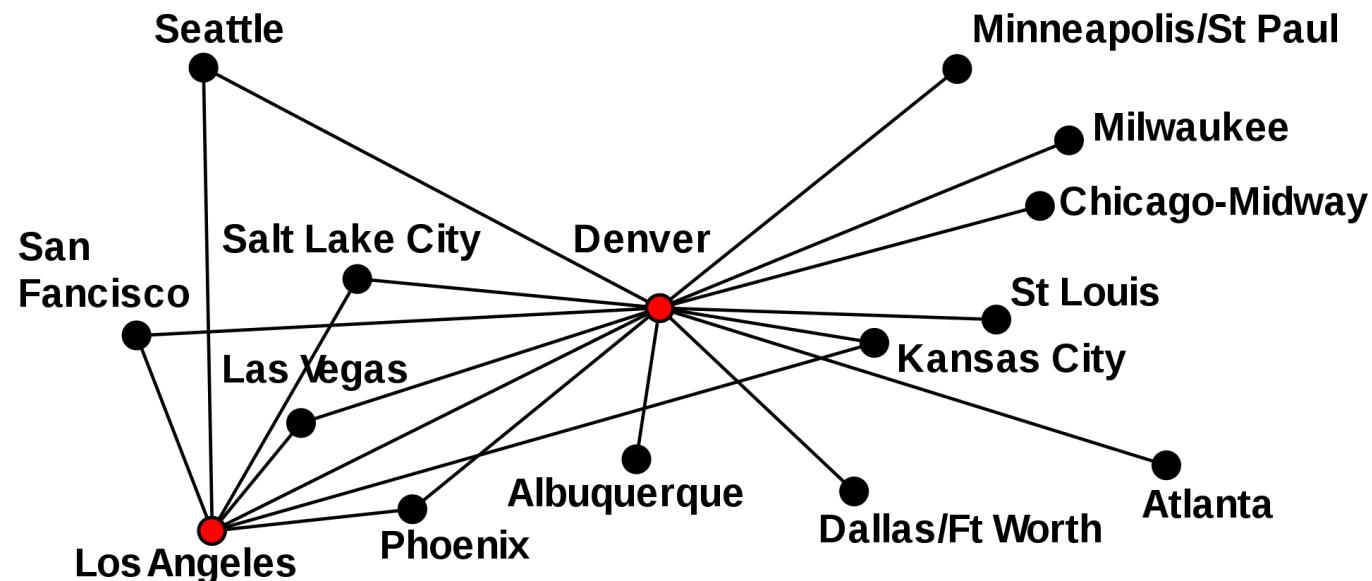
Là dove le risorse sembrano mancare...

1. Contesto territoriale frammentato
2. Accesso ai servizi caratterizzato da iniquità e disparità
3. Impossibilità di far affluire tutti gli utenti in tutte le fasi in un centro specialistico
4. Presenza sul territorio di strutture con limitati servizi e personale



Il costrutto di Hub-and-Spoke oltre la sanità

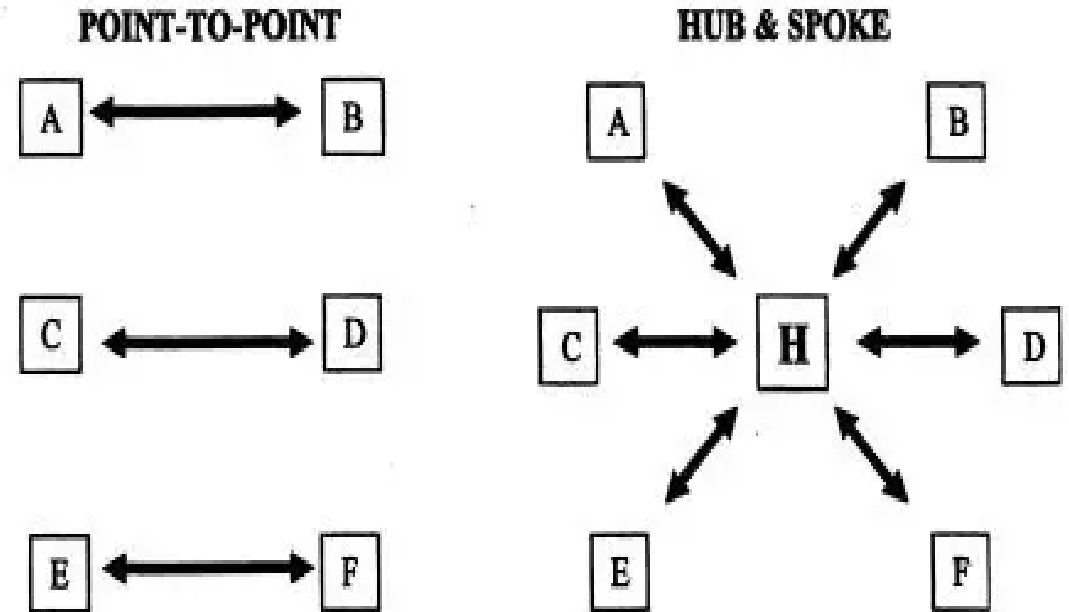
- Rappresenta un modello di «**transport topology optimization**» ovvero di ottimizzazione nella distribuzione territoriale del trasporto, con numerose applicazioni nell'ambito aereo e ferroviario dagli anni 70 (es. linee relative ai due hub-aeroporti di Los Angeles e Denver)
- L'obiettivo è quello di connettere strutturalmente i flussi di trasporto di **spoke (raggio)** locali ad un **hub centrale (mozzo)**, ottimizzando le risorse disponibili e riducendo gli sprechi



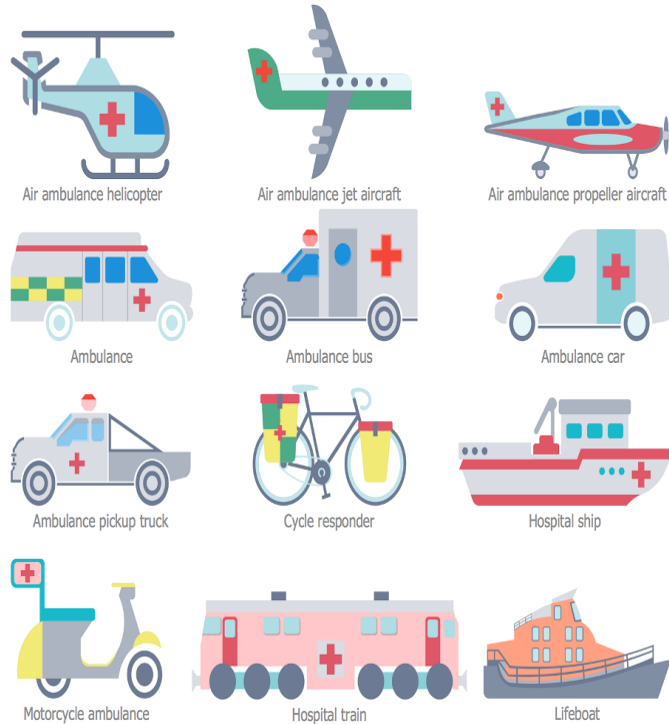
Presupposti

- Il presupposto matematico su cui si fondano tali modelli è quello della **presenza di poche rotte**, anche con **tratti mediamente lunghi**. Si suppone che promuovendo voli/treni sufficientemente pieni vi sia un risparmio.
- Il modello è considerato un **sistema centralizz-ato/-ante**, pensato per favorire l'afflusso in uno o pochi punti.
- I rischi maggiori sono due:
 - (i) **limitata flessibilità** a fronte di urgenze giornaliere
 - (ii) effetto **collo-di-bottiglia** a fronte di una criticità in un punto.

$$\frac{n(n-1)}{2}$$



Dai trasporti ...alla Sanità



In sanità il focus resta nella gran parte delle formulazioni sui processi di trasporto di **materiali, personale, pazienti.**



Vantaggi e svantaggi possono essere facilmente interscambiabili alla luce di **livello di diffusione/efficienza delle infrastrutture** **coerenza strategica tra obiettivi e modello.**

Da una rassegna non sistematica
del modello Hub e Spok in sanità...



Vantaggi

- Chiara definizione dei livelli di prestazione nei presidi/servizi (chi fa, cosa, come, dove...)
- Aumento efficienza, qualità e velocità erogazione
- Aumento dell'offerta

Rischi

- Effetto collo-di-bottiglia
- Iper-proliferazione degli spoke e/o hub
- Insoddisfazione degli staff negli spoke
- Fallimento dei sistemi di trasporto (materiali, personale, pazienti)

(Elrod et al, 2017)

Coerenza tra obiettivi e modello

In UK valutazione efficacia mammografia a livello rurale con accesso a livelli “superiori” di screening in applicazione modello Hub-and-Spoke

1. Definizione obiettivi e formulazione sostenibilità del modello
2. Sviluppo di uno studio di fattibilità secondo procedure standard
3. Monitoraggio continuo

(Lee et al., 2017)

Table 1 | Rural county characteristics and screening activity by outreach approach

County	# Women age≥40 ^a	% Urbanized Pop ^b	HPSA ^c	# Hospitals (# Beds) ^d	# Mam Facilities ^e (# BSPAN contracts)	Avg # Services /Month	# Implementation Months	# Services Total	# Scr-Mam In-house	# Scr-Mam Mobile
County #1	38,966	20-49%	no	1 (137)	1 (0)	36	16	572	419	153
County #2	33,821	1-19%	no	1 (103)	2 (1)	11	14	154	78	76
County #3	16,103	none*	YES	1 (133)	1 (0)	7	16	109	66	43
County #4	8,300	none	no	1 (98)	1 (1)	9	3	28	28	-
County #5	5,580	none	YES	1 (33)	1 (1)	17	3	50	50	-
County #6	4,367	none	no	2 (69)	0 (0)	10	16	159	8	151
County #7	3,223	none	YES	1 (25)	0 (0)	2	7	15	-	15
County #8	2,589	none	no	1 (42)	1 (1)	4	10	42	42	-
County #9	2,462	none	no	1 (134)	1 (1)	14	3	43	43	-
County #10	162,465	80-100%	no	4 (752)	8 (1)	118	12	1,415	987	428
County #11	16,696	none	no	1 (83)	1 (1)	30	16	477	343	134
County #12	10,345	none	no	1 (60)	1 (1)	14	15	206	190	16
County #13	9,922	none	YES	1 (116)	1 (1)	13	10	126	126	-
County #14	7,868	none	YES	1 (42)	1 (1)	12	16	188	188	-
County #15	5,215	none	YES	1 (42)	1 (1)	13	17	225	225	-
County #16	3,977	none	no	1 (25)	1 (1)	11	10	111	111	-
County #17	2,212	none	YES	1 (41)	0 (0)	6	16	91	-	91
Hub	417,846	80-100%	Partial	12 (3,695)	26 (7)	431	24	10,333	6,959	3,374

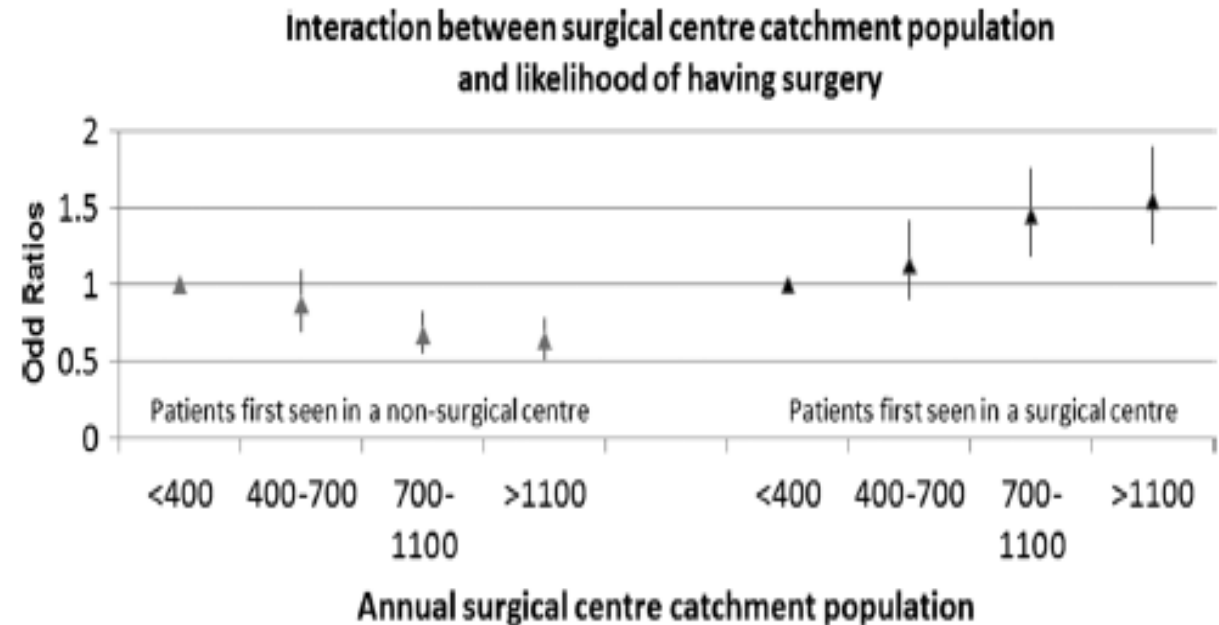
“Hub-led” outreach counties
 County #10 (a high pop. spoke-led county)
 Spoke-led” outreach counties

Valutazione in base ad equità e sostenibilità

Sebbene l'ottimizzazione sia la ratio più frequente nell'uso di questi modelli, non necessariamente il ritorno è come atteso.

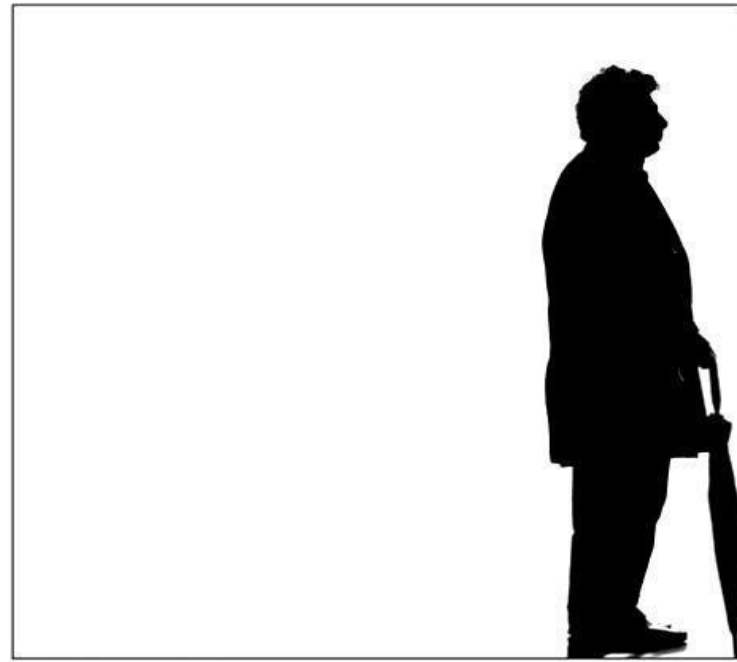
In un altro studio inglese sul tumore polmonare, ad esempio, è emerso che, all'aumentare del bacino di utenza, i centro non-chirurgici (Hub) riportano probabilità molto inferiori per i pazienti di ricevere l'intervento

(Khakwani et al., 2015)



Adjusted for sex, age, stage, performance status, co-morbidity, socio-economic status, ethnicity, source of referral and number of cardio-thoracic surgeons

Come possiamo integrare un modello Hub-and-Spoke con un modello Regionale a Rete ?



Mission Impossible: un modello efficace e sostenibile

Efficacia e sostenibilità sono due domini di sapere distinti?
È possibile pensare l'uno senza pensare l'altro?



Efficacia e sostenibilità: qualche considerazione paradossale

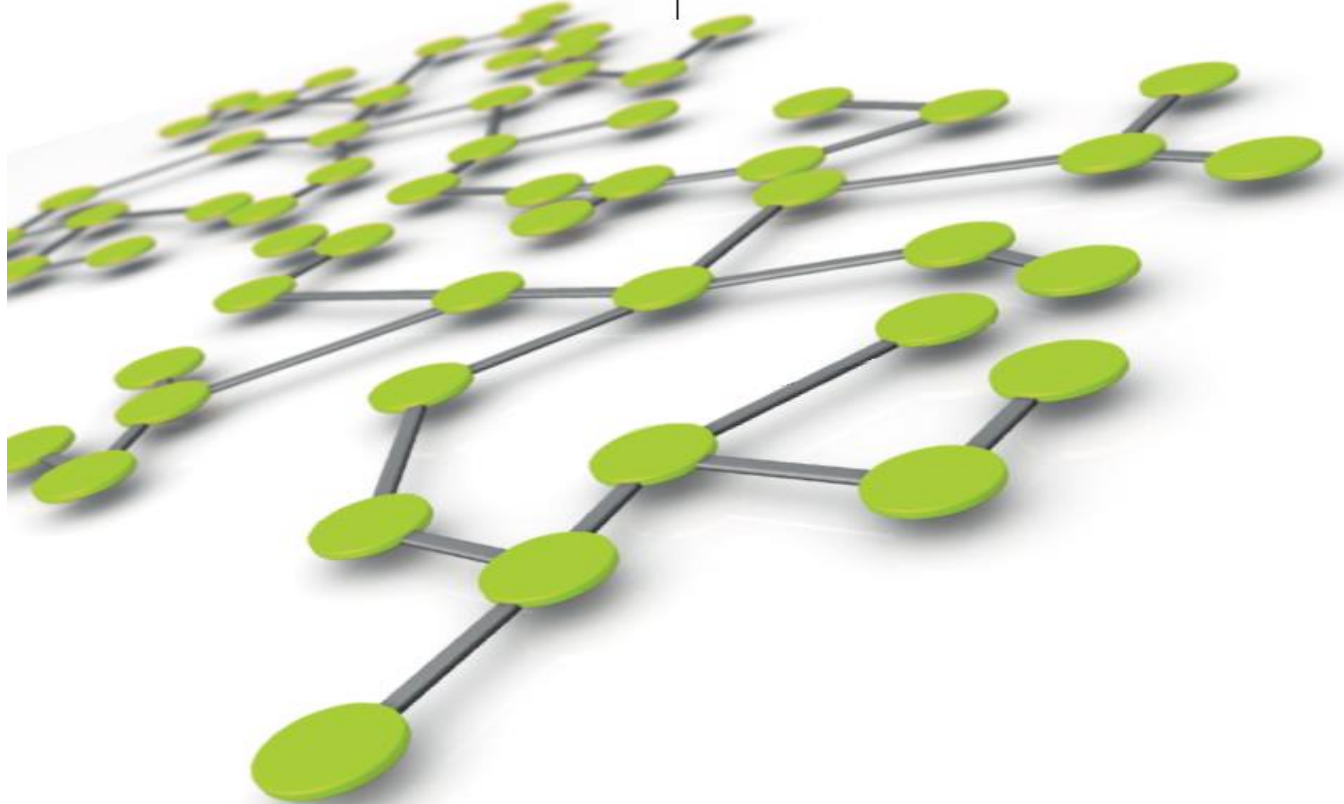
- **Quesito Organizzativo:** quale è il miglior mezzo per muoversi nella nostra Area Vasta?
- **Risposta Efficace:** il motore più potente che potrebbe essere montato su un mezzo terrestre è chiaramente quello dello shuttle
- **Risposta Sostenibile:** il mezzo più economico disponibile è una vespa, che potrebbe muoversi ovunque ad un consumo molto basso



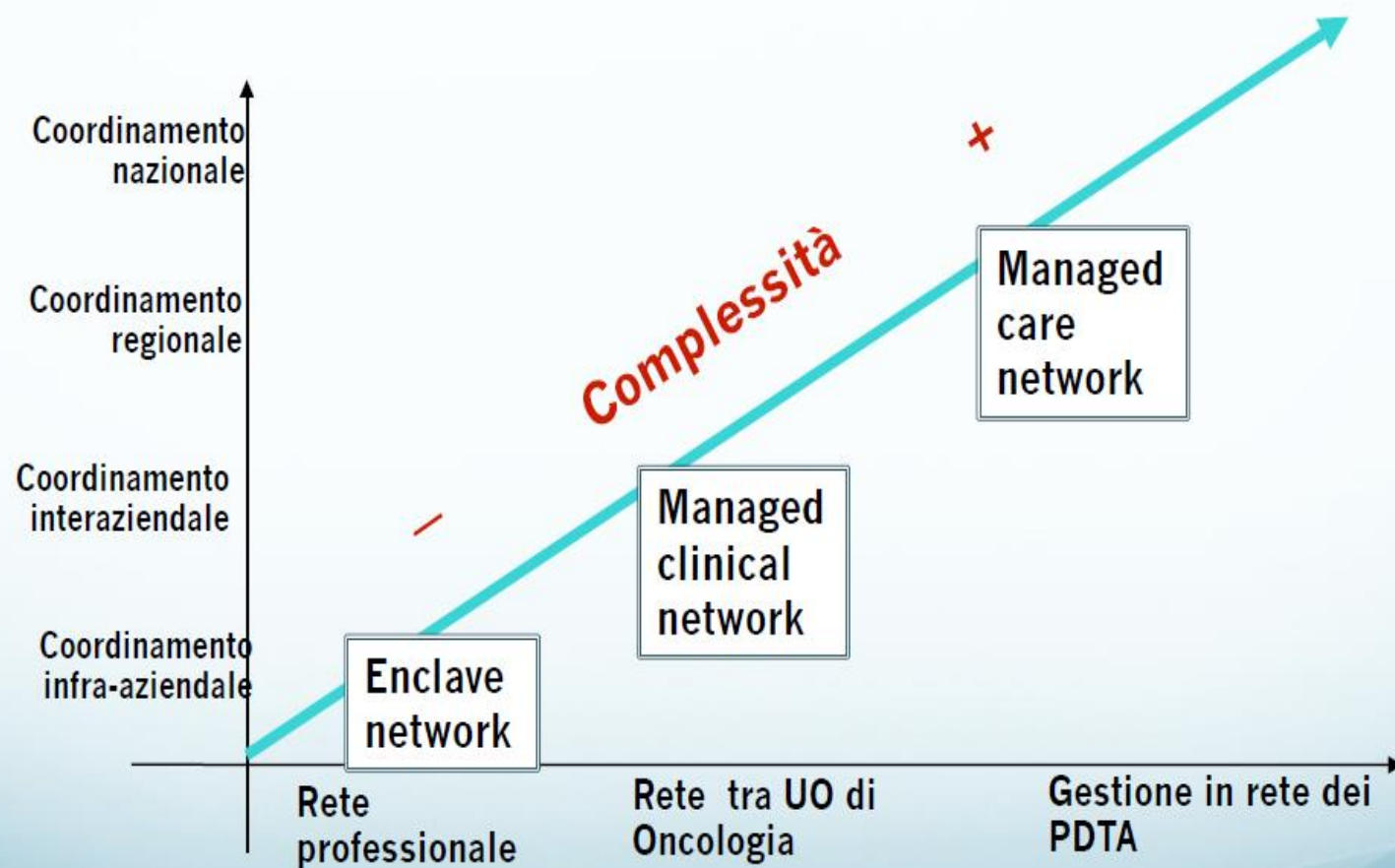
A proposito di CONTESTO.....

PROCESSI
ORGANIZZATIVI,
PERCORSI E RETI

Gruppo di lavoro AIOM-CIPOMO



Livelli di complessità delle reti cliniche

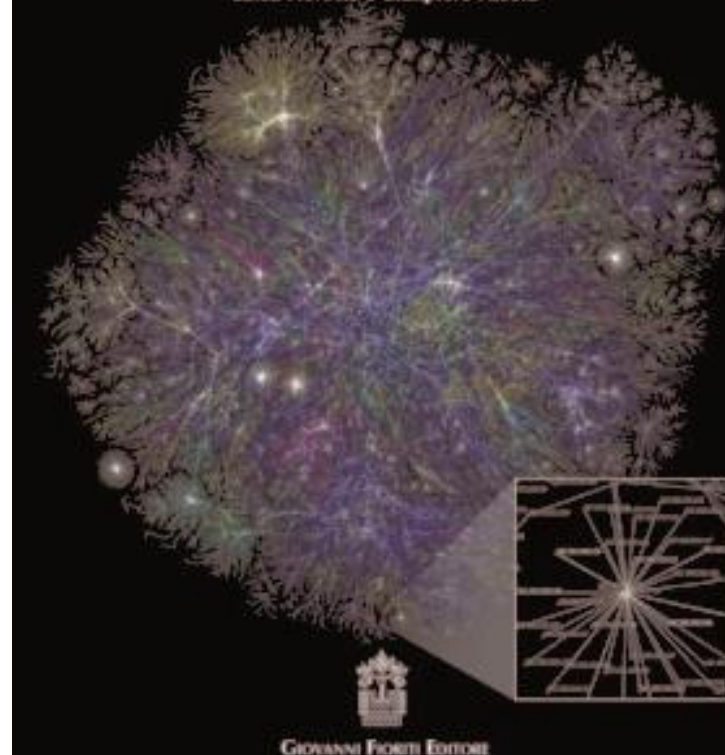


Il Sistema Oncologia

Strutture, Dipartimenti e Processi di Dipartimentalizzazione

a cura di

Luisa Fioretto e Gianpiero Fasola



**Conferenza Nazionale
CIPOMO
Firenze 2014**



Guida per le reti: differenti modelli

Fig. 1 Comprehensive cancer centre



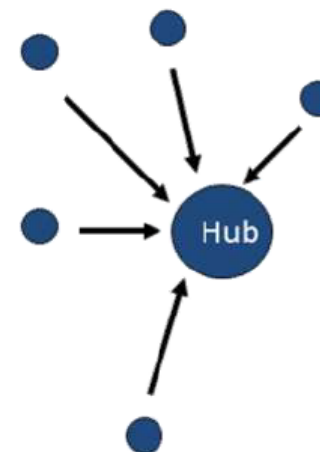
Criteri di selezione

- Struttura
- Facilities
- Casistica
- Esiti



Guida per le reti: differenti modelli

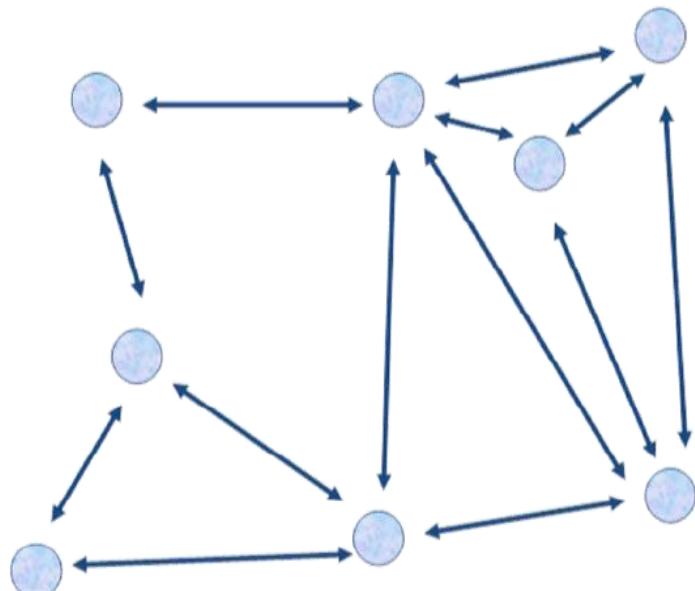
Fig. 2 Modello Hub & Spoke





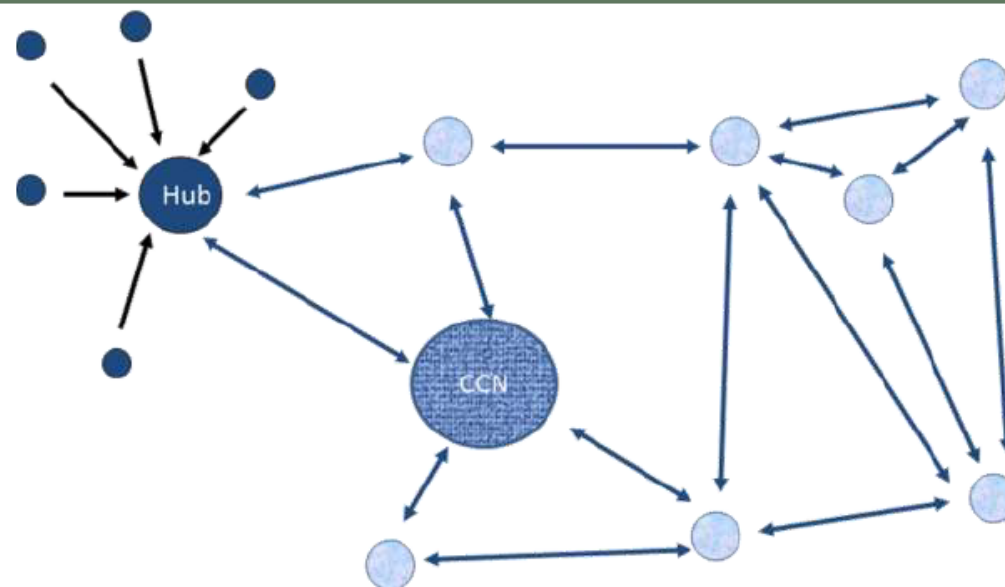
Guida per le reti: differenti modelli

Fig. 3 Cancer Care Network (CCN)
Strutturazione di base

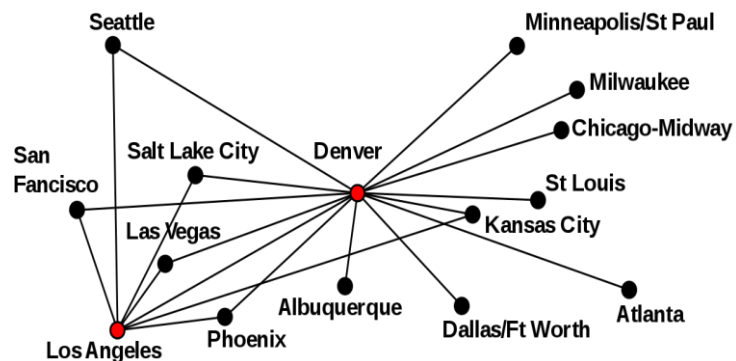


Guida per le reti: differenti modelli

Fig. 4 Comprehensive Cancer Care Network (CCCN)



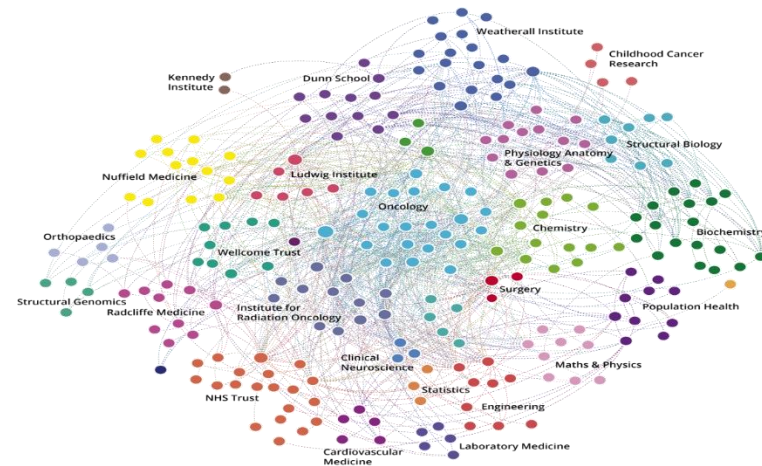
Hub-and-Spoke



Processi gerarchici ottimizzati e veloci
Pochi collegamenti
Modello centralizzato



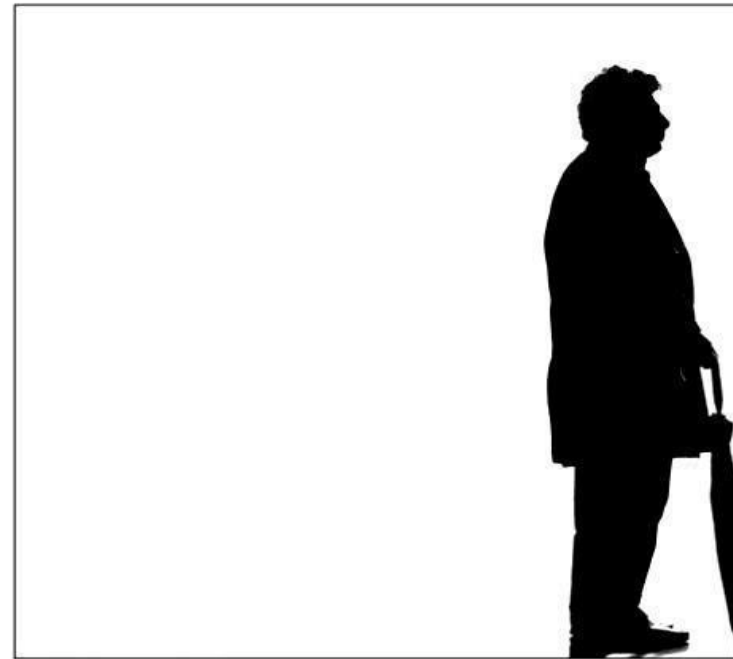
Rete



Processi integrati, permeabili, interconnessi
Presenza in sede o in collegamento
Rete di Reti

WORK IN PROGRESS

Un processo di integrazione
di modello e/o modalità Hub-and-Spoke entro un modello
sovraordinato Regionale a Rete



La riforma e i Dipartimenti oncologici

Complessità, omeostasi e cambiamento

Luisa Fioretto¹, Simone Cheli², Gianni Amunni³

¹ Direttore Dipartimento oncologico, AUSL Toscana centro; ² Scuola di Scienze della salute umana, Università di Firenze; ³ Direttore operativo Istituto tumori toscano

Abstract

L'oncologia con il suo peso in termini di incidenza, prevalenza e complessità assistenziale rappresenta una delle sfide più ardue per il sistema sanitario del nostro Paese e può rappresentare oggi un fondamentale banco di prova per le aspirazioni insite nella riforma del sistema sanitario della Toscana. Per articolare operativamente una riforma ambiziosa come quella in corso nella Regione Toscana è necessario considerare tre livelli di analisi: (i) i principi fondanti della riforma e le sue linee di indirizzo; (ii) il livello organizzativo dalle Aziende sanitarie, dai Dipartimenti e dalle reti regionali; (iii) il livello dell'attività professionale degli operatori e la domanda e la percezione dei servizi da parte degli utenti. Tanto più possiamo anticipare i processi sistemici in atto, sia quelli omeostatici spontanei, che quelli organizzativi pianificati, tanto più possiamo minimizzare la variabilità e le turbolenze nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

L'obiettivo di questo contributo è quello di declinare alcuni principi generali utili allo sviluppo di un Dipartimento oncologico. Il contesto di riferimento di tale processo è il quadro della riforma del Sistema sanitario della Toscana (SST) delineato dal L.R. 84 del 28/12/2015 congiuntamente al percorso di istituzione dell'Istituto toscano tumori (ITT) a partire dall'approvazione del piano costitutivo (DCR n. 140 del 29/07/03) e la sua effettiva individuazione come struttura regionale di governo clinico (L.R. n. 40 del 25/02/2005, Art. 43). Il SST ha recepito precocemente per il settore dell'oncologia la necessità di costituire una rete di servizi e di Dipartimenti quali nodi della rete. La Regione Toscana sin dal 1998 ha riconosciuto come priorità operativa "il coordinamento e l'integrazione degli interventi in ambito regionale, attraverso la previsione di un sistema organizzativo nel quale ogni livello operativo agisca nell'ambito della rete oncologica regionale sulla base di protocolli specifici e linee guida" (DCR n. 18 del 03/02/1998; Istituto toscano tumori, 2009, p. 15). Sin da questi primi atti di indirizzo la funzione assistenziale e organizzativa di un Dipartimento è interconnessa a quella della rete oncologica e viceversa.

In un'ottica sistemica così come le strutture territoriali (re-

parti, gruppi oncologici multidisciplinari, ecc.) rappresentano i nodi e le relazioni nella rete dipartimentale, i Dipartimenti rappresentano i nodi della rete oncologica regionale. "La comune appartenenza dei Dipartimenti oncologici alla rete è alla base di una necessità di coordinamento degli stessi nell'ottica della coerenza, sostenibilità e appropriatezza delle azioni" (Amunni 2015, p. 84). Pertanto ogni indirizzo operativo, consolidato o riformato, del Dipartimento si muove lungo interlocuzioni intraziendali, interaziendali e di rete. Ed in particolare oggi, nel momento in cui stiamo fronteggiando, una ridefinizione del SST, i nuovi e più estesi Dipartimenti, si trovano a dover conciliare due esigenze solo apparentemente contrastanti: mantenersi coerenti con i principi fondanti e gli organismi istitutivi della rete oncologica (Accoglienza ITT, Centro oncologico di riferimento dipartimentale Gruppi oncologici multidisciplinari, continuità ospedale-territorio, ecc.), e dall'altro adattarsi al nuovo contesto amalgamando le specificità dei propri nodi intradipartimentali con le specificità dei propri interlocutori portatori (altri presidi ospedalieri, nodi locali degli altri Dipartimenti, ecc.).

Una simile sfida richiede una prospettiva sovraordinata rispetto a quali siano i processi organizzativi del cambia-

Cantieri aperti...

Mappatura

- Mappatura della specificità del contesto
- Assessment center, knowledge management

Pianificazione Processuale

- Pianificazione dei processi dipartimentalizzazione
- Best practice, epidemiologie, vincoli, etc.

Pianificazione Operativa

- Deframmentazione e ricostruzione processi esistenti
- Interconnessione risorse, know-how, know-what, etc.

Attuazione Operativa

- Costruzione attuativa dei processi gestionali
- Co-costruzione dei PDTA intra e inter aziendali, etc.

Rivalutazione Monitoraggio

- Processi rivalutazione e monitoraggio continui
- Adozione indicatori unitari gerarchici e territoriali

Rete oncologica e sua riorganizzazione



Nelle fasi di pianificazione e attuazione operativa

- polarizzazione in termini di focus hospital e focus team
- portability ed integrazione delle competenze professionali
- centralizzazioni UFA
- riorganizzazioni anatomia patologica e determinazioni biomolecolari
- costruzione di PDTA intra- e/o inter-aziendali
sviluppo di collegamenti ad hoc, in ambito Area Vasta con riferimento Az Ospedaliera Universitaria per alta specialità, patologie e/o trattamenti di nicchia e/o prestazioni non disponibili in Azienda USL, anche attraverso specifici progetti e/o convenzioni interaziendali

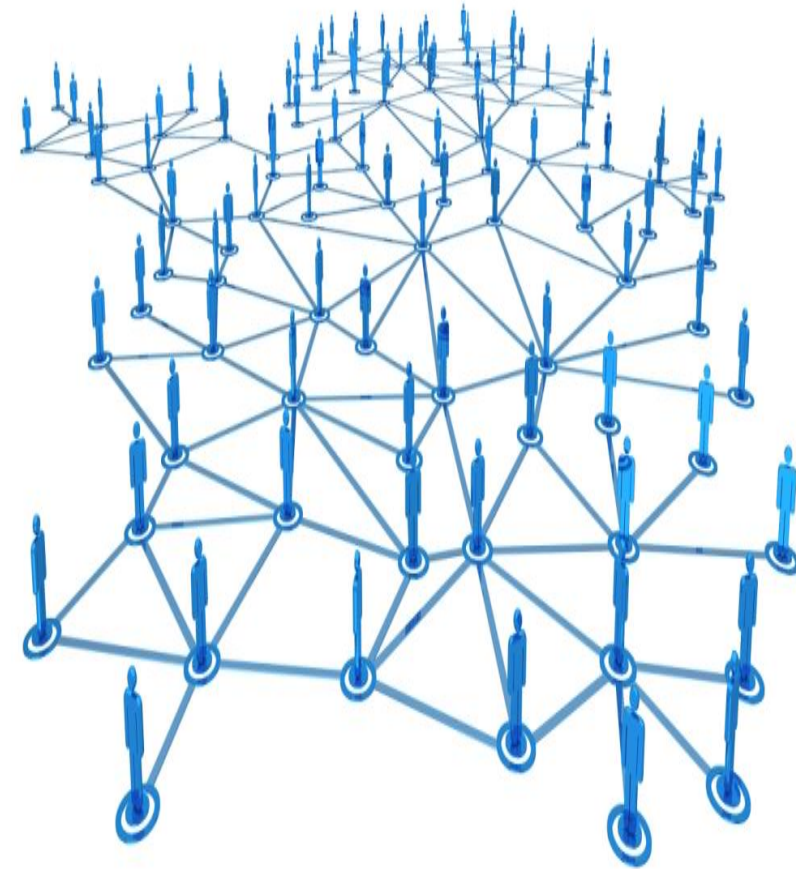
Modello Hub-and-Spoke
Trasporto
Professionisti-Materiali
Pazienti

Dalle Unit alle Reti di Patologia

(es. Rete Senologica)

Unità di Competenza e Unità Associate

Tumori rari/infrequenti e ad alta complessità





REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 03-05-2016 (punto N 31)

Delibera N 394 del 03-05-2016

Proponente
STEFANIA SACCARDI
DIREZIONE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

Pubblicità/Pubblicazione Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)
Dirigente Responsabile Maria Teresa MECHI
Estensore PAOLA MAGNESCHI
Oggetto

Riordino della Rete chirurgica oncologica toscana: primi indirizzi alle Aziende Sanitarie per la costituzione della Rete dei Centri per il trattamento dei tumori rari/infrequenti e ad alta complessità - definizione dei requisiti organizzativo-assistenziali.

Requisiti organizzativo assistenziali dei Centri per il trattamento dei tumori rari/infrequenti e ad alta complessità: Pancreas, Surrene, Esofago, GIST.

- 1) Requisiti quali-quantitativi delle Unità di Competenza**
- 2) Servizi e specialisti che compongono le Unità di Competenza**
- 3) Livello di coordinamento.**

1) Requisiti quali quantitativi delle Unità di Competenza

E' necessario che siano disponibili oltre alle competenze chirurgiche (adeguato volume di attività chirurgica anche per singolo chirurgo), specialisti in radiologia (diagnostica ed interventistica), endoscopia (diagnostica ed operativa), medicina nucleare, gastroenterologia, diabetologia, endocrinologia, istologia, e citologia patologica, anestesia e rianimazione, oncologia, radioterapia, riabilitazione, terapia del dolore e cure di supporto.

Volume di attività

Volumi della casistica per unità di competenza per tumore del pancreas numero casi trattati/anno (espresso in numero assoluto):

30 per struttura organizzativa e 10 per chirurgo come primo operatore o tutor

Requisiti strutturali e organizzativi

Presenza dell'anatomia patologica dotata d'immunoistochimica e di sezione di biologia molecolare:

80-100 diagnosi/anno

Presenza di un GOM (Gruppo Oncologico Multidisciplinare) per il tumore del pancreas che collabori attivamente nella gestione della patologia, collegato ai reparti di supporto che intervengono nelle singole fasi del percorso, dalla diagnosi alla terapia.

Presenza di attività di ricerca con accesso a protocolli clinici sperimentali per farmaci innovativi

Expertise degli altri professionisti del team

Adeguata e specifica esperienza professionale nella patologia del pancreas documentata anche da produzione scientifica e attività di ricerca.

2) Servizi e specialisti che compongono le Unità di Competenza

Le figure professionali che compongono il team sono:

Gastroenterologo, Endoscopista interventista, Chirurgo specialista, Oncologo medico, Radioterapista, Anatomo Patologo/Biologo Molecolare, Algologo, Nutrizionista, Psicologo, Radiologo e Radiologo Interventista.

Sulla base delle valutazioni epidemiologiche, della ricognizione della casistica effettuata nella letteratura scientifica e della valutazione dei professionisti esperti, si ipotizza la creazione di 2-3 UC quale numero atteso stimato a livello regionale.

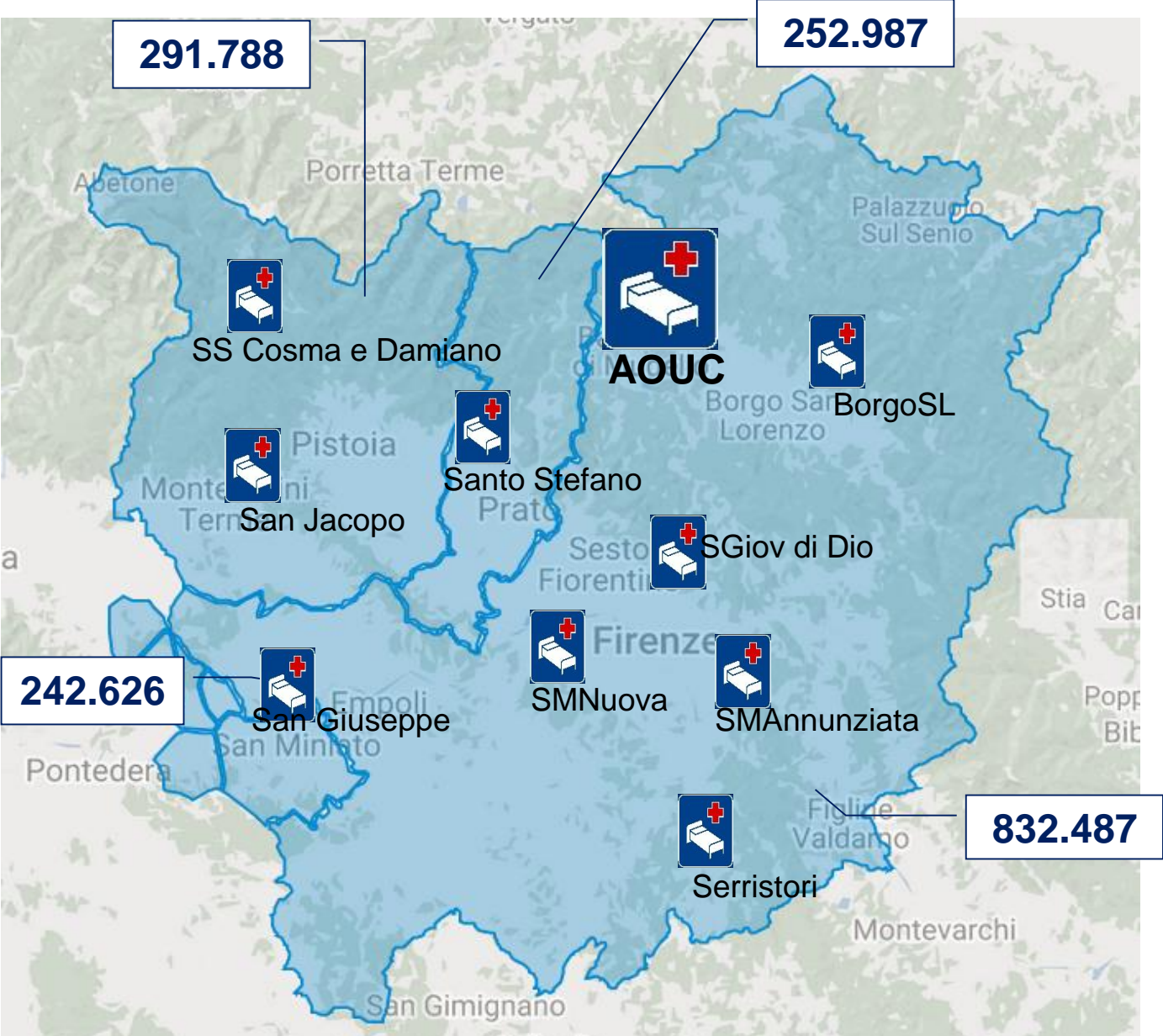
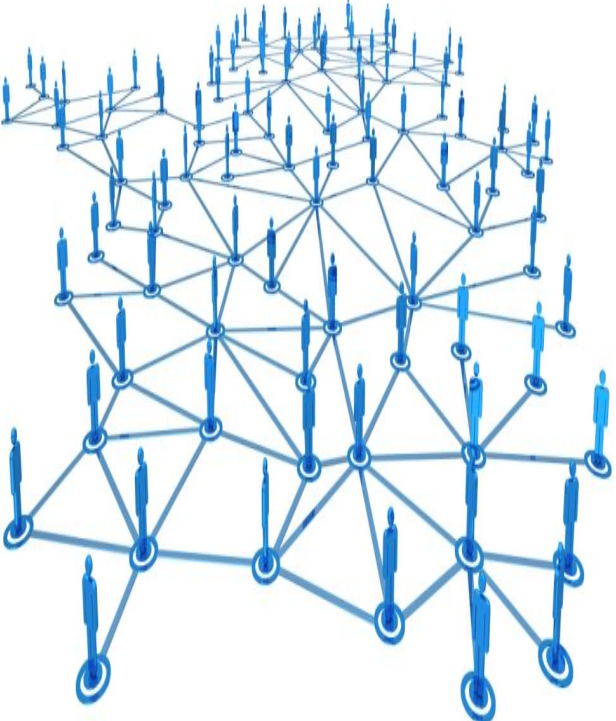
Tutte le strutture sanitarie della rete ITT, sulla base del protocollo definito dall'UC del pancreas, svolgeranno le prime fasi diagnostiche fino alla definizione di probabile carcinoma del pancreas.

Il paziente verrà quindi sempre valutato dall'Unità di Competenza per la definizione dello specifico iter diagnostico terapeutico.

3) Livello di coordinamento

Per ogni UC verrà formalmente identificato un professionista che svolga il ruolo di Coordinatore del GOM per la specifica tipologia di tumore, prevedendo la possibilità che lo stesso svolga anche il ruolo di Coordinatore dell'Unità di Competenza.

Caratteristiche del contesto organizzativo

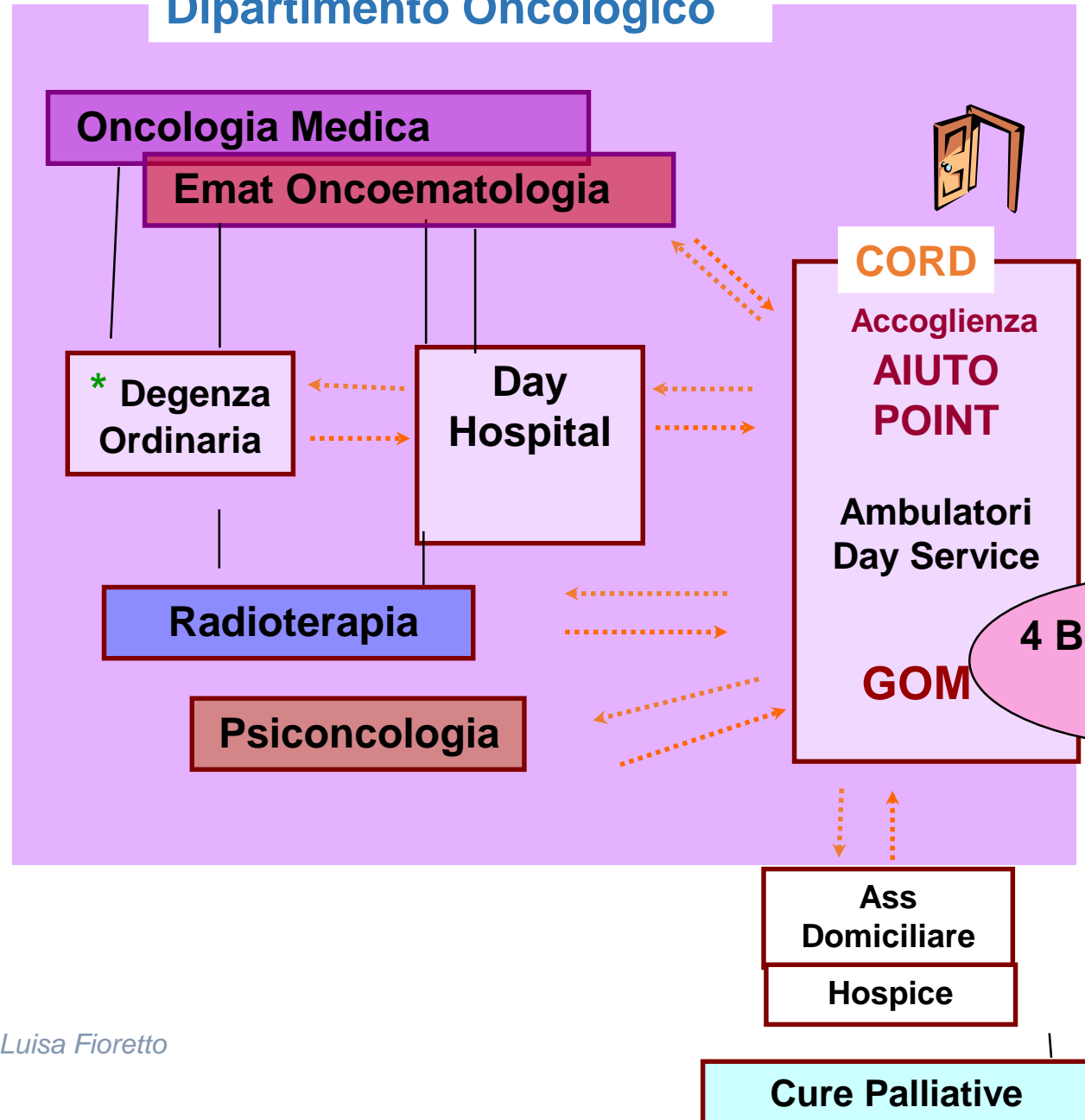


Il paziente oncologico ed i suoi n... percorsi

Azienda USL TC

**AOU
Careggi**

Dipartimento Oncologico



- Anatomia Patologica
- Diagnostica per immagini
- Laboratorio

- Dipartimento Chirurgico
- Chirurgia
 - Ginecologia
 - Urologia

- Chirurgia Senologica
- Chirurgia Plastica

- Dipartimento Medico*
- Medicina
 - Dermat oncologia
 - Geriatria

4 Breast Units

1 Melanoma Unit

Unità di Competenza and -Unità Associate



**Progetto Interaziendale AOU Careggi / AUSL Toscana Centro
PDTA Tumori Pancreas in AVC**

GESTIONE DEL PAZIENTE ADULTO CON TUMORE DEL PANCREAS

2017-2018

10. Piano Operativo Rete Area Vasta Centro

Verrà sviluppata una modalità di integrazione del personale sanitario Azienda Universitaria Ospedaliera Careggi (AUOC) e Asl Toscana Centro (ATC) ai fini della costituzione di un punto unico di erogazione delle prestazioni dei pazienti con neoplasie del pancreas con la costituzione di una **unità di chirurgia pancreatica di area vasta** che abbia la finalità non solo del trattamento dei pazienti affetti da tale neoplasia ma anche quella di ricerca scientifica, clinica e biomolecolare.

La collaborazione dovrà prevedere la costituzione di un pool integrato di chirurghi, sia della AUOC che della ATC accreditati come operatori e con funzione di tutor per gli interventi sul pancreas; saranno anche individuati altri chirurghi dedicati con compiti assistenziali e di sala operatoria (tutorati) con un percorso di crescita professionale in modo da garantirne per tutti una presenza strutturata e continuativa nelle attività cliniche della **Unità di Chirurgia Pancreatica e renderli parte integrante della stessa.**

Per il personale in servizio presso la ATC che farà parte del pool della chirurgia pancreatica dovranno essere definiti i giorni di frequenza c/o l'AUOC in modo da consentire di svolgere così fino in fondo la funzione di medico tutor nei confronti del pz, come avviene ormai da tempo nella ATC.

La creazione della Unità di Chirurgia Pancreatica di area vasta potrà prevedere l'interscambio di personale fra AUOC e ATC

La partecipazione al progetto dei medici della ATC c/o l'AUOC dovrà essere prevista in orario di servizio in modo da garantirla e che faccia parte del debito orario degli stessi; questo necessiterà di una integrazione degli orari di lavoro fra le Unità operative della AUOC e della ATC.

I medici della ATC avranno così modo di partecipare attivamente durante tutto il PDTA dei pazienti con patologia pancreatica ricoverati ab-inizio nella unità operativa della AUOC, e non solo quelli afferenti dalla ATC, in modo da aumentare il numero dei pz osservati ed omogeneizzare i comportamenti e le tecniche chirurgiche tra le due realtà.

L'accordo fra le Aziende dovrà prevedere gli aspetti assicurativi per la responsabilità civile ed un accordo per la retribuzione economica dell'orario di lavoro effettuato nello scambio dei dipendenti definito da apposita convenzione

Metodologia

E' necessario definire una precisa **calendarizzazione** degli incontri ed una condivisione anticipata dei casi e dei quesiti da discutere.

Per ogni caso discusso sarà formalizzato un **referto** redatto su un format unitario, che contenga:

- i dati anagrafici completi del paziente,
- una sintetica anamnesi generale ed oncologica,
- il Performance status,
- la diagnosi/ sospetto diagnostico e la stadiazione della patologia,
- la Struttura cui è in carico il paziente e che propone il caso alla discussione,
- la Struttura a cui sarà inviato il paziente per il percorso stabilito
- Il percorso indicato
- Le motivazioni sulla base delle quali viene stabilito e condiviso tale percorso

Il referto sarà **firmato** da tutti i professionisti coinvolti e sarà **illustrato e consegnato al paziente** dallo specialista che lo ha in carico.

Il referto sarà **presente nella cartella** clinica del paziente.

Strumenti operativi e facility Lo strumento fondamentale per l'attività del GOM è il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la patologia, elaborato sulla base alle linee guida nazionali ed internazionali e contestualizzato alla realtà dell'Area Vasta (Azienda USL Toscana Centro e AOUC).

Dovrà essere utilizzata una **scheda informatizzata unitaria riferita ad un data-base** che consenta il monitoraggio.

Trattandosi di un GOM di Area vasta, dovranno essere coinvolti gli specialisti dedicati di entrambe la Aziende ed il **tempo-lavoro** dedicato al GOM, dovrà essere previsto nei turni e nei carichi di lavoro.

E' indispensabile, al fine di concentrare la casistica, garantire la partecipazione costante dei professionisti al GOM attraverso **sistemi adeguati e funzionanti di videoconferenza, con la possibilità di valutare le immagini radiologiche** degli esami eseguiti in tutti gli ospedali di area vasta.

Data la riorganizzazione dei GOM aziendali in corso e la presenza di percorsi definiti a livello di entrambe la Aziende, si definiscono **criteri minimi** ed i tempi per la discussione in GOM di Area Vasta:

- In caso di forte sospetto diagnostico, il paziente avrà un primo accesso all'Ospedale di riferimento (DEA, Ambulatori, reparti)
- Sarà eseguita la diagnostica e la stadiazione radiologica
- In caso di assenza di metastasi, il caso sarà discusso a livello multidisciplinare locale e portato per la definizione del percorso alla discussione del GOM di Area Vasta
- In caso di presenza di metastasi, se fattibile, queste saranno biopsiate e, dopo diagnosi istologica, il paziente potrà essere inviato all'oncologo il quale, sulla base della valutazione clinica complessiva, deciderà se discuterlo in GOM di Area Vasta (inserimento in trial, revisione del referto patologico, definizioni biomolecolari, altro), o prenderlo in carico per terapia standard/ palliativa ed inviare i dati al GOM di Area Vasta per la registrazione
- Il **GOM di Area Vasta** indicherà il **percorso**, le **sedi** ove saranno erogate le prestazioni (sulla base di quanto esplicitato nel PDTA), provvedendo alla **prenotazione** delle stesse attraverso il case manager e la segreteria
- Le prestazioni relative al percorso diagnostico-terapeutico dovranno essere organizzate attraverso **canali di collegamento istituzionalizzati ed agende dedicate**.

Punti di forza

- **Miglioramento della qualità della diagnosi e della cura** relativo al maggior expertise dei centri ad alto volume
- Aumento della possibilità di accedere a **sperimentazioni cliniche**
- **Crescita culturale dei professionisti coinvolti** in equipe e GOM interaziendali

Criticità

- Instabilità del **rapporto paziente/struttura** professionale e migrazione sanitaria
- Difficoltà di costituzione della **équipe chirurgica unitaria interaziendale** (organizzative, amministrative, copertura legale, informatizzazione)
- Inerzie nell'attuazione del **GOM interaziendale** (composizione, collegamenti telematici, trasmissioni immagini radiologiche)
- Costruzione **agende dedicate** (flusso di percorso interaziendale)
- **Upgrade culturale** dei professionisti dell'AUSL TC
- Ostacoli al **ritorno del paziente** alle Strutture di provenienza, per le discipline non chirurgiche
- Assunzione di **ruolo attivo** per le Strutture oncologiche dell'AUSL TC nella gestione del follow-up e del paziente metastatico/terminale

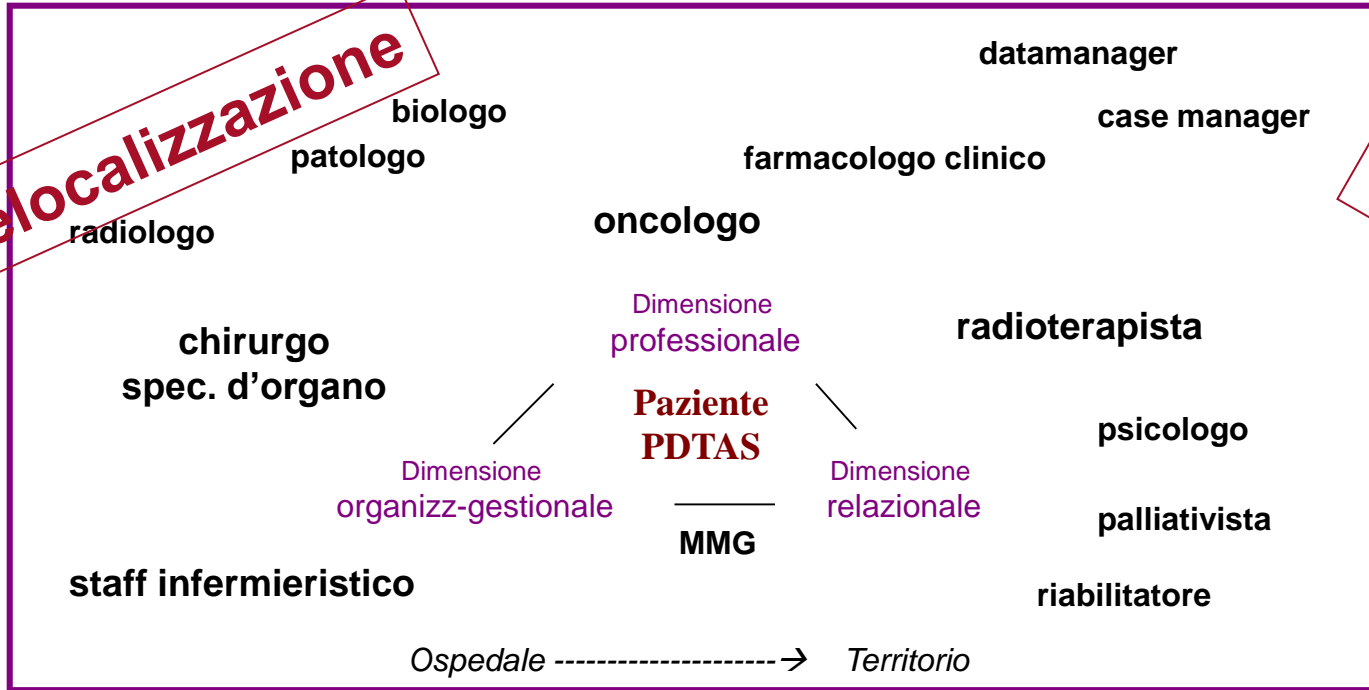
“Rete di Reti”

Unit e Reti cliniche di patologia

Unità di Competenza-and-Unità Associate

- ...
- Accoglienza
- AIUTO Point
- CORD GOM
- UNIT

- ...
- Accoglienza
- AIUTO Point
- CORD GOM
- UNIT

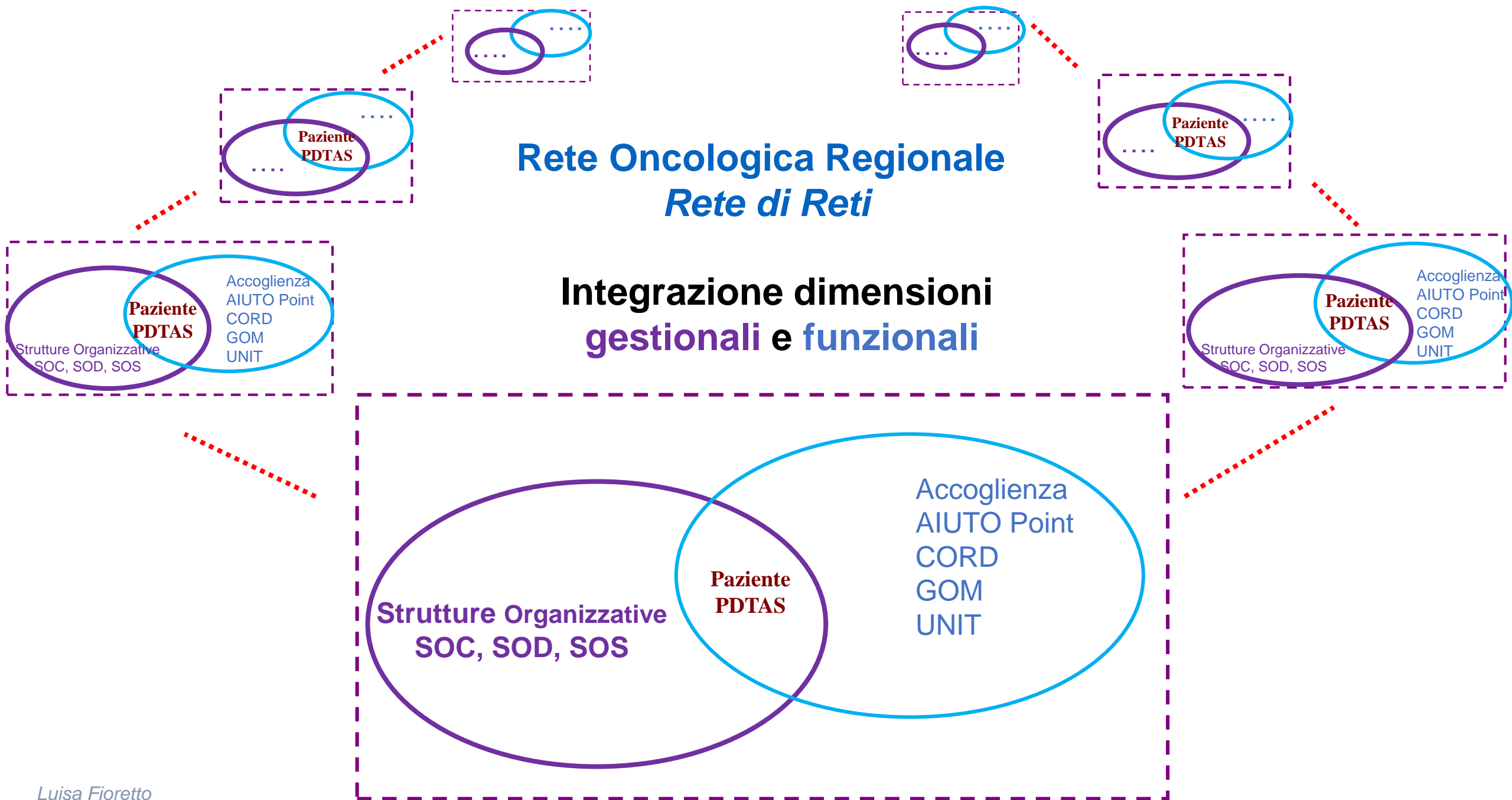


centralizzazione/delocalizzazione

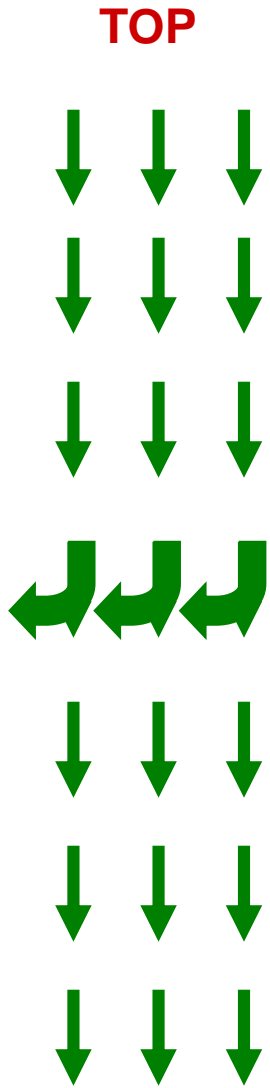
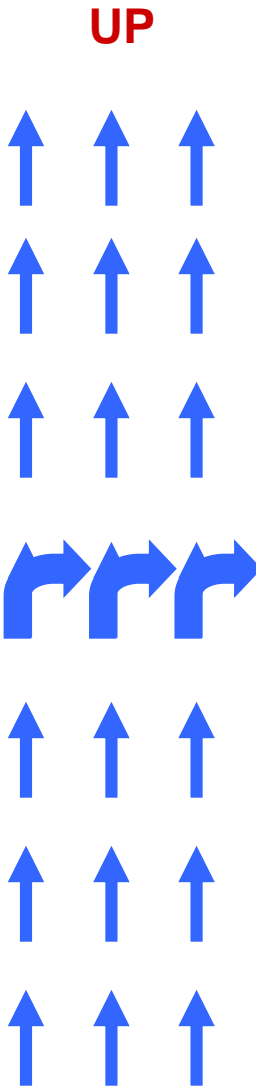
**densità e ponti
n. nodi / n. relazioni**

Rete Oncologica Regionale Rete di Reti

Integrazione dimensioni gestionali e funzionali



Riorganizzazione Hub-and-Spoke della Rete Oncologica: Unità di Competenza-and-Unità Associate



***Non è la specie più forte a sopravvivere,
e nemmeno quella più intelligente,
ma la specie che risponde meglio al cambiamento***

Charles Darwin