

REGIONE CALABRIA

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA

(per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 30 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015)

DCA n. 10 del 2 Aprile 2015

OGGETTO: Approvazione Rete Oncologica Calabrese Hub e Spoke ad Integrazione Territoriale.

**Publicato sul Bollettino Ufficiale
della Regione Calabria n. _____ del _____**

REGIONE CALABRIA
IL COMMISSARIO AD ACTA

(per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 30 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015)

VISTO l'articolo 120 della Costituzione;

VISTO l'articolo 8, comma 1, della legge 5 Giugno 2003, n.131;

VISTO l'articolo 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1° Ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 Novembre 2007, n. 222;

VISTO l'Accordo sul Piano di rientro della Regione Calabria, firmato tra il Ministro della salute, il Ministro dell'Economia e delle finanze e il Presidente *pro tempore* della regione in data 17 dicembre 2009, poi recepito con DGR N. 97 del 12 febbraio 2010;

RICHIAMATA la Deliberazione del 30 Luglio 2010, con la quale, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, il Presidente *pro tempore* della Giunta della Regione Calabria è stato nominato Commissario *ad acta* per la realizzazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario di detta Regione e sono stati contestualmente indicati gli interventi prioritari da realizzare;

RILEVATO che il sopra citato articolo 4, comma 2, del decreto legge n. 159/2007, al fine di assicurare la puntuale attuazione del Piano di rientro, attribuisce al Consiglio dei Ministri – su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni - la facoltà di nominare, anche dopo l'inizio della gestione commissariale, uno o più sub commissari di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

VISTO l'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, il quale dispone che per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della predetta legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale.

VISTI gli esiti delle riunioni di verifica dell'attuazione del Piano di rientro, da ultimo della riunione del 28 ottobre e del 12 novembre 2014 con particolare riferimento all'adozione dei Programmi operativi 2013-2015;

VISTO il Patto per la salute 2014-2016 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR) ed, in particolare l'articolo 12 di detta Intesa;

VISTA la legge 23 dicembre 2014, n. 190 (in particolare, l'articolo 1, commi da 569 a 572) che recepisce quanto disposto dal Patto per la salute 2014-2015 di cui alla citata Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR) statuendo che la nomina a Commissario *ad acta* per cui è deliberazione è incompatibile con qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento;

VISTA la nota prot. n.298/UCL397 del 20 marzo 2015 con la quale il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha trasmesso alla Regione Calabria la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 12.3.2015 con la quale è stato nominato l'Ing. Massimo Scura quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni;

VISTA la medesima Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015 con la quale è stato nominato il Dott. Andrea Urbani *sub* Commissario unico nell'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR della regione Calabria con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti

da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

RILEVATO che con la anzidetta Deliberazione è stato assegnato al Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro l'incarico prioritario di adottare e ed attuare i Programmi operativi e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente, con particolare riferimento alle seguenti azioni ed interventi prioritari:

- 1) adozione del provvedimento di riassetto della rete ospedaliera, coerentemente con il Regolamento sugli standard ospedalieri di cui all'Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 2014 e con i pareri resi dai Ministeri affiancanti, nonché con le indicazioni formulate dai Tavoli tecnici di verifica;
- 2) monitoraggio delle procedure per la realizzazione dei nuovi Ospedali secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dalla programmazione sanitaria regionale;
- 3) adozione del provvedimento di riassetto della rete dell'emergenza urgenza secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
- 4) adozione del provvedimento di riassetto della rete di assistenza territoriale, in coerenza con quanto specificatamente previsto dal Patto per la salute 2014-2016;
- 5) razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale;
- 6) razionalizzazione e contenimento della spesa per l'acquisto di beni e servizi;
- 7) interventi sulla spesa farmaceutica convenzionata ed ospedaliera al fine di garantire il rispetto dei vigenti tetti di spesa previsti dalla normativa nazionale;
- 8) definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e dei tetti di spesa delle relative prestazioni, con l'attivazione, in caso di mancata stipulazione del contratto, di quanto prescritto dall'articolo 8-*quinquies*> comma 2-*quinquies*, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni sanitarie, nel rispetto di quanto disposto dall'art. 15, comma 17, del decreto-legge n. 95 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135 del 2012;
- 9) completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
- 10) attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale;
- 11) interventi sulla spesa relativa alla medicina di base;
- 12) adozione dei provvedimenti necessari alla regolarizzazione degli interventi di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza degli alimenti;
- 13) rimozione, ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 80, della legge n. 191 del 2009, dei provvedimenti, anche legislativi, adottati dagli organi regionali e i provvedimenti aziendali che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro e dei successivi Programmi operativi, nonché in contrasto con la normativa vigente e con i pareri e le valutazioni espressi dai Tavoli tecnici di verifica e dai Ministeri affiancanti;
- 14) tempestivo trasferimento delle risorse destinate al SSR da parte del bilancio regionale;
- 15) conclusione della procedura di regolarizzazione delle poste debitorie relative all'ASP di Reggio Calabria;
- 16) puntuale riconduzione dei tempi di pagamento dei fornitori ai tempi della direttiva europea 2011/7/UE del 2011, recepita con decreto legislativo n. 192 del 2012;

PREMESSO CHE la Regione Calabria, nella formulazione del programma operativo 2013-2015 (ai sensi dell'art. 15, comma 20, DL 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni nella L. 7 agosto 2012, n. 135), ha previsto nel programma 13 "Reti assistenziali per intensità di cure", l'individuazione dei presidi secondo il modello Hub e Spoke e secondo la logica dell'intensità delle cure (rete ictus, trauma, oncologica, etc);

TENUTO CONTO che tra le azioni previste è indicata l'approvazione del "documento costitutivo" delle

reti, tra le quali la rete oncologica, al fine di prevedere una rigorosa organizzazione hub e spoke e regole di organizzazione chiare, definite in collaborazione con i clinici e rese poi vincolanti con un adeguato livello di formalizzazione;

PRESO ATTO CHE, con DPGR-CA n.40 del 21 marzo 2014, è stato istituito il Gruppo tecnico per la definizione della rete oncologica;

CONSIDERATO CHE:

- l'attività svolta dal predetto gruppo di lavoro ha prodotto il documento "Rete Oncologica Calabrese Hub e Spoke ad integrazione territoriale";
- la predetta rete oncologica è stata inviata in preventiva approvazione ai Ministeri competenti che hanno espresso le loro osservazioni con parere n. 297-P del 6 novembre 2014;

DATO ATTO CHE, alla luce delle richieste Ministeriali, sono state apportate le opportune modifiche e rivalutazioni;

RITENUTO, pertanto, di dover procedere all'approvazione della Rete Oncologica, al fine di migliorare l'organizzazione e la qualità dei servizi su tutto il territorio regionale, secondo i principi della "clinical governance", per favorire l'espressione dell'eccellenza clinica;

DATO ATTO che il presente provvedimento è stato redatto materialmente dal Dirigente di Settore;

D E C R E T A

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui si intendono riportate quale parte integrante e sostanziale:

DI APPROVARE " La Rete Oncologica Calabrese Hub e Spoke ad Integrazione Territoriale", che si allega, quale parte integrante, al presente provvedimento;

DI FARE OBBLIGO ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Provinciali e Ospedaliere di dare la massima diffusione al predetto documento, di attuare quanto in esso contenuto secondo le indicazioni e la tempistica indicata e di provvedere al monitoraggio di attuazione;

DI STABILIRE che venga effettuato dal Dipartimento Tutela della Salute il monitoraggio semestrale sull'attuazione delle azioni a carico delle Aziende Ospedaliere e Sanitarie Provinciali, previste nel presente provvedimento;

DI PRECISARE che l'attuazione delle reti sarà obiettivo prioritario dei Commissari/Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere e Sanitarie Provinciali;

DI TRASMETTERE il presente decreto, ai sensi dell'art. 3 comma 1 dell'Accordo del Piano di rientro, ai Ministeri competenti;

DI DARE MANDATO alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente decreto al Dirigente generale del Dipartimento Tutela della Salute ed agli interessati;

DI DARE MANDATO al Dirigente generale per la pubblicazione sul BURC telematico e sul sito web del Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria.

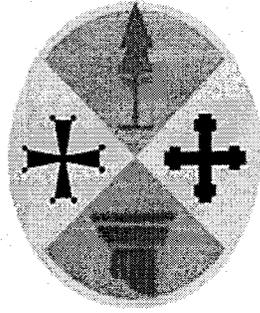
Il Dirigente di Settore
Dott.ssa Rosalba Barone

Il Dirigente Generale
Dott. Bruno Zito

Il sub Commissario
Dott. Andrea Urbani

Il Commissario ad acta
Ing. Massimo Scura

Massimo Scura



Rete Oncologica Calabrese Hub e Spoke ad Integrazione Territoriale



Sommario

1	PREMESSA.....	3
2	Dati di scenario	4
	Mobilità passiva	6
3	Obiettivi	7
4	Il Modello.....	7
	Il Coordinamento Oncologico di Area	7
	Il Coordinamento Regionale della rete oncologica	8
	I Percorsi Diagnostico Terapeutici.....	8
	Le funzioni del Distretto.....	9
	Sistema Informativo Oncologia.....	9
	Il registro tumori	10
	Presa in carico del paziente e Piano Assistenziale Individuale (PAI)	10
5	Requisiti dei centri Hub e Spoke della rete di oncologia	11
	Requisiti funzionali dei centri Hub	11
	Requisiti funzionali dei centri Spoke	12
6	Le strutture della rete Hub e Spoke.....	13
	I centri Hub e Spoke per Area	13
	Le Unità di Radioterapia e i livelli di complessità	13
	Le Unità di chirurgia per le principali sedi tumorali	14
	Tumore della mammella	14
	Tumori del Colon - retto.....	14
	Tumore del Polmone.....	15
	Neoplasie ginecologiche	16
	Tumore della prostata.....	16
	La rete delle anatomie patologiche	17
7	Riorganizzazione dell'offerta ospedaliera di oncologia	17
8	Azioni da intraprendere e tempistica di attuazione	21
9	Indicatori di attuazione della rete.....	21
10	Monitoraggio.....	21



1 PREMESSA

L'incidenza della malattia neoplastica è in aumento: nel 2012, in Italia, si stimano circa 364 mila nuove diagnosi per tumore maligno (dati che escludono i carcinomi della cute, stimati separatamente in circa 67 mila casi) con un'incidenza maggiore tra la popolazione maschile (56%) rispetto a quella femminile (44%). Escludendo i carcinomi della cute, il tumore più frequente è quello del colon-retto (oltre 50 mila nuovi casi), seguito dal tumore della mammella (46 mila nuovi casi), dal tumore del polmone (38 mila nuovi casi) e dal tumore alla prostata (36 mila nuovi casi). Sono alcuni dei dati che emergono dal nuovo rapporto Airtum "I numeri del cancro in Italia 2012", pubblicato a settembre 2012. Dal documento emerge inoltre che la prima causa di morte oncologica è il tumore al polmone per gli uomini e quello alla mammella per le donne, tuttavia i dati indicano che la sopravvivenza a 5 anni è aumentata rispetto agli anni passati.

Particolarmente a rischio è la fascia dei pazienti anziani, in considerazione del prolungamento della vita media e del fatto che l'incidenza del cancro aumenta con l'avanzare dell'età.

Il tumore del colon-retto per gli uomini del Centro-Nord e il tumore della mammella per le donne delle diverse aree del paese, risultano essere quelli a più elevata incidenza nella classe di età 0-64 anni. Se al Sud il tumore del polmone è il più frequente tra gli uomini tra i 65 e i 74 anni, al Centro-Nord il tumore più frequente è quello della prostata, seguito a notevole distanza dal tumore del colon-retto e del polmone (la differenza geografica riscontrata nell'incidenza del tumore della prostata è dovuta a una maggiore diffusione della diagnosi precoce nelle regioni del Centro-Nord rispetto al Sud). Nel corso degli ultimi anni in questa classe di età per gli uomini vi è stato, infatti, un forte incremento dell'incidenza per tumore della prostata e del colon retto contrapposto a un calo dell'incidenza per il tumore del polmone. Il tumore della mammella è il più frequente anche per le donne tra i 65-74 anni, con valori vicino ai 400 nuovi casi (per 100.000) nel Centro-Nord e sui 250 nuovi casi (per 100.000) nel Sud. Negli ultimi anni c'è stata una crescita dell'incidenza sia del tumore della mammella che del tumore del colon retto, in maniera più accentuata per il primo rispetto al secondo. Se osserviamo la classe di età più avanzata (75-84 anni), dalla metà degli anni Novanta il tumore della prostata risulta essere il tumore nettamente più frequente per gli uomini in tutte le aree geografiche italiane, mentre nella popolazione femminile il tumore più frequente risulta essere sempre quello della mammella seguito, anche in questo caso, dal tumore del colon-retto.

Il tumore del polmone: rappresenta il tumore con più alto tasso di mortalità negli uomini di tutte le classi d'età e negli uomini tra i 75 e gli 84 anni è seguito a breve distanza dal tumore del colon-retto e della prostata; nelle donne, invece, la mortalità è su livelli simili a quella per il tumore della mammella, ma nell'ultimo ventennio è in forte crescita rispetto ad altre sedi tumorali (colon-retto, stomaco e mammella). E' il tumore della mammella ad avere il più alto tasso di mortalità nelle donne: nella classe d'età 65-74 anni è più alto al Sud rispetto al Centro Nord, ma nella classe d'età 75-84 anni è il tumore del colon-retto a registrare una prognosi peggiore.

In Italia per alcune neoplasie come il carcinoma mammario e polmonare, negli ultimi anni si sarebbe registrata una diminuzione della mortalità. Per alcuni epidemiologi ciò non necessariamente è sinonimo di progresso terapeutico, ma potrebbe essere dovuto da un lato ad una riduzione dell'incidenza, dall'altro all'aumentato numero di diagnosi precoci conseguente ai programmi di screening ed ad una maggior sensibilità delle tecniche diagnostiche.

Non si può comunque negare che l'introduzione di nuovi farmaci più efficaci, l'impiego di nuove strategie di cura come l'approccio multidisciplinare in determinati casi, trattamenti sistemici efficaci in pazienti ad alto rischio di ricaduta, ed il progresso nelle terapie sintomatiche e di supporto ha contribuito a determinare una vera e propria "cronicizzazione" della malattia neoplastica trasformando in molti casi il paziente oncologico in "malato cronico" con tutte le problematiche terapeutiche, sociali e assistenziali che ne conseguono, proprio come accade per altre patologie croniche.

Frequentemente il paziente oncologico necessita pur trovandosi in uno stadio avanzato di malattia, di essere seguito per un periodo di tempo più o meno lungo, caratterizzato da diversi livelli di assistenza e di intensità di cura.

La presa in carico del paziente dovrebbe avvenire attraverso un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale intra-aziendale ed inter-aziendale concordato e condiviso, che prosegue anche sul territorio, riducendo così attese e frammentazione garantendo invece la continuità assistenziale.



Le Strutture Oncologiche regionali ad oggi presenti sono riportate nella Tabella 1, suddivise per Aree (Nord, Centro e Sud,) e con indicati i posti letto di day hospital e degenza oncologica.

Indispensabile appare un collegamento in Rete fra le varie realtà, tenendo conto anche degli aspetti domiciliari, territoriali e del Medico di Medicina Generale.

Da tutto ciò emerge un fabbisogno crescente di organizzazione, di integrazione, di multidisciplinarietà e di coordinamento secondo i principi della "clinical governance" cioè quel contesto in cui i servizi sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantengono elevati livelli di prestazioni creando un ambiente che favorisce l'espressione dell'eccellenza clinica.

Uno degli elementi del "governo clinico" è la riorganizzazione delle modalità di erogazione dei servizi e dell'assistenza partendo da due principi cardine: centralità dell'utente e valorizzazione dei professionisti. Formazione, aggiornamento e ricerca sono quindi fattori indispensabili per promuovere il progresso medico, diagnostico, terapeutico e assistenziale nella pratica quotidiana.

I temi ed i campi di applicazione possono essere molti e a vari livelli di assistenza, ma al denominatore va posta l'acquisizione continua di conoscenze scientifiche che deve sempre coincidere con gli interessi del paziente.

2 Dati di scenario

I residenti in Calabria nel 2013 sono stati 1.958.238. L'offerta assistenziale per quanto riguarda le neoplasie in senso lato, includendo cioè chirurgia, oncologia medica, radioterapia, ematologia, cure palliative, ecc per alcuni aspetti risulta sufficiente e per altri inadeguato.

Per quanto riguarda la dotazione di posti letto (p.l.) di oncologia medica, dal censimento al 4/02/2014 (pl HSP_NSIS) risultano 72 p.l. di degenza ordinaria e 91 p.l. di DH., per un totale di 163 p.l.. Se confrontiamo i dati della Calabria con la media nazionale sul totale dei p.l. per 100.000 abitanti abbiamo una media nazionale pari al 6,7 vs una media regionale pari al 8,3.

L'articolazione della rete sulla base dei bacini di utenza definita dalla bozza di Regolamento nazionale - prevede per la disciplina di oncologia medica un bacino di utenza di 300.000 – 600.000 abitanti. La programmazione delle strutture di oncologia medica in Calabria potrà pertanto prevedere da 3 a massimo 7 strutture. L'attuale dotazione di strutture risulta allo stato sovradimensionata alle esigenze assistenziali della Regione.



Tabella 1: Strutture, posti letto oncologici attuali – Regione Calabria

Area	Codice Azienda	Codice struttura	Tipologia	Denominazione struttura	Stabilimento	HSP 12 Tot. P.L. al 04/02/2014				INCARICO ATTUALE		
						DH	DS	DO	TOT	SOC	SS	SSD
Area Nord	912	180912	HUB	A.O. di Cosenza	Mariano Santo	13	-	17	30	1	2	-
	201	180006	Spoke	Ospedale Civile Ferrari - Castrovillari		8	-	-	8	-	-	-
	201	180010	Spoke	Ospedale Spoke Rossano-Corigliano	Rossano	9	-	1	10	1	-	-
	201	180012	Spoke	Ospedale Spoke Cetraro-Paola	Paola	9	-	1	10	1	1	-
	201	180015	OZM	Ospedale Civile S.Giovanni In Fiore		-	-	-	-	-	1	-
Area Centro	913	180913	HUB	A.O. Pugliese De Lellis	De Lellis	15	-	13	28	1	1	-
	202	180032	Spoke	Ospedale Civile San Giovanni di Dio		-	-	10	10	1	1	-
	203	180033	Spoke	Ospedale 'Giovanni Paolo II' Lamezia Terme		10	-	-	10	1	2	-
	203	180058	Priv.	Fondazione T. Campanella		10	-	12	22	-	-	-
	204	180035	OG	P.O. Tropea		5	-	-	5	-	-	1
Area Sud	915	180915	HUB	A.O. Bianchi-Melacrino-Morelli	OO.RR.	10	-	18	28	1	1	-
	205	180059	Spoke	Ospedale Civile Locri		2	-	-	2	1	-	-
TOTALE						91	-	72	163	8	9	1

I ricoveri chirurgici per i tumori maligni maggiori (mammella, prostata, polmoni, colon retto, ginecologici) e di chemioterapia prodotti nella regione Calabria per gli anni 2012 per i propri assistiti sono stati:

Tabella 2: Ricoveri chirurgici - Regione Calabria

AREA	ASP	Tumore mammella	Tumore colon retto	Tumore prostata	Tumore vescica	Tumore polmone	Tumori ginecologici	Totale
Nord	Cosenza	259	309	104	276	49	160	1157
Centro	Catanzaro	154	164	57	224	28	85	
	Crotone	65	52	82	101	15	29	
	Vibo Valentia	52	69	19	89	12	31	1328
Sud	Reggio Calabria	160	244	50	319	19	66	858
Totale		690	838	312	1009	123	371	3343

Tabella 3: Ricoveri chemioterapia - Regione Calabria

AREA	ASR	RO Dimessi	RO Giornate	DH Dimessi	DH Accessi	Totale ricoveri
Nord	180912 - Azienda Ospedaliera Cosenza	275	1.619	773	9.676	1.048
	180201 - A.S.P. Cosenza	3	48	660	6.951	663
Centro	180913 - Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio	700	3.387	642	9.623	1.342
	180202 - A.S.P. Crotone	409	410	606	10.104	1.015
	180203 - A.S.P. Catanzaro	449	1.387	938	10.814	1.387
	180204 - A.S.P. Vibo Valentia	-	-	145	1.962	145
Sud	180915 - Azienda Osp. Bianchi-Melacrino-Morelli	697	2.938	1.438	14.150	2.135
	180205 - A.S.P. Reggio Calabria	-	-	230	1.616	230
Totale		2.533	9.789	5.432	64.896	7.965



Mobilità passiva

La nuova riorganizzazione della rete ospedaliera pone tra gli obiettivi prioritari quello del recupero della mobilità passiva extraregionale.

Il fenomeno della mobilità extraregionale dei cittadini calabresi risulta omogeneo per le tre aree geografiche (Nord, Centro, Sud).

Tabella 4: Mobilità extraregionale per interventi chirurgici per area geografica – Anno 2012

Area	ASP	Tumore mammella	Tumore colon retto	Tumore prostata	Tumore vescica	Tumore polmone	Neoplasie ginecologiche	Totale
Nord	Cosenza	204	134	130	161	59	83	771
Centro	Catanzaro	32	44	48	42	28	41	556
	Crotone	50	17	33	37	10	18	
	Vibo Valentia	35	46	20	24	17	14	
Sud	Reggio Calabria	185	139	91	102	90	65	672
Totale		506	380	322	366	204	221	1999

Tabella 5: Mobilità extraregionale – Chemioterapia – Anno 2012

Area	ASP	RO Dimessi	RO Giornate	DH Dimessi	DH Accessi	Totale RO + DH
Nord	Cosenza	298	1.153	469	3.009	767
Centro	Catanzaro	104	370	97	708	201
	Crotone	65	270	74	565	139
	Vibo Valentia	96	329	101	629	197
Sud	Reggio Calabria	321	1.265	316	2.046	637
Totale		884	3.387	1.057	6.957	1.941

I dati relativi alla mobilità extraregionale per gli interventi chirurgici dei maggiori tumori e di chemioterapia vedono uno spostamento in particolare verso strutture delle regioni Lombardia, Lazio ed Emilia Romagna.

Un fenomeno da considerare è la mobilità passiva verso strutture di regioni confinanti o viciniori come la Sicilia e la Puglia con le quali sarà valutata l'opportunità di sottoscrivere specifici accordi.

Dal confronto dei dati della mobilità extraregionale per interventi chirurgici con la produzione regionale per i propri assistiti, emerge:

Tabella 6: Confronto dati ricoveri mobilità extraregionale e produzione regionale sui propri assistiti per interventi chirurgici – Anno 2012

Tumore	Produzione Regione	Produzione mobilità	Totale produzione	% Produzione Regione / Mobilità	% Mobilità / Produzione Regione
Mammella	688	506	1194	58%	42%
Colon Retto	838	380	1218	69%	31%
Prostata + Vescica	1321	688	2009	66%	34%
Polmone	123	204	327	38%	62%
Neoplasie ginecologiche	371	221	592	63%	37%



Per quanto riguarda specificatamente la rete oncologica, le problematiche relative alla mobilità si ritiene possano essere affrontate attraverso:

- il netto rafforzamento della rete territoriale per l'implementazione degli screening oncologici;
- l'acquisizione di competenze apicali di primo ordine;
- il rafforzamento degli organici esistenti attraverso investimenti sulla formazione ai fini dell'acquisizione e il miglioramento di competenze specialistiche (clinical competence);
- la suddivisione dei ricoveri per intensità di cura;
- l'investimento nella organizzazione effettiva della rete regionale che dovrà essere gestita, sulla base del modello proposto, sia a livello di Area che a livello regionale con la definizione di indicatori di processo e di esito dei diversi percorsi terapeutici assistenziali;
- la definizione di un piano degli investimenti strutturali e tecnologici;
- l'implementazione del sistema informativo oncologico.

3 Obiettivi

L'avvio della Rete Oncologica assume come centrali gli obiettivi previsti nel DPGR 18/2010 e nel successivo decreto di riorganizzazione in via di approvazione e pertanto la necessità di riorganizzazione della rete ospedaliera. Tale riorganizzazione è resa necessaria anche per il notevole volume di prestazioni che il paziente oncologico genera.

La razionalizzazione dell'offerta ospedaliera per il paziente oncologico è finalizzata a:

- rimodulare l'offerta ospedaliera con riduzione dell'uso del ricovero ordinario e qualificazione dell'offerta assistenziale con l'identificazione di percorsi diagnostico terapeutici. Ciò implica di ridurre il numero di posti letto in degenza ordinaria in oncologia e di privilegiare modalità di assistenza differenti: day hospital e prestazioni ambulatoriali, sulla base delle indicazioni già fornite con il DPGR 5/2014;
- favorire l'accesso all'assistenza appropriata in strutture che si identificano come nodi della rete oncologica;
- definire le modalità di integrazione tra l'offerta ospedaliera (rete oncologica propriamente detta) e le risorse assistenziali di livello territoriale.

Obiettivi specifici della Rete Oncologica, riferibili alla riorganizzazione dell'offerta sono:

- coordinamento delle professionalità coinvolte nell'assistenza oncologica territoriale e ospedaliera, con finalità di integrazione e miglioramento della qualità;
- garanzia della presa in carico dell'assistito, attuando percorsi diagnostico-terapeutici adeguati e tempestivi, riducendo le liste di attesa e favorendo la continuità assistenziale;
- successiva definizione dei percorsi assistenziali;
- azioni di riduzione della mobilità passiva extraregionale sopramenzionate;
- condivisione e sviluppo di sistemi informativi e strumenti come le linee guida condivise;
- valorizzazione delle risorse messe a disposizione dal volontariato;
- equità di accesso ai servizi e ai trattamenti, superando le disomogeneità e i disagi logistici per i pazienti costruendo un progetto di integrazione con il Distretto che garantirà il coordinamento territoriale.

La Rete Oncologica è organizzata in tre Aree geografiche. Ognuna delle tre Aree, già definite con DPGR 18/2010 e successivo decreto di riorganizzazione in via di approvazione, è dotata di un proprio coordinamento delle funzioni di oncologia garantito dal centro Hub individuato nel presente atto.

4 Il Modello

Il Coordinamento Oncologico di Area

Fanno parte del Coordinamento Oncologico di Area le diverse strutture territoriali e ospedaliere delle Aziende Ospedaliere e Sanitarie Provinciali che assistono il paziente oncologico nel percorso diagnostico terapeutico. Il

Coordinamento Oncologico di Area prevede che le strutture in esso presenti, una volta preso in carico il paziente, organizzino l'assistenza attraverso le opportune integrazioni fra i diversi livelli (Hub, Spoke e punti di offerta territoriali) presenti nell'Area; tuttavia per la definizione dei percorsi assistenziali il Coordinamento oncologico di Area può avvalersi anche di strutture regionali che non insistono nel proprio territorio in modo da supplire ad eventuali carenze dell'offerta in alcune zone, per maggiore prossimità o per particolari prestazioni di alta complessità.

Il Coordinamento Oncologico unico di Area, con la partecipazione di tutte le aziende erogatrici che insistono nel territorio della Area stessa, definisce i nodi della rete stabilendo il Piano Oncologico di Area. Il Piano identifica le unità operative delle strutture Hub e Spoke coinvolte, le unità operative specialistiche non oncologiche che partecipano ai percorsi diagnostico terapeutici dei pazienti oncologici e i punti di offerta territoriali.

Garante e responsabile del Coordinamento Oncologico unico di Area è il centro Hub dell'Area (specificato appresso nel presente documento per ciascuna area). Questa funzione di coordinamento e garanzia è assunta dal Direttore del Dipartimento di Oncologia, ove esistente, altrimenti è affidata al Direttore dell'Unità Operativa complessa di Oncologia.

All'interno di ogni Area viene costituita un'unità di valutazione multidisciplinare, con un referente per ognuna delle specialità di oncologia medica, radioterapia, chirurgia oncologica, anatomia patologica, diagnostica per immagini/medicina nucleare. L'UVM oncologica provvede a:

- attivare la funzione di case management.
- elaborare il progetto di assistenza ed i flussi dei pazienti all'interno delle strutture hub e spoke dell'Area, nonché dei punti di offerta territoriali.

L'Unità di valutazione multidisciplinare oncologica è diretta dal Direttore del Dipartimento di Oncologia, ove esistente, altrimenti è affidata al Direttore dell'Unità Operativa complessa di Oncologia.

Il Coordinamento unico di Area cura la formazione continua delle risorse umane dei centri della rete coinvolte nell'assistenza oncologica e, in particolare, il centro Hub organizza stage formativi del personale proprio e degli Spoke presso la propria sede, invia formatori nei centri Spoke dell'Area, favorisce la periodica discussione di casi clinici in gruppi inter-aziendali.

Il Coordinamento Regionale della rete oncologica

Il Coordinamento Regionale della rete oncologica è affidato al settore competente del Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria, con il supporto dei coordinatori di Area.

Le funzioni del Coordinamento Regionale sono quelle di: formulare gli obiettivi organizzativi, programmare le attività di governo clinico, definire le priorità per le attività di ricerca, sviluppo e Health Technology Assessment, definire i criteri di appropriatezza clinica e organizzativa dell'assistenza oncologica, con particolare riferimento ai ricoveri di oncologia medica. Il Coordinamento Regionale della rete oncologica coadiuva i Coordinamenti di Area nella definizione dei Piani oncologici e fornisce supporto tecnico per l'attività di programmazione. Ha inoltre compiti di documentazione, elaborazione di linee guida con cui vengono istituiti momenti di raccordo per la definizione di strumenti, tempi e metodi di attivazione della rete oncologica regionale.

Il Coordinamento regionale svolge inoltre la funzione di monitoraggio e valutazione della rete e dell'appropriatezza dei percorsi assistenziali e presenta una relazione tecnica trimestrale alla Dipartimento Tutela della Salute.

I Percorsi Diagnostico Terapeutici

Entro sei mesi dall'emanazione del presente atto, sono prodotti dai Coordinamenti di Area i percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) relativi alla principali patologie oncologiche solide.

Le fasi che dovranno essere prese in considerazione per ogni singola patologia sono:

- Screening oncologici
- Sospetto diagnostico
- Accertamento diagnostico e stadiazione
- Trattamento



- Stadi iniziali
- Malattia localmente avanzata
- Malattia metastatica, incluse prime linee e ulteriori linee di trattamento
- Follow up e valutazione delle risposte
- Cure Palliative/Hospice

I percorsi diagnostico terapeutici dovranno tenere in considerazione l'appropriatezza tecnico-clinica delle prestazioni in base alle linee guida condivise nel gruppo regionale e l'appropriatezza organizzativa intesa come migliore opportunità per l'assistito e migliore utilizzo delle risorse disponibili nella area.

Saranno previsti idonei indicatori di processo, outcome con i relativi standard.

E' obiettivo di valutazione della performance dei Direttori Generali e dei Direttori della UOC o di Dipartimento aziendali laddove esistenti, l'aderenza ai percorsi organizzativi condivisi a livello regionale, valutati in rapporto al benchmark.

Le funzioni del Distretto

Di concerto ed in stretta integrazione con il Coordinamento unico di Area della rete oncologica, in ciascuna Azienda Sanitaria Provinciale i Distretti, attraverso le professionalità distrettuali necessarie, garantiranno la specifica funzione di riferimento territoriale ai fini delle attività di prevenzione (screening) e della continuità dei processi di cura (territorio - ospedale - territorio).

Obiettivi di detta funzione sono:

- Coinvolgere i MMG/PLS nelle attività di prevenzione [definizione di specifici obiettivi da condividere con le forme associative complesse della medicina generale (AFT - UCCP)] ed in quelle di cura nella fase extraospedaliera;
- definire le modalità di interconnessione operativa tra i centri screening ed i nodi della rete oncologica;
- Definire e condividere, in una logica di processo, le attività che il territorio può svolgere nell'ambito dei PDTA definiti dal coordinamento oncologico unico di area;
- Definire le modalità di passaggio in cura dei pazienti dalle U.O. ospedaliere ai servizi distrettuali (ADI - strutture residenziali, etc.);
- Definire le attività di integrazione con la componente sociale (zone sociali - comuni associati - volontariato - terzo settore in genere);
- Definire i percorsi formativi necessari per garantire le attività assistenziali così per come definite nel piano territoriale.

La specifica funzione di riferimento territoriale del Distretto, in stretta integrazione con il coordinamento oncologico unico di area, definisce il piano delle attività territoriali che deve essere parte integrante del Piano Oncologico di Area. Il Piano delle attività territoriali identifica le azioni necessarie per garantire il raggiungimento degli obiettivi di cui sopra.

Garante e responsabile sarà il Direttore del Distretto competente il quale si avvarrà delle professionalità distrettuali necessarie.

Sistema Informativo Oncologia

Le Aziende Ospedaliere e Sanitarie Provinciali sono tenute a sviluppare il sistema informativo aziendale per l'oncologia, secondo le indicazioni che verranno prodotte dal Coordinamento Regionale, in quanto strumento essenziale per la valutazione dei percorsi diagnostico terapeutici.

Sarà implementato il monitoraggio delle liste di attesa per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche, specificando la tipologia oncologica della prestazione e il benchmark dei principali tempi di erogazione.



Sulla base dei criteri di appropriatezza che saranno definiti dal Coordinamento Regionale, della valutazione e del monitoraggio effettuato dal Coordinamento oncologico di area, sarà periodicamente rivalutata la dotazione di posti letto della rete oncologica con il preciso obiettivo di riportare l'attività al setting di erogazione più appropriato. In particolare per le attività di oncologia medica si favorirà un aumento dell'erogazione in regime ambulatoriale, in aderenza con quanto previsti dal DPGR 5/2014.

Il registro tumori

Il progetto per la realizzazione del Registro Tumori è stato approvato con DGR n. 289/2010. Nel progetto sono contenuti i processi organizzativi e le modalità di compilazione del Registro così come previsto dalle indicazioni nazionali. Con successivi atti sono stati pertanto attivati i n. 3 Registri Tumori previsti dal progetto. In particolare, Il Registro dell'ASP di Catanzaro è stato accreditato AIRTUM, quello dell'ASP di Cosenza è in fase di accreditamento e quello di Reggio Calabria è in fase di avvio.

Il nuovo governo regionale presenterà apposito disegno di legge in coerenza con lo schema di DPCM "Istituzione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie, di trattamenti costituiti da trapianti di cellule e tessuti e trattamenti a base di medicinali per terapie avanzate o prodotti di ingegneria tissutale e di impianti protesici" per la istituzione del Registro Tumori regionale così come sollecitato dal Ministero della Salute con nota n. 25-P del 05/02/2014.

Presenza in carico del paziente e Piano Assistenziale Individuale (PAI)

La funzione di accoglienza e presa in carico delle persone che hanno un problema di tipo oncologico è centrale per il funzionamento della rete oncologica.

I centri di prenotazione delle prestazioni e degli interventi sono parte essenziale del percorso assistenziale. Il paziente con sospetto diagnostico deve accedere in via preferenziale e comunque entro le 72 ore dal sospetto alle prestazioni diagnostiche. Saranno pertanto identificati, nell'ambito dei percorsi diagnostico terapeutici, tempi massimi per l'erogazione di prestazioni specialistiche diagnostiche e degli interventi terapeutici. I tempi saranno monitorati e valutati attraverso gli specifici indicatori nell'ambito delle attività di monitoraggio e valutazione.

Ogni Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) deve operare affinché l'organizzazione al suo interno (Medici di Medicina Generale, UCCP o AFT, i punti di offerta distrettuali, i servizi ambulatoriali e i servizi di screening) favorisca la presa in carico e l'avvio ad un percorso diagnostico terapeutico appropriato e tempestivo. Questa attività è garantita dalla funzione di case management prevista all'interno del Coordinamento di Area a cura delle unità cliniche multidisciplinari integrate con l'equipe distrettuale.

In particolare, la presa in carico del paziente oncologico inizia con la valutazione da parte di gruppi multidisciplinari, diretti dallo specialista che ha maggior coinvolgimento e responsabilità nei singoli casi clinici. Questi gruppi multidisciplinari (Unità di valutazione multidisciplinari e funzioni di case management) specifici per patologia, hanno il compito di :

- assicurare il coinvolgimento di tutti gli specialisti nel trattamento del paziente oncologico,
- individuare i percorsi diagnostici e terapeutici più appropriati nel singolo caso,
- definire il Piano assistenziale individuale (PAI),
- assicurare la continuità terapeutica e assistenziale dei pazienti.

La struttura di accoglienza deve identificare, nell'ambito dell'Unità di valutazione multidisciplinare, per qualunque punto di accesso alla rete oncologica, un gruppo di professionisti con funzione di Case Management per garantire la continuità assistenziale del paziente anche attraverso la diretta conoscenza del PAI del singolo paziente, garantendo adeguata informazione e consenso per una migliore adesione al PAI stesso, e favorendo l'attivazione e l'utilizzo di punti di erogazione territoriali eventualmente presenti, riconosciuti nella Rete stessa. Inoltre monitoreranno lo



svolgimento delle successive tappe del percorso assistenziale mettendo in atto quanto possibile per il superamento di eventuali ostacoli o ritardi.

Nella fase iniziale del percorso il case management può anche essere attivato direttamente dal coordinatore della rete oncologica per la facilitazione dei percorsi iniziali del paziente preso in carico dall'Unità di valutazione multidisciplinare oncologica. Il principale obiettivo sarà quindi garantire al paziente un grado elevato di orientamento nel percorso di cura e il superamento di ogni tipo di difficoltà di tipo organizzativo, psicologico e socio assistenziale.

I professionisti facenti parte del case management, avranno specifiche competenze (counselor, psicologi, personale infermieristico e assistenti sociali) e saranno appositamente selezionati e formati per rispondere in maniera chiara e competente ai bisogni dell'utente nella fase della presa in carico gestionale e organizzativa.

Quindi assicureranno la corretta applicazione del PAI, l'attuazione delle fasi di follow up, i contatti con i medici oncologi ospedalieri, con l'assistenza domiciliare oncologica, con la rete della terapia del dolore e delle cure palliative, con gli uffici preposti alle richieste dei dispositivi a domicilio, con MMG/PLS, secondo quanto stabilito dal Coordinatore d'area della rete oncologica in integrazione e con il Direttore del Distretto.

Il Case management si servirà anche di un servizio telefonico e di accoglienza presso il quale ogni paziente può rivolgersi in qualunque momento del percorso assistenziale. Darà informazioni sui servizi di diagnosi e cura e sulle strutture della rete oncologica sia di area che regionale.

I centri deputati ai programmi di screening oncologici, in caso di accertata presenza di neoplasia, devono rapportarsi con il Coordinamento oncologico unico di Area il quale attiva lo specifico percorso diagnostico.

L'esistenza di una funzione di accoglienza, la definizione del PAI per il singolo e la valutazione dell'adesione al percorso diagnostico terapeutico saranno considerati tra gli indicatori a fini della valutazione di performance aziendale e dipartimentale laddove esistente.

Dovranno essere sperimentate modalità di informatizzazione e trasmissione telematica dei referti per favorire il ritorno dei pazienti dalle strutture a più alta complessità verso quelle più prossimali per la somministrazione delle terapie e per i controlli routinari.

5 Requisiti dei centri Hub e Spoke della rete di oncologia

All'interno della rete per l'oncologia medica si identificano tre livelli di erogatori: Hub, Spoke, e punti di offerta territoriali.

Hub: attività di oncologia di secondo livello, a elevata specializzazione e con compiti di coordinamento dei protocolli sperimentali e controllati. In tali strutture avrà sede l'Unità di valutazione multidisciplinare oncologica che dovrà formulare il Piano Assistenziale Individuale (PAI). Nel Centro Hub dell'Area è identificata la responsabilità funzionale del Coordinamento Oncologico di Area.

Spoke: attività di oncologia con disponibilità di posti letto DH. Anche in tali strutture avrà sede l'Unità di valutazione multidisciplinare oncologica che dovrà formulare il Piano Assistenziale Individuale (PAI). Qualora nei centri spoke sia necessaria una specifica figura professionale non presente, per la completezza della valutazione del paziente, questa va individuata nell'ambito dell'Hub di riferimento.

Centri di offerta territoriali: attività a bassa complessità, ad esempio procedure diagnostiche routinarie o follow up dei pazienti oncologici, coordinati dai centri di Hub e Spoke del Coordinamento Oncologico della Area integrati con l'equipe distrettuale.

Requisiti funzionali dei centri Hub

Centri con struttura complessa di oncologia medica che garantiscono le seguenti funzioni:



- struttura di accoglienza
- ricovero in DH dei pazienti oncologici
- ricovero ordinario per i pazienti oncologici particolarmente complessi, anche attraverso protocolli formalizzati con altri reparti di area medica dello stesso istituto atti a garantire il ricovero in via prioritaria
- chirurgia oncologica per:
 - tumori della mammella e della cute
 - sarcomi delle parti molli
 - tumori gastro-digestivi ed epato-pancreatici
 - chirurgia toracica ed endoscopia toracica
 - chirurgia ginecologica
 - neurochirurgia
 - chirurgia testa-collo
 - chirurgia plastica e ricostruttiva
 - urologia
- radioterapia oncologica
- radiologia per immagini con sezioni di RMN ad alto campo, TC multistrato, ecografia ad alta definizione, radiologia interventistica e vascolare
- neuroradiologia
- endoscopia digestiva e delle vie biliari
- anatomia patologica e patologia molecolare
- fisica medica
- farmacia con preparazione centralizzata di farmaci antitumorali
- medicina nucleare
- laboratorio analisi con annesso sezioni di: biologia molecolare ed ematologia
- centro trasfusionale
- day hospice (con posti letto tecnici)

Requisiti funzionali dei centri Spoke

Centri con struttura di oncologia medica che garantiscono le seguenti funzioni:

- struttura di accoglienza
- ricovero in DH dei pazienti oncologici
- chirurgia
- urologia (anche in consultazione)
- farmacia con preparazione di farmaci antitumorali, in convezione con le farmacie centralizzate degli Hub
- radiologia per immagini con sezioni di TAC, RMN (anche non localizzata nella stessa struttura)
- endoscopia digestiva e delle vie biliari
- terapie palliative ed assistenza domiciliare (in collaborazione con i servizi territoriali)

Per quanto riguarda i servizi di anatomia patologica, medicina nucleare e il centro trasfusionale gli Spoke seguiranno l'organizzazione definita con le specifiche reti ed in particolare, faranno riferimento agli Hub di riferimento.



6 Le strutture della rete Hub e Spoke

I centri Hub e Spoke per Area

AREA NORD	
HUB	SPOKE
AO Annunziata (CS)	Spoke Castrovillari Spoke Rossano-Corigliano Spoke Cetraro – Paola
AREA CENTRO	
AO Pugliese-Ciaccio (CZ)	Spoke Crotone (KR) Spoke Lamezia Terme (CZ) Spoke Fondazione Tommaso Campanella Spoke Jazzolino (VV) Spoke Tropea (VV)
AREA SUD	
AO Bianchi-Melacrino (RC)	Spoke Locri (RC)

Negli Ospedali di zona montana è' prevista la presenza di un servizio di oncologia funzionalmente integrato con lo Spoke di riferimento al fine di evitare ai pazienti oncologici dei relativi territori i disagi dovuti agli spostamenti per effettuare i trattamenti chemioterapici.

Le Unità di Radioterapia e i livelli di complessità

Le unità di radioterapia sono presenti negli Hub di riferimento.

Le attrezzature attualmente presenti nelle strutture di radioterapia sono:

Tabella 7: Attrezzature presenti nelle unità di radioterapia

AZIENDA	STRUTTURA/ PRESIDIO	UNITA' OPERATIVA	TIPOLOGIA	COSTRUTTORE	MODELLO
AO DELL'ANNUNZIATA COSENZA	MARIANO SANTO	UOC Radioterapia	ACCELERATORE LINEARE	GE MEDICAL SYSTEMS	SATURNE 41
	MARIANO SANTO	UOC Radioterapia	ACCELERATORE LINEARE	VARIAN ASSOCIATES INC	CLINAC DHX
	MARIANO SANTO	UOC Radioterapia	BRACHITERAPIA HDR	NUCLETRON INTERNATIONAL BV	DRN 7736
AO PUGLIESE CIACCIO CATANZARO	P.O. CIACCIO	RADIOTERAPIA	ACCELERATORE LINEARE	ELEKTA AB	PRECISE
	P.O. CIACCIO	RADIOTERAPIA	ACCELERATORE LINEARE	ELEKTA AB	VERSA
AO BIANCHI - MELACRINO- MORELLI REGGIO CALABRIA	P.O. "RIUNITI"	RADIOTERAPIA	ACCELERATORE LINEARE	SIEMENS AG	MEVATRON
	P.O. "RIUNITI"	RADIOTERAPIA	ACCELERATORE LINEARE	ELEKTA LIMITED	SLI
	P.O. "RIUNITI"	RADIOTERAPIA	BRACHITERAPIA HDR	ELEKTA LIMITED	PRECISE PLUS



Nella fase di predisposizione dei Piani Oncologici dovrà essere effettuata la valutazione delle attrezzature esistenti e la predisposizione di un piano degli investimenti ritenuti necessari.

Le Unità di chirurgia per le principali sedi tumorali

Le unità di chirurgia per l'oncologia sono identificate sulla base dei requisiti di qualità e volumi di prestazioni.

Per le specifiche patologie sotto riportate i Piani Oncologici di Area devono individuare, all'interno delle strutture che possiedono i requisiti di qualità, i reparti chirurgici di riferimento per i percorsi assistenziali. Le strutture identificate, in particolare per le patologie maggiormente diffuse, possono essere Hub e Spoke. Si prevede di includere le strutture private con volumi di attività relativi agli interventi chirurgici ritenuti sufficienti. Considerata la non omogenea distribuzione dei centri per Area, alcune funzioni possono non essere suddivise per competenza territoriale.

Si riportano di seguito i criteri di qualità che devono essere rispettati dai nodi della rete per il trattamento chirurgico delle patologie a maggiore carico assistenziale.

Tumore della mammella

Le linee guida EUSOMA indicano in 150 nuovi casi trattati chirurgicamente ogni anno il volume annuale previsto per una Breast Unit, cioè una unità multidisciplinare di assistenza. Sulla base della distribuzione territoriale dei trattamenti eseguiti nella Regione Calabria si ritiene che un Nodo della Rete Oncologica debba avere, in questa fase iniziale, un volume annuo di almeno 100 interventi. Requisito essenziale è la possibilità di esecuzione della valutazione del linfonodo sentinella.

Considerati i volumi osservati nel 2013 rientrano nella rete:

DRG	Descrizione	AO PUGLIESE - CIACCIO CATANZARO	AO ANNUNZIATA COSENZA	FONDAZIONE T. CAMPANELLA	AO BIANCHI - MELACRINO REGGIO CALABRIA
257	Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	-	33	3	3
258	Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	47	33	5	11
259	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	-	47	26	4
260	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	202	75	67	43
	TOTALE	249	188	101	61

Inoltre le strutture con volumi superiori a 60 casi/anno riportate in tabella, si ritiene debbano essere considerate ai fini dell'inclusione in prospettiva dell'aumento di volume di prestazioni in seguito alla definizione dei percorsi di Area.

Le strutture individuate saranno tutte rivalutate sulla base degli interventi chirurgici effettuati nell'anno 2015. A partire dall'anno 2016 saranno considerati nodi della rete solo le strutture con un volume di interventi, per tumore della mammella, superiore a n. 150/anno.

Tutte le strutture devono documentare entro 60 giorni dall'approvazione del presente atto la possibilità di effettuare la tecnica del linfonodo sentinella.

Tumori del Colon - retto

Esistono poche indicazioni nella letteratura in relazione ai volumi di trattamento ottimali per le più frequenti patologie (colon, retto). Solo studi che hanno analizzato gli esiti di strutture con volumi molto bassi (meno di 50 casi/anno) hanno osservato differenze con le strutture a più alto volume.

E' però ritenuta necessaria la realizzazione di una integrazione con strutture di tipo diagnostico e di integrazione nella parte terapeutica.



Per garantire una scelta ottimale del percorso diagnostico terapeutico, per il tumore del colon sono nodi della Rete Oncologica i centri che trattano un volume minimo di casi (50 casi/anno) e siano in collegamento funzionale con un centro di endoscopia digestiva che abbia effettuato almeno 400 esami endoscopici in uno dei due anni precedenti.

Considerati i volumi osservati nell'anno 2013 rientrano nella rete:

DRG	Descrizione	AO ANNUNZIATA	AO BIANCHI	CASA DI	AO	CASA DI	CASA DI	AOU MATER
		COSENZA	MELACRINO	CURA	PUGLIESE	CURA LA	VILLA	DOMINI
			REGGIO	TRICARICO	CIACCIO	MADONNINA	CAMINITI	CATANZARO
			CALABRIA	ROSA NO	CATANZARO	COSENZA	CALABRIA	CATANZARO
146	Resezione rettale con CC	10	11		2	1	7	5
147	Resezione rettale senza CC	9	2	1	13		8	12
149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	66	35	122	85	16	13	28
569	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	102	109	30	29	35	17	9
570	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	71	30	24	22	18	18	10
	Totale ricoveri	258	187	177	151	70	63	64

Inoltre le strutture con volumi superiori a 60 casi, riportate in tabella, si ritiene debbano essere considerate ai fini dell'inclusione in prospettiva dell'aumento di volume di prestazioni in seguito alla definizione dei percorsi di Area.

Per queste strutture verrà effettuata una rivalutazione dei criteri sulla base dell'attività erogata nell'anno 2015.

Tutte le strutture devono documentare entro 60 giorni dall'approvazione del presente atto il collegamento con il centro di endoscopia digestiva mediante protocolli, condivisi e sottoscritti, riguardo le indicazioni chirurgiche derivanti dalla diagnostica.

Tumore del Polmone

I tumori del Polmone richiedono interventi in unità operativa di chirurgia toracica che possano svolgere trattamenti integrati di elevata specializzazione. Volumi di interventi maggiori di 100 casi anno sono associati a migliori esiti del trattamento.

Considerati i volumi osservati nell'anno 2013, rientrano nella rete:

DRG	Descrizione	FONDAZIONE	AO	AO REGGIO
		CAMPANELLA	COSENZA	CALABRIA
		CATANZARO		
075	Interventi maggiori sul torace	89	37	11
076	Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC	61	18	24
077	Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC	11	16	27
	TOTALE RICOVERI	161	71	62

Inoltre le strutture con volumi superiori a 60 casi/anno riportate in tabella, si ritiene debbano essere considerate ai fini dell'inclusione in prospettiva dell'aumento di volume di prestazioni in seguito alla definizione dei percorsi di Area.

Per queste strutture verrà effettuata una rivalutazione dei criteri sulla base dell'attività erogata nell'anno 2015.

Neoplasie ginecologiche

Le neoplasie ginecologiche (carcinomi della cervice e del corpo dell'utero invasivi, ovaio) richiedono trattamenti integrati e quindi l'esecuzione di almeno 60 interventi anno.

Considerati i volumi osservati nell'anno 2013 rientrano nella rete:

DRG	Descrizione	FONDAZIONE CAMPANELLA	AO COSENZA	AO CATANZARO
353	Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale	88	8	22
354	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi con CC	1	2	
355	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi senza CC	26	22	12
357	Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovaio o degli annessi	25	15	4
363	Dilatazione e raschiamento, conizzazione e impianto materiale radioattivo per neoplasie maligne	15	27	17
TOTALE RICOVERI		155	74	55

Le strutture con volumi superiori a 50 casi, riportate in tabella, si ritiene debbano essere considerate ai fini dell'inclusione in prospettiva dell'aumento di volume di prestazioni in seguito alla definizione dei percorsi di Area. Per tali strutture verrà effettuata una rivalutazione dei criteri sulla base dell'attività erogata nell'anno 2015.

Tumore della prostata

Per il trattamento della prostata il National Institute for Health and Clinical Excellence individua due criteri di qualità per i centri che devono effettuare trattamenti chirurgici del carcinoma prostatico: alti volumi di attività (>50 prostatectomie e cistectomie/ anno) e multidisciplinarietà nella definizione della terapia appropriata.

Sulla base delle indicazioni della letteratura scientifica si identificano i seguenti criteri di qualità per i centri che possono effettuare chirurgia del carcinoma prostatico nella rete oncologica: più di 50 prostatectomie e cistectomie, di cui almeno 15 prostatectomie per anno in pazienti con tumore della prostata e della vescica, e garanzia di valutazione multidisciplinare della terapia. Tali volumi di attività definiscono anche i requisiti per poter effettuare la chirurgia del tumore della vescica.

Considerati i volumi per il tumore della prostata osservati nell'anno 2013 rientrano nella rete:

DRG	Descrizione	ROMOLO HOSPITAL CROTONE	AO REGGIO CALABRIA	AO CATANZARO	P.O. LAMEZIA TERME
334	Interventi maggiori sulla pelvi maschile con CC	18	2	2	4
335	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	53	39	47	17
336	Prostatectomia transuretrale con CC	9	8	1	
337	Prostatectomia transuretrale senza CC	34	39	11	37
344	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per neoplasie maligne	120	1	5	1
TOTALE RICOVERI		234	89	66	59

Considerati i volumi per il tumore della vescica osservati nell'anno 2013 rientrano nella rete:

DRG	Descrizione	AO CATANZARO	AO REGGIO CALABRIA	P.O. LAMEZIA TERME	CASA DI CURA ROMOLO HOSPITAL CROTONE	AOU MATER DOMINI CATANZARI	AO COSENZA	P.O. LOCRI	ISTITUTO NINETTA ROSANO COSENZA	P.O. CETRARO
310	Interventi per via transuretrale con CC	55	57	44	38	13	70	5	20	10
311	Interventi per via transuretrale senza CC	188	112	141	85	86	10	61	15	35
573	Interventi maggiori sulla vescica	18	21	1	1	3	4	4	23	4
TOTALE RICOVERI		261	190	186	124	102	84	70	58	49

Tutte le strutture devono documentare entro 60 giorni dall'approvazione del presente atto i protocolli in uso per la garanzia della valutazione multidisciplinare per la definizione della terapia.

La rete delle anatomie patologiche

Tabella 8: Strutture di anatomia patologica programmate

Area	Codice Azienda	Codice struttura	Tipologia	Denominazione struttura	Cod. Area	Codice disciplina	Denominazione disciplina	INCARICO ATTUALE			INCARICO PROGRAMMATO REGIONALE		
								SOC	SS	SSD	SOC	SS	SSD
Nord	912	180912	HUB	A.O. di Cosenza	7	03	Anatomia patologica	1	-	-	1	-	-
	201	180006	Spoke	Ospedale Civile Ferrari - Castrovillari	7	03	Anatomia patologica	-	1	-	-	1	-
	201	180010	Spoke	Ospedale Spoke Rossano-Corigliano	7	03	Anatomia patologica	-	1	-	-	1	-
	201	180012	Spoke	Ospedale Spoke Cetraro-Paola	7	03	Anatomia patologica	-	-	-	-	1	-
Centro	913	180913	HUB	A.O. Pugliese De Lellis	7	03	Anatomia patologica	1	1	-	1	1	-
	914	180914	AOU	A.O. Mater Domini	7	03	Anatomia patologica	-	-	-	1	-	-
	203	180033	Spoke	Ospedale 'Giovanni Paolo II' Lamezia Terme	7	03	Anatomia patologica	1	1	-	1	-	-
	202	180032	Spoke	Ospedale Civile San Giovanni di Dio	7	03	Anatomia patologica	1	-	-	1	-	-
Sud	204	180034	Spoke	P.O. Jazolino	7	03	Anatomia patologica	-	-	-	1	-	-
	915	180915	HUB	A.O. Bianchi-Melacrino-Morelli	7	03	Anatomia patologica	1	-	1	1	-	1
	205	180059	Spoke	Ospedale Civile Locri	7	03	Anatomia patologica	-	-	-	1	1	-

7 Riorganizzazione dell'offerta ospedaliera di oncologia

La dotazione di posti letto di oncologia nella regione Calabria, pari a n. 163 p.l. (8,3/100.000 ab.) risulta superiore alla media nazionale che nel 2011 era pari a 6,7/100.000. Ciò è in parte motivato da un'organizzazione dell'offerta molto orientata ancora all'uso del ricovero. Una parte di questi posti letto nel 2013 è stato utilizzato per la somministrazione di chemioterapici e radioterapia, attività che deve essere erogata come prestazione ambulatoriale e solo per una piccola parte in DH così come definito con DPGR 5/2014.

La rete qui delineata prevede 3 Hub e 8 spoke. E' stata considerata funzionale alla rete la struttura privata accreditata Fondazione Tommaso Campanella a vocazione oncologica.



Si rende dunque necessaria una riconversione dei posti letto ordinari occupati da tali prestazioni in posti letto DH ed una riduzione del numero di posti letto oncologici.

Tale riconversione genera un'offerta complessiva di 139 posti letto di cui 57 ordinari e 82 in DH, con una media di circa 7/100.000 abitanti. Nella tabella che segue è riportata la rimodulazione e il totale dei posti letto per struttura e Area.

Tabella 9: Strutture con posti letto oncologici programmati

AREA	Codice Azienda	Codice struttura	Tipologia - Rete oncologica	Denominazione struttura	Stabilimento	P.L. DA PROGRAMMAZIONE				INCARICO PROGRAMMATO REGIONALE		
						DH	DS	DO	TOT	SOC	SS	SSD
Area Nord	912	180912	HUB	A.O. Cosenza	Mariano Santo	13	-	17	30	1	2	-
	201	180006	Spoke	Ospedale Civile Ferrari - Castrovillari		8	-	-	8	-	1	-
	201	180010	Spoke	Ospedale Spoke Rossano-Corigliano	Rossano	8	-	-	8	1	-	-
	201	180012	Spoke	Ospedale Spoke Cetraro-Paola	Paola	8	-	-	8	1	-	-
Area Centro	913	180913	HUB	A.O. Pugliese De Lellis	De Lellis	5	-	15	20	1	1	-
	202	180032	Spoke	Ospedale Civile San Giovanni di Dio		10	-	-	10	1	1	-
	203	180033	Spoke	Ospedale 'Giovanni Paolo II' Lamezia Terme		8	-	-	8	1	-	-
	203	180058	Spoke	Fondazione T. Campanella		4	-	10	14*(1)	-	-	-
	204	180035	Spoke	P.O. Tropea		-	-	-	-	-	1	-
Area Sud	915	180915	HUB	A.O. Bianchi-Melacrino-Morelli	OO.RR.	10	-	15	25	1	1	-
	205	180059	Spoke	Ospedale Civile Locri		8	-	-	8	1	-	-
TOTALE						82	-	57	139	8	7	-

NOTE:

***(1)** Dei **35 pl accreditati** della Fondazione Campanella n. 14 sono posti letto di oncologia medica di cui n. 4 DH e n. 10 DO (così come riportati nella tabella) e n. 21 sono posti letto di oncologia chirurgica.

L'offerta di chirurgia oncologica afferisce alle unità operative di area chirurgica non deputate ai soli interventi di natura oncologica. Pertanto le tabelle che seguono individuano le strutture che, per volumi di attività, rispondono ai criteri di qualità individuati dalla presente rete e non definisce il numero di posti letto specifici di chirurgia oncologica. Una successiva valutazione, ad un anno dalla messa in atto dei piani oncologici di area, verificherà la persistenza dei requisiti funzionali e i volumi di attività per ciascuna struttura e definirà il numero di posti letto dedicati agli interventi oncologici, anche in funzione degli obiettivi di recupero della mobilità passiva.

Tabella 10: Strutture della rete con posti letto di chirurgia oncologica per le principali sedi tumorali

Tumore mammella

AREA	Codice Azienda	Codice struttura	Tipologia	Denominazione struttura
Area Nord	912	180912	HUB	A.O. Cosenza
Area Centro	913	180913	HUB	A.O. Pugliese De Lellis
	203	180058	Priv.	Fondazione T. Campanella
	915	180915	HUB	A.O. Bianchi-Melacrino-Morelli



Tumori colon – retto

AREA	Codice Azienda	Codice struttura	Tipologia	Denominazione struttura
Area Nord	912	180912	HUB	A.O. Cosenza
	201	180025	Priv.	Tricarico Rosano
	201	180042	Priv.	Casa di Cura La Madonnina
Area Centro	913	180913	HUB	A.O. Pugliese De Lellis
	914	180914	HUB	AOU Mater Domini
Area Sud	915	180915	HUB	A.O. Bianchi-Melacrino-Morelli
	205	180075	Priv.	Casa di Cura Villa Caminiti

Tumori polmoni

AREA	Codice Azienda	Codice struttura	Tipologia	Denominazione struttura
Area Nord	912	180912	HUB	A.O. Cosenza
Area Centro	203	180058	Priv.	Fondazione T. Campanella
Area Sud	915	180915	HUB	A.O. Bianchi-Melacrino-Morelli

Neoplasie ginecologiche

AREA	Codice Azienda	Codice struttura	Tipologia	Denominazione struttura
Area Nord	912	180912	HUB	A.O. Cosenza
Area Centro	913	180913	HUB	A.O. Pugliese De Lellis
	203	180058	Priv.	Fondazione T. Campanella
Area Sud	915	180915	HUB	A.O. Bianchi-Melacrino-Morelli

Tumori prostata

AREA	Codice Azienda	Codice struttura	Tipologia	Denominazione struttura
Area Centro	913	180913	HUB	A.O. Pugliese De Lellis
	203	180033	SPOKE	P.O. Lamezia Terme
	202	180085	Priv.	Romolo Hospital
Area Sud	915	180915	HUB	A.O. Bianchi-Melacrino-Morelli

I volumi di attività di chirurgia oncologica delle strutture calabresi saranno valutati con cadenza annuale.



Relativamente alle unità di chirurgia dedicate alle maggiori sedi tumorali sopra individuate si prevede la possibilità di effettuare azioni mirate, attuando le iniziative previste a pag. 7, per il recupero della mobilità passiva per gli interventi chirurgici di oncologia sulla base dei criteri e della tempistica di attuazione sotto specificata.

Per la chirurgia della mammella: le attuali strutture trattano al momento il 58% degli interventi chirurgici della patologia nella regione. L'aumento previsto di volume di attività delle unità individuate nella tabella 10 può essere del 20% dei volumi attuali quando tutti i percorsi saranno implementati.

Per la chirurgia del colon retto: le attuali strutture trattano al momento il 69% degli interventi chirurgici della patologia nella regione. L'aumento previsto di volume di attività per le unità individuate nella tabella 10 può essere del 20% dei volumi totali quando tutti i percorsi saranno implementati.

Per la chirurgia del tumore del polmone: le attuali strutture trattano al momento il 38% della patologia nella regione. L'aumento previsto di volume di attività per le unità individuate nella tabella 10 può essere del 20% dei volumi totali quando tutti i percorsi saranno implementati.

Per la chirurgia dei tumori ginecologici: le attuali strutture trattano al momento il 63% dei casi nella regione. I casi di cancro della cervice uterina considerati nell'analisi includono anche i tumori microinvasivi, non distinguibili sulla base dei codici ICD-9-CM dai francamente invasivi, ma che non necessitano di un trattamento complesso, la proporzione di casi complessi effettuata dai centri ad alto volume è sicuramente sottostimata. Ciò premesso, l'aumento previsto di volume per le unità individuate nella tabella 10 può essere del 20% dei volumi totali quando tutti i percorsi saranno implementati.

Per la chirurgia della prostata: le attuali strutture trattano al momento il 66% della chirurgia oncologica per prostata e vescica nella regione. L'aumento previsto di volume di attività per le unità individuate nella tabella 10 può essere del 20% dei volumi totali quando tutti i percorsi saranno implementati.

Una successiva valutazione a un anno dalla messa in atto dei Piani Oncologici di Area verificherà la persistenza dei requisiti funzionali e volumi di attività per ciascuna struttura della rete, nonché gli indicatori di appropriatezza e qualità dell'assistenza. Saranno, in particolare, verificate annualmente le strutture con un numero esiguo di interventi chirurgici utilizzando i dati del Programma Nazionale Esiti e il Benchmark di riferimento nazionale ai fini della garanzia della sicurezza dei pazienti. Specifico obiettivo della rivalutazione sarà quello di favorire modalità di assistenza differenti dal ricovero per l'erogazione delle prestazioni di oncologia medica. Conseguentemente ai risultati di questa valutazione verrà emanata l'eventuale revisione della rete e l'eventuale suo potenziamento. Per le strutture private dovrà essere definito il budget delle prestazioni di oncologia chirurgica da acquistare da parte delle Aziende Sanitarie, per raggiungere gli obiettivi regionali.



8 Azioni da intraprendere e tempistica di attuazione

- Istituzione dei Coordinamenti Regionale e d'Area entro 30 giorni dall'approvazione del presente documento, con Decreto Commissariale.
- Costituzione delle Unità di valutazione multidisciplinari oncologiche (UVM) presso ogni HUB e Spoke entro 60 giorni dall'approvazione del presente documento, con Decreto Commissariale.
- Definizione dei percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali e relativi indicatori per le principali patologie oncologiche entro sei mesi dall'approvazione del presente documento, con Decreto Commissariale.
- Rivalutazione dell'attività oncologica dei nodi della rete con particolare riguardo ai volumi di attività, all'appropriatezza e alla qualità dell'assistenza con cadenza annuale da parte del Coordinamento Regionale.

9 Indicatori di attuazione della rete

- N. unità cliniche multidisciplinari (UVM) costituite sul numero totale di Hub e Spoke, entro due mesi.
- N. percorsi diagnostico- terapeutici assistenziali sul totale previsti dalla rete (n. 5), entro 6 mesi.

10 Monitoraggio

Il Dipartimento Tutela della Salute effettuerà semestralmente il monitoraggio dello stato di attuazione della rete, attraverso la valutazione degli indicatori e con il supporto del gruppo regionale di coordinamento del progetto e predisporrà la relazione per la Struttura Commissariale.

