



Delibera del Consiglio dei Ministri dell'11/12/2015
per l'attuazione del piano di rientro dei disavanzi
del settore sanitario della Regione Campania

Il Commissario ad Acta
Dr. Joseph Polimeni
Il Sub Commissario ad Acta
Dr. Claudio D'Amario

DECRETO n. 98 del 20.09.2016

OGGETTO: Istituzione della Rete Oncologica Campana.

PREMESSO:

- a) che la legge 30 dicembre 2004 , n. 311 recante Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005) e, in particolare, l'art. 1, comma 180, ha previsto per le regioni interessate l'obbligo di procedere, in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore ad un triennio;
- b) che la Giunta regionale della Campania con deliberazione n. 460 del 20/03/2007 *ha approvato il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004*;
- c) che con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 23 luglio 2009 il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro tempore della regione Campania quale Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario ai sensi dell'art. 4, comma 2, del DL 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;
- d) che con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 24 aprile 2010 il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso, secondo Programmi Operativi di cui all'art. 1, comma 88 della legge n.191 del 2009;
- e) che con le deliberazioni del Consiglio dei Ministri in data 15 ottobre 2009, 3 marzo 2011, 20 marzo 2012, 29 ottobre 2013 è stato disposto l'avvicendamento nelle funzioni di sub-commissario ad acta con il compito di affiancare il Commissario ad acta della Regione Campania;

VISTI gli esiti delle elezioni amministrative regionali dello scorso 31 maggio 2015 ;

i commi nn.569 e 570 dell'art. 1 della legge 23 dicembre 2014, n. 190 "*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)*" con cui – in recepimento delle disposizioni di cui all'art. 12 del Patto per la Salute 2014 – 2016 – è stato previsto che "*La nomina a*

commissario ad acta per la predisposizione, l'adozione o l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario, effettuata ai sensi dell'articolo 2, commi 79, 83 e 84, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni, e' incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento”;

la delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2015, notificata in data 8 gennaio 2016, con la quale il dott. Joseph Polimeni è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del S.S.R della Campania e con il quale il Dott. Claudio D'Amario è stato nominato Sub Commissario ad Acta;

VISTO

l'incarico prioritario del Commissario ad acta “di adottare ed attuare i Programmi operativi 2016 – 2018 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”;

l'acta prioritario n. “I”, riportato nella citata delibera del Consiglio dei Ministri del 11.12.2015 di “adozione ed attuazione del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in coerenza con il fabbisogno assistenziale, in attuazione del regolamento adottato con decreto del Ministero della Salute del 2 Aprile 2015 n. 70 in coerenza con le indicazioni dei Tavoli Tecnici di monitoraggio”;

il decreto commissariale n. 49 del 27 settembre 2010 avente ad oggetto “*riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia*” ed il decreto commissariale n. 22 del 22 marzo 2011 di approvazione del “*Piano Sanitario Regionale 2011-2013*”, entrambi validati dai Ministeri affiancanti;

l'Intesa sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, concernente il regolamento recante: “*Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*” in attuazione dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135;

il Decreto 2 aprile 2015, n. 70 del Ministero della Salute “*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*” pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie generale n. 127 del 4 giugno 2015;

il Decreto n. 33 del 17 maggio 2016 con cui è stato approvato il documento denominato “*Piano di rimodulazione e riqualificazione della rete ospedaliera ai sensi del DM 70/2015*” e che al punto 10.6.2 stabilisce: “*Allo stato è in corso di valutazione un documento di programmazione relativo alla rete chirurgica oncologica che costituirà la base fondante per la definizione nei PDTA e nelle reti del setting chirurgico. Il documento, oltre ad una analisi epidemiologica e di offerta, procederà alla ricognizione della domanda, compresa quella espressa in mobilità passiva, e ad elaborare una proposta di network regionale di Chirurgia Oncologica. Tutto dovrà necessariamente passare attraverso una valutazione di volumi/esiti anche in adesione ai risultati prodotti dal Piano Nazionale Esiti 2014. La struttura Commissariale si impegna ad adottare questo primo documento tecnico per l'avvio della costruzione delle reti oncologiche”;*

VALUTATO

di dover colmare i ritardi cumulati e di procedere all'istituzione della Rete Oncologica Campana utilizzando, a tal fine, il modello operativo del *Comprehensive Cancer Center Network* così come individuato dalla Conferenza Stato-Regioni n.144 del 30/10/2014;

di dover individuare come nodi della rete i Centri Oncologici di Riferimento Polispecialistici (CORP) , quali aggregati funzionali di Unità Operative Complesse, Semplici, Dipartimentali aventi come *mission* aziendale l'Assistenza al paziente oncologico attraverso la messa a sistema ed il potenziamento dell'offerta oncologica aziendale;

di dover creare, all'interno dei Centri Oncologici di Riferimento, i Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM), quali punti interfaccia responsabili della Presa in Carico del Paziente e della prescrizione del corretto Percorso diagnostico terapeutico;

VISTO

il punto 4.1 del DM 70 “ *La necessità di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza in un contesto di risorse limitate comporta necessariamente una riconversione di servizi, strutture ed ospedali, per far fronte ai mutati bisogni sociali, demografici ed epidemiologici, in coerenza con quanto previsto dalla Legge 135/2012, in materia di reti ospedaliere. In tal senso, elementi determinanti sono rappresentati dai volumi di attività e dalla valutazione degli esiti. L'unità di riferimento per valutare opzioni di razionalizzazione della rete ospedaliera è rappresentata dai volumi di attività specifici per processi assistenziali i (percorsi diagnostico-terapeutici) e l'appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni, a cui deve fare seguito un coerente numero di posti letto, nel contesto di un efficace sistema di governo dell'offerta*”;

il punto 4.2 del DM 70/2015 “*Per numerose attività ospedaliere sono disponibili prove documentate dalla revisione sistematica della letteratura scientifica, di associazione tra volumi di attività e migliori esiti delle cure (ad esempio mortalità a 30 giorni, complicanze od altri esiti), ed in particolare per: a) Chirurgia del Cancro Esofago, Fegato, Mammella, Pancreas, Stomaco, Cistifellea, Colon, Polmone, Prostata, Rene e Vescica [...] Per queste e per altre attività cliniche, procedure e percorsi diagnostico terapeutici, la revisione sistematica continua della letteratura scientifica consentirà di identificare ed aggiornare continuamente le conoscenze disponibili sulla associazione tra volumi di attività e qualità delle cure. L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.nas), avvalendosi di specifiche competenze scientifiche, ha la funzione di aggiornare costantemente le conoscenze disponibili sul rapporto tra volumi di attività ed esiti delle cure.*

CONSIDERATO

che il DM 70/2015 recepisce le evidenze scientifiche sopra richiamate, conferendogli rango normativo e prevedendo l'obbligo per l'Ente programmatore di configurare un'offerta sanitaria in linea con tali prescrizioni;

di dover favorire la convergenza, come acclarato dai più recenti studi clinici, della Casistica chirurgica oncologica, secondo le vocazioni specifiche delle Strutture sanitarie, al fine di offrire a tutti i cittadini i medesimi standard di qualità delle cure;

VALUTATO

necessario procedere all'istituzione della rete oncologica campana ed all'approvazione dei PDTA, dando avvio ai PDTA per le patologie per quali sono previste le attività di screening;

di dover dare mandato ai Direttori Generali di procedere all'individuazione dei CORP e dei GOM;

di dover dare mandato ai Direttori Generali di porre in essere tutte le attività propedeutiche indirizzate all'attuazione della ROC finalizzando all'attuazione della rete, ove necessario, le quote di sblocco del turn over autorizzate;

di dover rinviare a successivo provvedimento commissariale l'approvazione del cronoprogramma relativo alla dismissione delle attività chirurgiche per i centri chirurgici aventi valori soglia di volumi non idonei ad essere inseriti nella Rete Oncologica Campana. Per tali centri, a partire dalla data di cui all'emanando cronoprogramma, non sarà più riconosciuto il rimborso del relativo DRG;

di dare, sin d'ora, ai Direttori Generali il compito di agevolare la confluenza della casistica nei centri chirurgici con adeguati valori soglia (di cui al documento allegato al presente decreto) provvedendo a potenziarne le dotazioni tecnologiche ed umane;

CONSIDERATO

la complessità degli impatti organizzativi della Rete Oncologica Campana;

la necessità di affiancare e supportare tecnicamente le Aziende Sanitarie nelle attività di strutturazione dei Centri Oncologici Regionali Polispecialistici e dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari;

la necessità di garantire l'omogeneità procedimentale e la creazione delle più diffuse sinergie interaziendali;

DECRETA

Di approvare il documento allegato, che in uno al presente decreto ne costituisce parte integrante e sostanziale;

Di istituire la Rete Oncologica Campana (ROC) ed approvare i PDTA di cui all'Allegato tecnico al presente decreto;

Di dare mandato ai Direttori Generali di procedere all'individuazione dei Centri Oncologici Regionali Polispecialistici (CORP) e dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM);

Di dare mandato ai Direttori Generali di porre in essere tutte le attività indirizzate all'attuazione della ROC finalizzando all'attuazione della rete, ove necessario, le quote di sblocco del turn over autorizzate;

Di definire con successivo provvedimento commissariale il cronoprogramma relativo alla dismissione delle attività chirurgiche per i centri chirurgici aventi valori soglia di volumi non idonei ad essere inseriti nella Rete Oncologica Campana. Per tali centri, pubblici e privati, a partire dalla data di cui all'emanando cronoprogramma, non sarà più riconosciuto il rimborso del relativo DRG;

Di invitare i Direttori Generali a prendere atto del documento tecnico ed avviare il percorso di confluenza della casistica chirurgica oncologica nei centri chirurgici con adeguati valori soglia (di cui al documento allegato al presente decreto) provvedendo a potenziarne le dotazioni tecnologiche ed umane;

Di affiancare e supportare le Aziende Sanitarie nelle attività di strutturazione dei Centri Oncologici Regionali Polispecialistici e dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari dando incarico alla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed al Nucleo di supporto della Struttura Commissariale di programmare con cadenza mensile incontri di monitoraggio ed affiancamento con le Aziende;

Di inviare il presente Piano ai Ministeri della Salute e dell'Economia per la valutazione, con riserva di recepimento di osservazioni o prescrizioni eventualmente formulate;

Di trasmettere il presente Piano al Dipartimento per la Salute e delle risorse Naturali, alla Direzione generale per la Tutela della Salute, alle AA.SS.LL., alle AA.OO, alle AA.OO.UU, all' IRCCS Pascale;

Il Componente del Nucleo di supporto alla Struttura Commissariale
D. ssa Tiziana Spinosa

Il Sub Commissario ad Acta
Dott. Claudio D'Amario

Il Commissario ad Acta
Prof. Joseph Polimeni



DEFINIZIONE DELLA RETE ONCOLOGICA

CAMPANA

Sommario

1. Premesse operative alla costituzione di una Rete Oncologica in Regione Campania.....	1
1.1 Quadro epidemiologico nazionale	1
1.2 Quadro epidemiologico regionale	2
1.3 I tassi di mortalità.....	3
1.4 Volumi chirurgici	4
1.5 La mobilità intra- ed extra-regionale	6
1.6 Dotazioni strutturali, tecnologiche ed assistenziali	8
1.7 Programmi di screening: stato dell'arte.....	9
1.8 Il Registro oncologico campano: stato dell'arte.....	11
1.9 Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA)	11
1.10 Conclusioni e sintesi dei bisogni regionali	12
2. Pianificazione della Rete Oncologica Campana.....	14
2.1 Il modello a Rete	14
2.2 Gli obiettivi del modello a Rete ed i benefici attesi	15
2.3 I fattori abilitanti	16
2.4 I <i>pillars</i> concettuali di riferimento della Rete	17
2.4.1 Epidemiologia	17
2.4.2 Gestione della domanda.....	18
2.4.3 Gestione dell'offerta.....	18
2.4.4 Modello di controllo.....	18
3. Organizzazione e funzionamento della Rete Oncologica Campana	19
3.1 Organi costitutivi e generalità di funzionamento della Rete Oncologica Campana (R.O.C.)	19
3.2 I Centri di II livello	20
3.2.1 Definizione, funzioni, composizione ed identificazione dei centri.....	20
3.2.2 Riorganizzazione delle Oncologie territoriali e dei centri privati accreditati	21
3.2.3 Funzioni aggiuntive dei CORP universitari/a carattere scientifico	23
3.2.4 Istituzione dei GOM ed attività di monitoraggio aziendale	24
3.2.5 L'accesso ai CORP/CORPUS	24
3.3 I Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM)	25

3.3.1 Generalità	25
3.3.2 Funzioni del GOM	27
3.3.3 Modalità di partecipazione del Cittadino alla spesa sanitaria	28
3.3.4 La governance dei GOM	28
3.4 Centri di I livello ed altri Centri coinvolti nella Rete.....	22
3.5 Tempistiche e PDTA generali della ROC.....	29
3.5.1 I tempi della Rete	29
3.5.2 Screening, diagnosi e stadiazione all'interno della ROC	30
3.5.3 Follow-Up e Cure Palliative	31
3.5.4 Procedure generali di gestione terapeutica	33
3.6 Procedura per la proposta dei Percorsi Diagnostico Terapeutici (PDTA) per Patologie Oncologiche.	36
4. I centri chirurgici e radioterapici della R.O.C.	37
4.1 Volumi chirurgici e valori soglia nella Rete Campana ed individuazione dei centri chirurgici selezionati.	37
4.2 Centri di I e II fascia chirurgica per tumori colon-retto, cervice e mammella	40
4.3 Monitoraggio dei centri chirurgici ed indicatori di performance.....	42
4.4 Centri Radioterapici.....	43
4.5 Monitoraggio dei fabbisogni di Radioterapia.....	45
5. Oncofertilità, Psico-oncologia ed Emergenze Oncologiche nella ROC.....	45
5.1 Centri di Oncofertilità.....	45
5.2 Livelli di assistenza psicologica.....	47
5.2.1 Principali campi di intervento	48
5.2.2 Organizzazione degli interventi in psico-oncologia.....	48
5.2.3 Fasi di valutazione e trattamento psico-oncologico.....	48
5.2.4 Strutture eroganti.....	48
5.3 La gestione delle emergenze nei pazienti oncologici	49
ALLEGATO 1 – Distribuzione DRG chirurgici per patologia per singolo centro.....	50
ALLEGATO 2 – Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA).....	60
PDTA Tumore della mammella.....	61
PDTA tumore della cervice uterina	70
PDTA per tumore del colon e del retto	79

1. Premesse operative alla costituzione di una Rete Oncologica in Regione Campania

1.1 Quadro epidemiologico nazionale

I tumori rappresentano una vera emergenza sanitaria del Paese, assieme alle malattie cardiovascolari e alle patologie legate all'invecchiamento. In Italia sono diagnosticati ogni anno circa 1000 nuovi casi di tumore al giorno (esclusi i tumori cutanei non melanomatosi), di cui oltre 194.000 (54%) fra gli uomini e oltre 169.000 (46%) fra le donne. La frequenza con cui sono diagnosticati i tumori (escludendo i carcinomi della cute) è in media di circa 7 nuovi casi ogni 1000 uomini ogni anno, un po' più di 5 casi ogni 1000 donne, quindi nel complesso circa 6 casi ogni 1000 persone. Nella popolazione italiana è stato calcolato che nel 2006 vi fosse una prevalenza di circa 2.250.000 casi di tumore. Si può ipotizzare che nel 2016 siano circa 2.900.000. Tra gli uomini, ai primi 5 posti per frequenza, figurano soggetti con precedente diagnosi di tumore della prostata (22% del totale), vescica (18%), colon-retto (15%), tumori della testa e del collo (9%) e polmone (6%). Tra le donne il tumore della mammella è il più rappresentato (42%), seguito da colon-retto (12%), corpo dell'utero (7%), tiroide (5%) e cervice uterina (4%). Nelle aree italiane coperte da Registri Tumori la mortalità si attesta, in media, ogni anno, su circa 3,5 decessi ogni 1000 uomini e circa 2,6 decessi ogni 1000 donne. In totale, quindi, circa 3 decessi ogni 1000 persone¹. I dati dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) evidenziano come nel 2011 (ultimo anno al momento disponibile), degli oltre 580.000 decessi verificatisi, circa 175.000 siano stati causati da patologie tumorali. Di fatto, i tumori rappresentano la seconda causa di morte (30% di tutti i decessi), dopo le malattie cardio-vascolari (38%), con un peso ancor più rilevante nel sesso maschile (35% dei decessi) rispetto al femminile (26% dei decessi). In definitiva si può affermare che mediamente ogni giorno oltre 470 persone muoiono in Italia a causa di un tumore. Il tumore del polmone tra gli uomini (27% di tutti i decessi oncologici) e quello della mammella tra le donne (17%), seguiti dai tumori del colon-retto (10% tra gli uomini e 12% tra le donne) e dal tumore della prostata tra gli uomini (8%) e del polmone tra le donne (11%) rappresentano le principali cause di morte per

¹ AIOM, AIRTUM, *I numeri del cancro in Italia 2015*; Intermedia Editore

tumore maligno¹. Per quanto riguarda l'incidenza, in entrambi i sessi, si osserva ancora un forte gradiente geografico con livelli che si riducono dal Nord al Sud. Più precisamente il tasso d'incidenza standardizzato (sulla popolazione europea) per il totale dei tumori è, tra gli uomini, più basso del 14% al Centro e del 20% al Sud rispetto al Nord e, tra le donne, più basso rispettivamente del 10% e del 19%. Attualmente la tendenza all'uniformazione degli stili di vita riproduce un modello comune di tipo occidentale che porterà a una maggiore uniformazione anche dei tassi di incidenza. Per quanto riguarda la prevalenza, si osserva una proporzione di pazienti oncologici rispetto alla popolazione totale residente del 4-5% al Centro-Nord e del 2-3% al Sud. Al contrario, per quanto riguarda la sopravvivenza, sebbene con differenze meno elevate rispetto agli anni precedenti, si rileva un gradiente Nord-Sud, a sfavore delle aree meridionali².

1.2 Quadro epidemiologico regionale

In Campania, sulla base dei dati epidemiologici forniti dalla Banca dati "I tumori in Italia", portale dell'epidemiologia oncologica nato dalla collaborazione tra Istituto Nazionale Tumori e Istituto Superiore di Sanità, si stima un'incidenza di neoplasie maligne per l'anno 2010 (dato più recente) di 398/100.000 nuovi casi per il sesso maschile, a fronte di una media nazionale di 336/100.000 e 265/100.000 per il sesso femminile, dato in linea con la media nazionale. Il tasso di mortalità si discosta decisamente dalla media nazionale di 173/100.000 per gli uomini e 94/100.000 per le donne, attestandosi su 231/100.000 per i primi e 103/100.000 per le seconde. Come di recente pubblicato da Fusco M. et al.³ per il sesso maschile, si stima che i siti maggiormente colpiti da neoplasie maligne siano stati nel 2012 (dato più recente) polmone e prostata, rispettivamente con 2811 e 2773 nuovi casi, seguiti da colon e retto, con 2275 nuovi casi totali. Nel sesso femminile il tumore della mammella è risultato essere il più frequente con 3675 nuovi casi, seguito da colon-retto (1694) e polmone (818). Il tasso di mortalità più elevato per il sesso femminile si è riscontrato per il tumore mammario (31/100.000), invece per il sesso maschile il tumore al polmone ha fatto registrare il maggiore tasso di mortalità (80/100.000). Nelle donne il tumore a

² AIOM, AIRTUM, *I numeri del cancro in Italia 2014*; Intermedia Editore

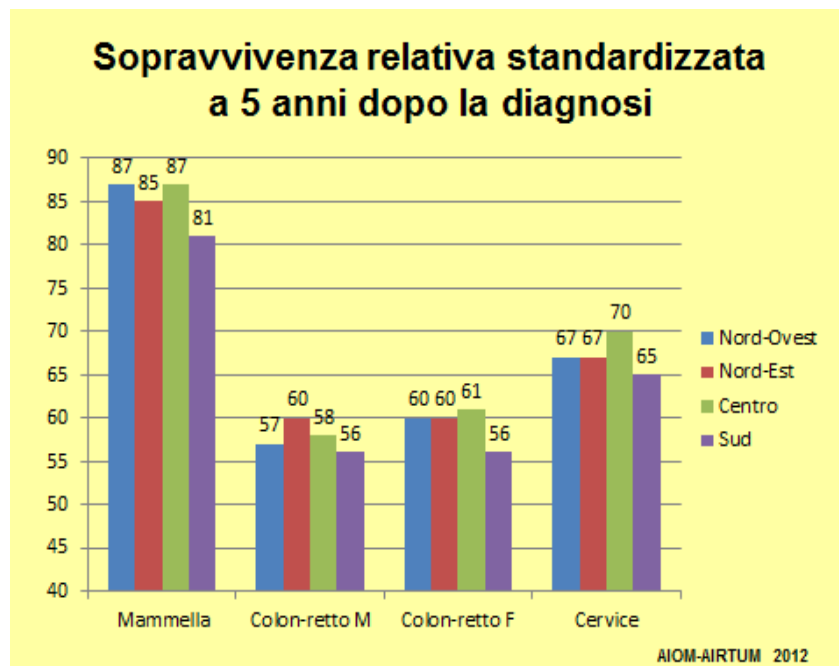
³Fusco M. et al., *Estimates of cancer burden in Campania*; Tumori, 99: 374-381, 2013

maggiore prevalenza è il carcinoma della mammella (34.000 casi con precedente diagnosi viventi nel 2012), seguito dal cancro del colon-retto. Per gli uomini la maggiore prevalenza si riscontra per il tumore alla prostata (18.000 casi con precedente diagnosi viventi nel 2012), seguito dai tumori del colon-retto (22.000 casi totali viventi fra entrambi i sessi nel 2012).

1.3 I tassi di mortalità

I tumori maligni di mammella, colon-retto e cervice uterina, ad oggi, rappresentano le uniche patologie neoplastiche che possono beneficiare di prevenzione secondaria mediante screening validati a livello nazionale ed internazionale. La sopravvivenza relativa a 5 anni è una stima della percentuale di pazienti che ci si aspetta che sopravviva a 5 anni dalla diagnosi di tumore, al netto della mortalità per altre cause. Da un'analisi dettagliata dei tassi di sopravvivenza relativa standardizzata a 5 anni dalla diagnosi effettuata da AIOM ed AIRTUM nel 2012 per tumori maligni di mammella, cervice uterina e colon-retto (Fig.1), emerge chiaramente come il meridione sia gravato dai tassi più bassi (81% per tumore della mammella, 56% per tumore del colon-retto maschile e femminile, 65% per il tumore della cervice) della penisola.

Fig.1



1.4 Volumi chirurgici

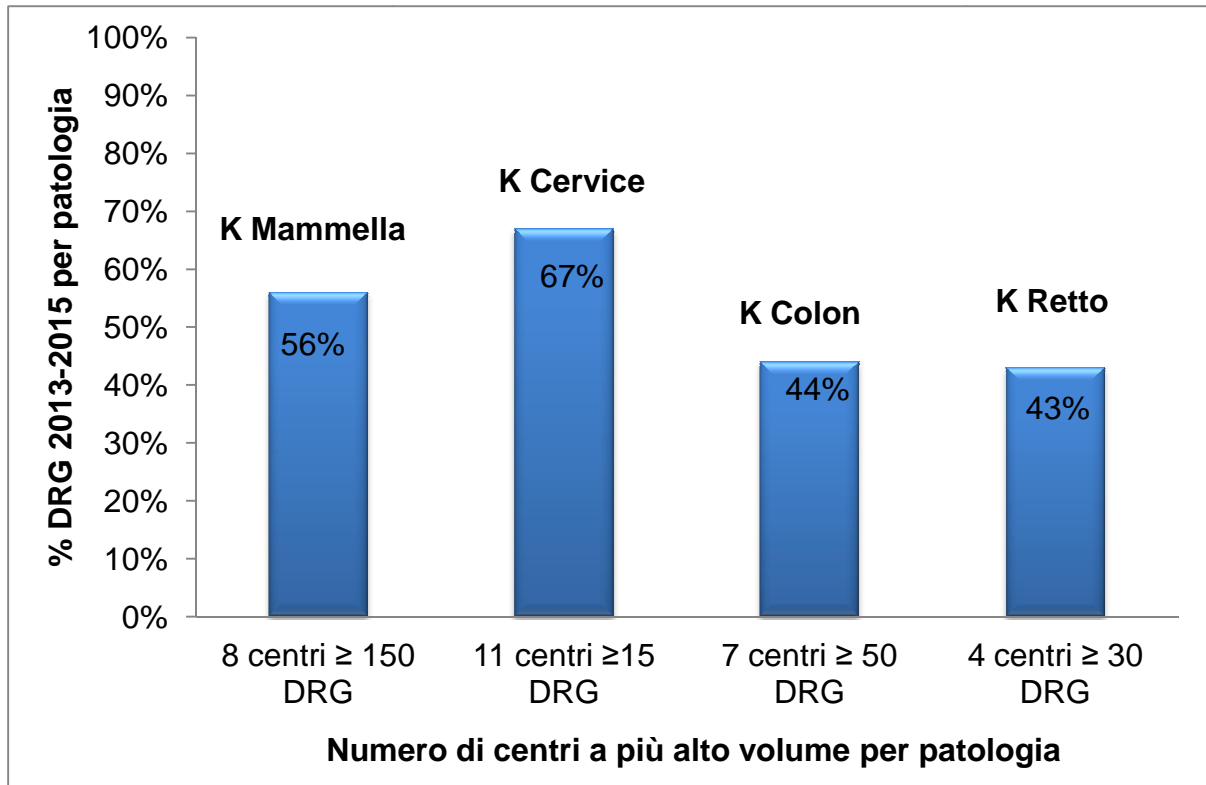
Dall'analisi dei DRG regionali per chirurgia oncologica relativa ai tumori di colon-retto, mammella e cervice uterina, si evince come il problema cancro sia piuttosto diffuso in ognuna delle province della regione, tenendo ovviamente conto delle notevoli differenze di numerosità dei diversi bacini d'utenza. Il totale della popolazione campana è 5.769.750⁴ e solo nell'anno 2015 si sono registrati 3628 interventi per tumore della mammella, 1921 per tumore del colon, 516 per tumori del retto e 840 per tumori dell'utero (fonte dati: DRG erogati dalla Regione Campania). Dall'analisi dei flussi di DRG erogati dalla Regione tra il 2013 ed il 2015 per le quattro patologie tumorali prese a riferimento, risulta che:

- 8/99 (8%) centri (Presidi Ospedalieri, IRCCSS, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, Ospedali Convenzionati e Case di Cura Convenzionate) eroganti prestazioni di chirurgia oncologica per tumore mammario presentano un volume di attività ≥ 150 casi annui, coprendo il 56% dei DRG totali erogati per la neoplasia;
- 7/95 (7%) centri presentano un volume di attività ≥ 50 casi annui per ciò che riguarda il tumore del colon, coprendo il 44% dei DRG totali erogati per la neoplasia;
- 4/83 (5%) centri presentano un volume di attività ≥ 30 casi annui per ciò che riguarda il tumore del retto, coprendo il 43% dei DRG totali erogati per la neoplasia;
- 11/77 (14%) centri presentano un volume di attività ≥ 15 casi annui per ciò che riguarda il tumore dell'utero, coprendo il 67% dei DRG totali erogati per la neoplasia (Fig. 2).

Contestualmente si osserva un numero di centri a volumi d'attività alquanto ridotti che, tuttavia, coprono una quota significativa dei DRG totali erogati tra il 2013 ed il 2015 per le quattro diverse patologie (Figura 3).

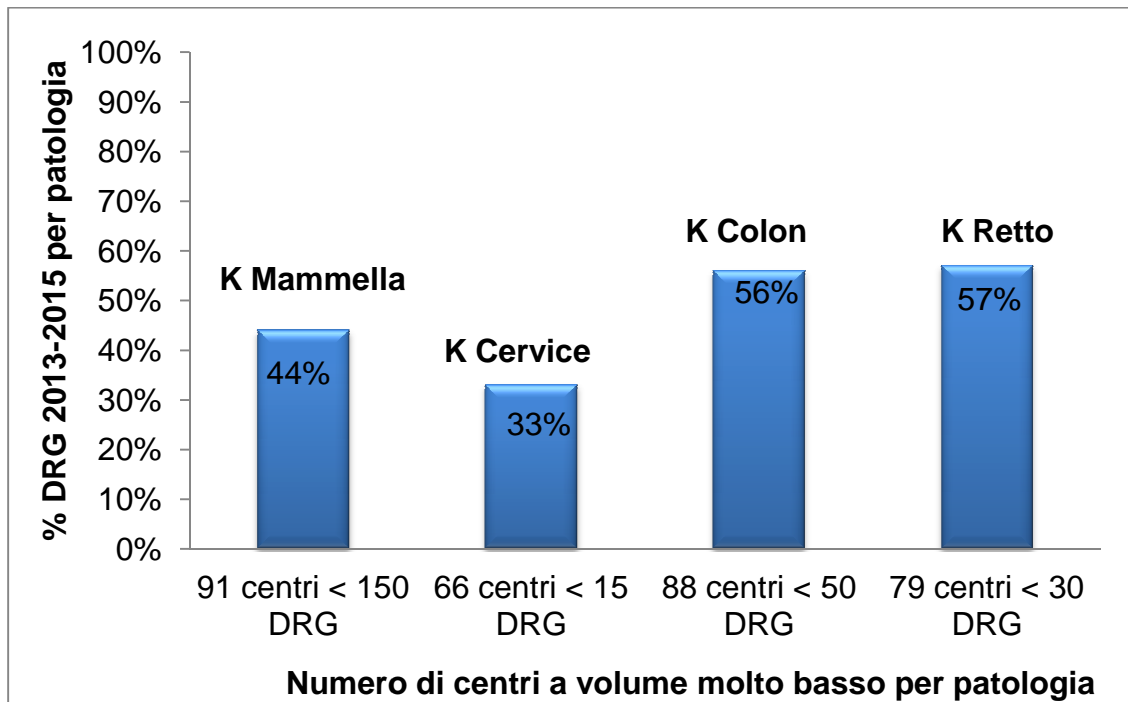
⁴ fonte dati: www.Comuni-Italiani.it

Figura 2



Fonte dati: elaborato su dati della Regione Campania

Figura 3



Fonte dati: elaborato su dati della Regione Campania

La distribuzione territoriale dei centri a maggior volume è, peraltro, anch'essa non

omogenea:

- Per il tumore della mammella 6 degli 8 centri a maggior volume sono localizzati nel territorio della provincia di Napoli e sono l'INT – Fondazione Pascale, l'AOU Federico II, l'AOU Seconda Università degli Studi di Napoli, l'AORN A. Cardarelli, la Casa di Cura Mediterranea e l'Ospedale Evangelico Villa Betania; un centro è situato nella provincia di Avellino ed è l'AO S.G. Moscati; un centro è localizzato nella provincia di Salerno ed è l'Ospedale S.M. dell'Incoronata dell'Olmo di Cava dei Tirreni, facente parte dell'AOU Ruggi D'Aragona.
- Per il tumore della cervice uterina 5 degli 11 centri a maggior volume sono localizzati nel territorio della provincia di Napoli e sono l'INT – Fondazione Pascale, l'AORN A. Cardarelli, l'AOU Federico II, l'Ospedale Buonconsiglio Fatebenefratelli e l'Ospedale Fondazione Evangelica Villa Betania; un centro si localizza nella provincia di Caserta ed è l'AO Sant'Anna e San Sebastiano; due centri sono situati nella provincia di Avellino e sono la Casa di Cura Malzoni Villa dei Platani e l'AO S.G. Moscati; due centri si localizzano nella provincia di Benevento e sono l'Ospedale Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli e l'AO Rummo; un centro è localizzato nella provincia di Salerno, l'AOU San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona.
- Per il tumore del colon 5 dei 7 centri a maggior volume sono localizzati nel territorio della provincia di Napoli e sono l'INT – Fondazione Pascale, l'AORN A. Cardarelli, l'AOU Federico II, l'AOU Seconda Università degli Studi di Napoli e l'AO Ospedale dei Colli-Ospedale Monaldi; un centro si localizza nella provincia di Caserta ed è l'AO Sant'Anna e San Sebastiano; un centro si localizza nella provincia di Benevento ed è AO G. Rummo.
- Per il tumore del retto tutti e 4 i centri a maggior volume sono localizzati nel territorio della provincia di Napoli e sono l'INT – Fondazione Pascale, l'AOU Federico II, l'AOU Seconda Università degli Studi di Napoli e l'AO Ospedale dei Colli - Ospedale Monaldi.

1.5 La mobilità intra- ed extra-regionale

La distribuzione territoriale dei DRG per chirurgia oncologica delle suddette quattro patologie potenzialmente oggetto di screening ne evidenzia una notevole dispersione sul territorio campano e nazionale ai fini della gestione chirurgica. Si riportano di seguito i tassi di mobilità extraregionale ed intraregionale per ognuna delle cinque province

campane (Tabelle da 4 a 7; dati disponibili ad ottobre 2014).

Tabella 4: Distribuzione territoriale dei DRG per Tumore della Mammella anni 2007-2013 per ASL di residenza

	Avellino		Benevento		Caserta		Napoli		Salerno	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
DRG Totali	1.543	100	780	100	3.193	100	11.111	100	3.329	100
DRG ASL di residenza	1.112	72	412	53	1.322	41	9.881	89	1.850	56
DRG mobilità intraregionale	223	14	191	24	1442	45	644	6	741	22
DRG mobilità extraregionale	208	14	177	23	429	14	586	5	738	22

Fonte dati: elaborato su dati ARSAN

Tabella 5: Distribuzione territoriale dei DRG per Tumore della Cervice anni 2007-2013 per ASL di residenza

	Avellino		Benevento		Caserta		Napoli		Salerno	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
DRG Totali	385	100	257	100	680	100	2.148	100	909	100
DRG ASL di residenza	317	82	152	59	231	34	1.492	69	392	43
DRG mobilità intraregionale	42	11	67	26	354	52	501	23	359	39
DRG mobilità extraregionale	26	7	38	15	95	14	155	8	158	17

Fonte dati: elaborato su dati ARSAN

Tabella 6: Distribuzione territoriale dei DRG per Tumore del Colon anni 2007-2013 per ASL di residenza

	Avellino		Benevento		Caserta		Napoli		Salerno	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
DRG Totali	946	100	756	100	1.771	100	6.563	100	2.364	100
DRG ASL di residenza	614	65	527	70	896	50	5.790	88	1.500	63
DRG mobilità intraregionale	193	20	99	13	772	44	504	8	387	16
DRG mobilità extraregionale	139	15	130	17	103	6	269	4	477	20

Fonte dati: elaborato su dati ARSAN

Tabella 7: Distribuzione territoriale dei DRG per Tumore del Retto anni 2007-2013 per ASL di residenza

	Avellino		Benevento		Caserta		Napoli		Salerno	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
DRG Totali	356	100	265	100	590	100	1.950	100	731	100
DRG ASL di residenza	205	58	157	59	215	36	1.701	87	351	48
DRG mobilità intraregionale	80	22	22	8	265	45	140	7	178	24
DRG mobilità extraregionale	71	20	86	33	110	19	109	6	202	28

Fonte dati: elaborato su dati ARSAN

1.6 Dotazioni strutturali, tecnologiche ed assistenziali

In merito all'offerta regionale attuale di dotazioni strutturali e tecnologiche per la gestione delle patologie neoplastiche, si rilevano oggettive carenze rispetto al dato medio nazionale di riferimento (Tab. 8).

Tabella 8: Dotazioni strutturali e tecnologiche nell'area oncologica della Regione Campania

Dotazioni strutturali e tecnologiche	Campania	Italia
Posti letto area oncologica per 100.000 Ab.	11,96	10,84
Posti letto Radioterapia per 1.000.000 Ab.	0,69	6,92
Servizio di Oncologia Medica per 1.000.000 Ab.	6,76	7,77
Servizi di Radioterapia per 1.000.000 Ab.	1,73	2,93
PET per 1.000.000 Ab.	4,16	2,88
Acceleratore lineare per 1.000.000 Ab.	4,51	6,80

Fonte: Ministero della Salute, VII Rapporto FAVO 2015. Disponibile su <http://www.favo.it/settimo-rapporto.html>

Anche in termini di attività assistenziale, l'offerta regionale non risulta sostanzialmente conforme al dato medio nazionale (Tab. 9).

Tabella 9: Attività assistenziale nell'area oncologica della Regione Campania

Attività assistenziale	Campania	Italia
Ricoveri per tumore per 1.000 Ab.	10,80	11,63
Ricoveri per chemioterapia per 1.000 Ab.	5,71	3,89
Casi trattati in ADI per 10.000 Ab.	7,93	11,54
Prestazioni Ambulatoriali Radioterapia per 100 Ab.	7,05	8,97
Prestazioni Ambulatoriali Oncologia per 100 Ab.	1,74	6,39
Prestazioni Ambulatoriali Riabilitazione per 10 Ab.	4,14	8,46

Fonte: Ministero della Salute, VII Rapporto FAVO 2015. Disponibile su <http://www.favo.it/settimo-rapporto.html>

1.7 Programmi di screening: stato dell'arte

Lo screening in Oncologia si configura come una metodica di prevenzione secondaria rivolta alla popolazione sana (o apparentemente tale), tesa ad individuare la patologia tumorale in una fase molto precoce della sua storia naturale, così da renderla con maggiore probabilità passibile di un trattamento curativo. La creazione di un'adeguata rete di screening potrebbe consentire un decisivo incremento delle diagnosi precoci ed una adeguata gestione terapeutica successiva potrebbe condurre ad una decisiva riduzione dei tassi di mortalità cancro-specifica, un aumento dei tassi di sopravvivenza cancro-specifica ed una riduzione dei costi connessi alla gestione delle patologie

neoplastiche in fase avanzata, riducendo così l'impegno economico derivante dai complessi esami radiodiagnostici di rivalutazione periodica e dai necessari trattamenti radioterapici e/o chirurgici e/o farmacologici palliativi per la gestione delle sedi metastatiche complesse e delle complicanze legate alle localizzazioni secondarie di malattia, nonché gli indispensabili costi connessi ai trattamenti chemioterapici, sempre più rilevanti con l'avvento dei farmaci a bersaglio molecolare. Ad oggi sono riconosciuti e validati a livello internazionale e nazionale procedure di screening per la diagnosi precoce dei soli tumori maligni di mammella, cervice, colon e retto.

Nella Regione Campania il tasso di copertura dei programmi di screening è ancora troppo basso, in linea purtroppo con le altre regioni meridionali, e non agganciato con il resto delle regioni centrali e settentrionali. I dati forniti dall'Osservatorio Nazionale Screening mostrano la percentuale di estensione dell'invito alla popolazione candidata a partecipare ai programmi di screening regionali e la percentuale di adesione all'invito. Per quanto riguarda i programmi regionali di screening cervicale con Pap-test la percentuale di estensione degli inviti va dal 14,5% (minimo raggiunto nell'anno 2011) al 22% (massimo raggiunto nell'anno 2009), con un 15,7% raggiunto nel 2012, ultimo anno per cui il dato risulta disponibile. La percentuale di adesione all'invito va dal 24,4% (minimo raggiunto nell'anno 2010) al 27,4% (massimo raggiunto nell'anno 2011) con una percentuale del 26,8% nel 2012, ultimo anno per cui il dato risulta disponibile. Per quanto riguarda lo screening mammografico la percentuale di estensione degli inviti va dal 21,92% (minimo raggiunto nell'anno 2012, ultimo anno per cui il dato è disponibile) al 43,85% (massimo raggiunto nell'anno 2008). La percentuale di adesione all'invito va dal 26,67% (minimo raggiunto nell'anno 2008) al 36,24% (massimo raggiunto nell'anno 2010) con una percentuale del 31,56% nel 2012, ultimo anno per cui il dato risulta disponibile. Per ciò che concerne lo screening colon-rettale con sangue occulto nelle feci la percentuale di estensione degli inviti va dal 2,3% (minimo raggiunto nell'anno 2012, ultimo anno per cui il dato è disponibile) al 30,2% (massimo raggiunto nell'anno 2011). La percentuale di adesione all'invito va dal 9,8% (minimo raggiunto nell'anno 2011) al 60,2% (massimo raggiunto nell'anno 2012, ultimo anno per cui il dato risulta disponibile). Da questi dati si evince come un maggiore sforzo volto all'ampliamento dell'offerta sia quanto mai doveroso e debba altresì essere affiancato da un'opportuna campagna di sensibilizzazione dell'opinione pubblica mirata ad aumentare il tasso di adesione agli inviti.

1.8 Il Registro oncologico campano: stato dell'arte

Il decreto 104 del 24.09.2012 del presidente della Giunta regionale (commissario per la Sanità) ha istituito il Registro tumori regionale, inteso come Rete di registri aziendali composta da 7 Registri tumori aziendali, uno per ASL, un Registro tumori infantili unico affidato all'AORN Santobono-Pausillipon ed una banca dati centrale regionale. Il coordinamento della Rete è costituito dai direttori dei registri presso l'Osservatorio epidemiologico regionale (OER).

Ad oggi in Campania sono attivi tre Registri tumori:

- ASL NA3 Sud, attivo dal 1996, con copertura di 59 comuni per un totale di circa 1.200.000 abitanti, con dati dal 1996 al 2009 ed accreditato AIRTUM (Associazione Italiana Registri Tumori).
- ASL Salerno, attivo dal 1997, con copertura di 158 comuni per un totale di circa 1.100.000 abitanti, con dati dal 1996 al 2009 ed accreditato AIRTUM.
- ASL Caserta, recentemente accreditato (2016), con copertura di 104 comuni per un totale di circa 904.000 abitanti raccoglie dati relativi alla registrazione del primo triennio di incidenza (2008-2010).

Gli altri 4 registri afferenti rispettivamente alle ASL NA2 Nord (copertura di 32 comuni per un totale di circa 1.032.000 abitanti), NA1 Centro (copertura di 3 comuni, per un totale di circa 1.010.000 abitanti), Benevento (copertura di 78 comuni, per un totale di circa 290.000 abitanti) ed Avellino (119 comuni per un totale di circa 440.000 abitanti) sono in fase di avvio della raccolta dati di incidenza relativa al periodo 2010-2012/13. Al termine di tale fase potranno richiedere il necessario accreditamento AIRTUM.

1.9 Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA)

Il concetto di percorso diagnostico-terapeutico assistenziale nasce formalmente e concettualmente con la Legge 229/99 e viene richiamato nel Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1998-2000. Successivamente nel protocollo d'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 viene prevista la promozione dello sviluppo e dell'implementazione di percorsi diagnostici e terapeutici ospedalieri e territoriali. La Legge 296/2006 sancisce che i percorsi diagnostico-terapeutici siano costituiti da linee-guida ed intesi come percorsi definiti ed adeguati periodicamente con Decreto del Ministro della Salute. Gli iniziali

obiettivi del PDTA si ampliano con la Legge 102/2009 nonché con il Piano Sanitario Nazionale 2011-2013. L'importanza dei PDTA è stata di recente ribadita anche nel DL 13 settembre 2012 n.158, ove viene fatto specifico riferimento agli interventi da parte delle Regioni per razionalizzare l'impiego dei farmaci da parte di strutture pubbliche, di consolidare prassi assistenziali e di guidare i clinici in percorsi diagnostici e terapeutici specifici⁵.

1.10 Conclusioni e sintesi dei bisogni regionali

L'analisi dell'offerta oncologica nella Regione Campania mette in luce una serie di problemi strutturali e di ritardi implementativi che, ad oggi, lede sensibilmente sia la capacità di rispondere completamente ed efficientemente alla domanda di Salute che di garantire un efficiente ed efficace utilizzo delle risorse economiche a disposizione. Ciò si riflette in un deficit di sopravvivenza rispetto al dato medio nazionale su cui pesano:

1. Bassa *compliance* agli screening per tumori di cervice, mammella e solo recente avvio per tumori del colon-retto;
2. Difficoltà d'accesso alle strutture sanitarie per diagnosi e cura per le fasce più deboli ed a rischio della popolazione;
3. Enorme frazionamento dei percorsi sanitari ed assenza di uno standard regionale di riferimento.

Si evince come sia oggi quanto mai fondamentale attuare azioni specifiche volte a riorganizzare e razionalizzare l'offerta al fine di garantire una più efficiente ed efficace gestione della domanda anche non espressa, oltre ad un'ottimale allocazione delle risorse economiche disponibili. Finalità, quelle sopra descritte, che trovano risposta nella creazione di una Rete Oncologica a livello regionale, come dimostrano esperienze di altre regioni italiane, quali, a titolo esemplificativo Toscana, Veneto e Piemonte-Valle d'Aosta.

Sulla base di queste considerazioni si è deciso di avviare l'infrastruttura Rete Oncologica Campana, risultato delle attività di Network dei Centri deputati per i propri ambiti di competenza ad intervenire nella prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del cancro. Ciò avverrà attraverso l'operatività dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM)

⁵ G.U. n. 214 del 13/09/2012

patologia-specifici, che saranno istituiti partendo dalle quattro patologie tumorali per cui esistono percorsi di screening validati, vale a dire tumori di mammella, colon-retto e cervice, che peraltro rappresentano fra le più incidenti e mortali patologie tumorali dell'età adulta e per le quali si allegano al presente documento i relativi PDTA formulati ed approvati a livello regionale (Allegato 2) ed a cui i GOM patologia-specifici dovranno attenersi.

2. Pianificazione della Rete Oncologica Campana

2.1 Il modello a Rete

Negli ultimi anni, i modelli assunti a riferimento della riorganizzazione dell'offerta sanitaria a livello regionale si sono basati sulla centralità del concetto di rete assistenziale, operante secondo percorsi diagnostico-terapeutici predefiniti a livello regionale, in grado di garantire ampia copertura territoriale e tempestività di accesso alle cure, oltre che disponibilità di setting assistenziali più specializzati, al crescere della complessità della domanda.

Nel documento d'intesa della conferenza Stato-Regioni n.144 del 30/10/2014, al fine di ottimizzare l'impiego delle risorse regionali nella lotta contro il cancro, si recepisce il documento di "guida per la costituzione delle reti oncologiche regionali" come riferimento nella programmazione sanitaria. In considerazione della necessità di mettere insieme le non sempre elevate quantità di risorse disponibili e di far fronte alle esigenze di un largo bacino d'utenza, nonché di ridurre lo squilibrio sociale dato dalla disparità di accesso alle cure adeguate, la Conferenza Stato-Regioni si è spinta a prediligere il modello di Rete di tipo *Comprehensive Cancer Care Network (CCCN)*. Tale modello tende ad includere tutte le strutture presenti sul territorio ed a vario titolo competenti per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del cancro. In tal modo, lo sviluppo di un sistema di Rete per la gestione delle patologie neoplastiche garantirà a tutti i centri che vi faranno parte di contribuire per i loro ambiti di competenza alla piena attuazione di un percorso assistenziale organizzato ed efficiente, non dispersivo per il cittadino ed in grado di rispondere al bisogno di Salute garantendo una adeguata gestione multidisciplinare integrata aderente alle linee guida e *best practice*, attraverso la presa in carico ad opera dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM) settorializzati per patologia.

I vantaggi del modello sono:

- Strutture e servizi sottoutilizzati possono essere pienamente utilizzati nel network;
- Il network nel suo complesso può essere capace di acquisire nuove tecnologie insostenibili per le singole strutture ospedaliere;

- Mediante PDTA integrati, il network risponde in modo capillare ai bisogni dei pazienti e delle loro famiglie;
- Si evitano duplicazioni di servizi ed apparecchiature;
- Si produce un efficientamento della programmazione di breve e medio-lungo periodo nell'allocazione delle risorse economiche;
- Garantisce un più equo accesso alle cure, soprattutto per ciò che concerne le prestazioni a più alta specialità;
- A regime consente di ridurre i fenomeni di migrazione sanitaria.

2.2 Gli obiettivi del modello a Rete ed i benefici attesi

L'organizzazione della Rete Regionale permetterà, nel breve/medio termine e nel lungo termine, anche tramite integrazioni successive, di centrare una pluralità di obiettivi in linea con i bisogni regionali emersi dall'analisi dell'offerta e della domanda, ed in particolare:

- definire ed organizzare il livello di condivisione di tutti gli strumenti utilizzati dalle diverse figure professionali coinvolte nell'assistenza oncologica: sistemi informativi, cartelle telematiche, linee guida, registri per patologia, etc.;
- assicurare la Multidisciplinarietà dell'atto di Presa in Carico dell'assistito nell'intero percorso assistenziale, garantendo percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) capaci di continuità assistenziale e interventi adeguati e tempestivi, riducendo le liste d'attesa e secondo le corrette sequenzialità;
- favorire l'inserimento dei pazienti in studi clinici e promuovere in modo sinergico ricerca e innovazione in campo oncologico;
- garantire il superamento delle disomogeneità territoriali e la riduzione dei disagi logistici e di orientamento dei pazienti, riducendo la dispersione e la migrazione sanitaria;
- facilitare lo scambio di informazioni fra tutti i soggetti che si occupano di patologie oncologiche;
- supportare le aziende sanitarie nell'organizzazione, gestione ed efficientamento dei servizi in Oncologia;
- individuare e diffondere *best practice* ed innovazioni gestionali lungo i processi chiave del ciclo diagnostico/ terapeutico in oncologia;

- razionalizzazione dell'uso di tecnologia ad alta complessità/costo mediante l'applicazione di protocolli specifici di ricerca e programmi di training specifico;
- creazione di un registro regionale degli *outcome* degli interventi chirurgici oncologici;
- integrare i servizi sanitari e sociali per l'assistenza a malati oncologici coordinando tutte le professionalità e le Istituzioni coinvolte nella prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione oncologica, migliorando costantemente la qualità, l'appropriatezza e l'efficacia delle cure secondo il mutare delle Linee Guida e le *best practice*;
- ricognizione ed adeguamento tecnologico delle procedure di documentata efficacia.

2.3 I fattori abilitanti

La realizzazione della Rete Oncologica Campana e il conseguente raggiungimento degli obiettivi prefissati necessitano di una serie di azioni/fattori volti a promuovere l'integrazione tra i diversi soggetti coinvolti nell'erogazione dei servizi assistenziali al paziente affetto da una patologia oncologica, riassunte in Figura 7.

Figura 7: Fattori abilitanti della rete



2.4 I pillars concettuali di riferimento della Rete

La Rete Oncologica, al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi sopra esposti oltre che per abilitare la successiva integrazione del modello di base, dovrà operare secondo un modello di governance basato su quattro pilastri fondamentali (Fig. 8):

1. epidemiologia
2. gestione della domanda;
3. gestione dell'offerta;
4. modello di controllo.

Figura 8: Pillars del modello di gestione della Rete oncologica campana



2.4.1 Epidemiologia

La creazione e la successiva gestione della rete non può prescindere dalla presenza di consolidati strumenti a supporto delle analisi epidemiologiche in ambito oncologico a livello regionale. Tali strumenti e procedure dovranno garantire:

- il monitoraggio della rispondenza tra l'offerta e la domanda di cure, a livello complessivo e territoriale
- l'integrazione di dati provenienti da fonti informative differenti e la fruibilità degli stessi da parte di tutti gli attori coinvolti.

2.4.2 Gestione della domanda

Un'adeguata razionalizzazione e successiva gestione della domanda deve obbligatoriamente passare attraverso l'implementazione di Programmi di prevenzione che migliorino gli attuali tassi di copertura regionali, definizione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali condivisi e validati a livello regionale per ciascuna delle patologie gestite dalla Rete oncologica regionale e la definizione di Linee Guida condivise e validate a livello regionale per ciascuna delle patologie gestite dalla Rete oncologica regionale.

2.4.3 Gestione dell'offerta

Per far fronte in maniera efficace ed efficiente alla domanda, la Rete oncologica dovrà fondarsi su di una precisa organizzazione dell'offerta che:

- limiti le eventuali inefficienze;
- garantisca l'accesso e la qualità delle cure su tutto il territorio regionale;
- abiliti il consolidamento / ampliamento di strutture e professionalità di eccellenza.

Il raggiungimento di tali obiettivi richiede tuttavia che la Rete venga strutturata ed operi sulla base di:

- Una precisa selezione ed assegnazione delle diverse strutture alle tipologie previste dalla Rete.
- La definizione di dettaglio delle modalità operative e di gestione delle correlate esigenze economiche / formative
- Una corretta distribuzione territoriale dell'offerta.
- Un processo condiviso di coordinamento tra le diverse tipologie di strutture e tra queste e la Regione.

2.4.4 Modello di controllo

La valutazione dell'andamento della Rete, l'individuazione di possibili interventi migliorativi ed il controllo dell'operatività richiedono la presenza di un modello di

controllo delle performance cliniche, economiche ed organizzative e l'individuazione dei soggetti deputati al controllo stesso.

In particolare dovranno essere definiti:

- Ruoli e responsabilità di controllo a livello regionale e per struttura.
- Indicatori chiave di performance (KPI) per costi, appropriatezza clinica, appropriatezza organizzativa e di *outcome*.
- Strumenti di raccolta dati.

3. Organizzazione e funzionamento della Rete Oncologica Campana

3.1 Organi costitutivi e generalità di funzionamento della Rete Oncologica Campana (R.O.C.)

La Rete Oncologica Campana si sviluppa, in primo luogo, attraverso l'individuazione di tutti i centri deputati alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei tumori maligni.

Gli organi costitutivi della Rete sono i seguenti:

- Centri II livello o **Centri Oncologici di Riferimento Polispecialistici (CORP)** con funzioni diagnostico-stadiative, terapeutiche e di follow-up oncologico (per definizione, identificazione e funzioni si rimanda al par.3.2)
- Hospice e reparti/ambulatori di Terapia del Dolore (par. 3.4)
- Centri di Riferimento Regionali con attività specifica in campo oncologico (CORPUS) (par. 3.4);
- Centri di I livello (per definizione, identificazione e funzioni si rimanda al par.3.4).

Tutti gli enti privati fornitori di Servizi Sanitari devono essere accreditati con il SSN per operare all'interno della Rete. Tutti i fornitori di Servizi Sanitari nell'ambito della Rete, saranno di seguito definiti come tali o alternativamente come "Aziende" o "Centri". Le Aziende Sanitarie coinvolte nel network regionale possono avere rapporti di non esclusività con i singoli CORP, ciò al fine di effettuare la più opportuna convergenza di casistica per patologia nei differenti CORP, secondo le proprie specificità assistenziali.

- La Rete sarà immediatamente avviata per le quattro patologie tumorali per cui esista uno *screening* consolidato, validato in ambito scientifico a livello nazionale ed internazionale, rappresentati dai tumori di mammella, colon, retto e cervice uterina, fra i principali tumori per frequenza e mortalità. Pertanto, per tali patologie, si riportano in Allegato 2 i PDTA regionali così come formulati ed approvati.
- Successivamente la Regione provvederà, tramite apposito gruppo tecnico di lavoro, a formulare ed approvare PDTA regionali sia per altre patologie tumorali ad alta incidenza sia per quelle neoplasie, individuate dai CORP, caratterizzate da dispersione, migrazione sanitaria, di più bassa incidenza o rare che si caratterizzano per alto impatto sociale ed elevata necessità assistenziale.
- Le modalità di proposta e formulazione di nuovi PDTA regionali patologia-specifici sono descritte nel paragrafo 3.6.

3.2 Centri Oncologici di Riferimento Polispecialistici

3.2.1 Definizione, funzioni, composizione ed identificazione dei centri

Il CORP è un aggregato funzionale di Unità Operative Complesse, Unità Semplici, Unità Dipartimentali finalizzate verso obiettivi comuni di Assistenza, all'interno di una delle Aziende che saranno di seguito identificate. Ogni CORP ha un suo Coordinatore, nella veste del Dirigente Medico di II livello con carica di Direttore dell'UOC di Oncologia Medica dell'Azienda presso cui ha sede il CORP.

I CORP hanno funzioni diagnostico-stadiative a maggiore complessità o integrative, terapeutiche e di follow-up oncologico.

In tali centri saranno attuati i GOM che sono i centri interdisciplinari in cui avverrà la Presa in Carico della Persona affetta da tumore e la definizione del percorso assistenziale più adeguato.

Le Aziende sede di CORP dovranno garantire la presenza di:

- Servizio di accettazione/accoglienza con servizio informazione e prenotazione;
- Archivio, eventualmente computerizzato, anche identificabile in archivi già operativi presso le UO aziendali afferenti al CORP;
- Ambulatori multidisciplinari per patologia, organizzati dai coordinatori dei GOM secondo criteri di integrazione delle competenze (chirurgiche, mediche, diagnostiche ecc.);

Gli Oncologi che afferiscono a Centri che non sono CORP potranno partecipare ad altri GOM sul territorio della Regione Campania attraverso convenzioni interaziendali.

I CORP sono individuati sulla base di una pluralità di parametri, di seguito elencati:

- DRG erogati per attività chirurgica relativa a tumori di mammella, colon, retto e cervice >200 casi/anno nel triennio 2013-2015 (vedi tabella A5 dell'Allegato 1);
- Presenza di Unità Complesse di Oncologia Medica, Chirurgia Generale e Specialistiche;
- Presenza di Servizi di Radioterapia (interni/esterni), Servizi di Diagnostica per Immagini ad alta tecnologia e di Anatomia Patologica;
- Vari indicatori di qualità scientifica e formativa, quali: alti volumi di attività di ricerca di base o clinica, capacità di coordinamento e progettazione di *trials* clinici.

Sulla base delle predette considerazioni, sono identificati quali centri di II livello/CORP della ROC:

- Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU);
- Aziende Ospedaliere (AO);
- Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS);

Tali centri sono di seguito identificati:

- AO SG Moscati – Avellino (AV)
- AO Rummo – Benevento (BN)
- AO Sant'Anna e San Sebastiano – Caserta (CE)
- IRCCS – Pascale – Napoli (NA)
- AOU Federico II di Napoli – Napoli (NA)
- AOU Seconda Università degli Studi di Napoli (SUN) – Napoli (NA)
- AO Cardarelli – Napoli (NA)
- AO dei Colli – Monaldi – Napoli (NA)
- AOU OO.RR. San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona – Salerno (SA)

3.2.2 Riorganizzazione delle Oncologie territoriali e dei centri privati accreditati

Allo stato, si identificano i seguenti Presidi Ospedalieri della AASSLL in cui sono attive Unità Operative Semplici o Complesse di Oncologia Medica o attività ambulatoriali di Oncologia Medica:

- PO San Gennaro – Napoli (ASL NA1)
- PO Rizzoli – Ischia (ASL NA2)
- PO San Giovanni di Dio – Frattamaggiore (ASL NA2)
- PO Santa Maria delle Grazie – Pozzuoli (ASL NA2)
- PO S. Giuliano – Giugliano in Campania (NA2)
- PO Santa Maria della Pietà – Nola (ASL NA3)
- PO Santa Maria della Misericordia – Sorrento (ASL NA3)
- PO Ave Gratia Plena - San Felice a Cancellò (ASL CE)
- PO Moscati – Aversa (ASL CE)
- PO San Rocco - Sessa Aurunca (ASL CE)
- PO Andrea Tortora e PO Umberto I – Nocera Inferiore/Pagani (ASL SA)
- PO Ospedale civile di Agropoli – Agropoli (ASL SA) – solo per attività ambulatoriali
- PO San Luca – Vallo della Lucania (ASL SA).

Per quanto riguarda l'ASL NA1 si resta in attesa dell'operatività dell'Ospedale del Mare. Gli specialisti operanti nei PO attualmente forniti di reparti per ricovero ordinario e/o day hospital di Oncologia Medica opereranno nell'ambito della Rete, partecipando ai GOM istituiti nei CORP.

Le Case di Cura od Ospedali Privati accreditati con il SSN dotati di reparti per ricovero ordinario e/o day hospital e/o servizi ambulatoriali di Oncologia Medica dovranno proseguire la loro attività nell'ambito della Rete per attuare follow-up oncologici e/o fungere da punti di primo accesso alla Rete, funzionali all'invio del Cittadino presso un CORP per la Presa in Carico da parte di un GOM patologia-specifico. Dovranno altresì rendersi attuatori di programmi di diagnosi, cura, riabilitazione e follow-up stabiliti all'atto della Presa in Carico da parte di un GOM patologia specifico afferente presso un CORP. Con successivi provvedimenti verranno disciplinate le modalità di erogazione, all'interno dei budget di branca/struttura, delle prestazioni per pazienti oncologici.

3.2.3 Centri di I livello ed altri Centri coinvolti nella Rete

I centri di I livello assistenziale, anche di tipo territoriale, hanno generalmente funzioni di screening e diagnostico-stadiative. Alcune di esse si candidano a partecipare all'attuazione di procedure assistenziali (es. chirurgia oncologica, radioterapia, terapia^{2.2}

del dolore), stabilite dai GOM dei centri di II livello, qualora rispettino i requisiti fondamentali allo svolgimento delle stesse (vedi cap.4). Sono **centri di I livello**:

- Ambulatori delle AASSLL;
- Presidi Ospedalieri (PO) delle AASSLL;
- Centri Diagnostici convenzionati con il Sistema Sanitario Nazionale (SSN);
- Case di Cura ed Ospedali Privati o altre Aziende private convenzionate con il SSN.

Infine, nell'ambito della Rete, al di fuori dei centri di I e II livello, nel rispetto degli specifici ambiti di competenza, rientrano anche:

- Hospice e Reparti/Ambulatori di Terapia del Dolore, per la cui definizione ed organizzazione si rimanda alla Rete di Terapia del Dolore della Regione Campania istituita con Decreto del Commissario ad acta n.22 del 10/03/2015, con riferimento alla Legge 38/2010.
- Centri di Riferimento Regionali con attività specifica in campo oncologico.

3.2.4 Funzioni aggiuntive dei CORP universitari/a carattere scientifico

Alcuni CORP saranno altresì definiti come Centri Oncologici di Riferimento Polispecialistici Universitari o a carattere Scientifico (CORPUS). Si tratta delle AOU ed IRCCS afferenti alla Rete Oncologica Campana e di seguito elencati:

- IRCCS – Pascale
- AOU Federico II di Napoli
- AOU Seconda Università degli Studi di Napoli
- AOU San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona

Ai CORPUS, oltre alle funzioni già attribuite ai CORP, sono attribuite anche alcune funzioni peculiari :

- impegno nella ricerca preclinica e/o clinica in vari settori correlati all'Oncologia;
- vocazione alla Didattica ed ad attività di Alta Formazione;
- servizi e diagnostica di Biotecnologia su materiale patologico e biumorale.

Essi dovranno anche svolgere un ruolo di promozione e sviluppo di metodi, strumenti e programmi da diffondere e rendere disponibili ad altri centri della Rete in ambito regionale e nazionale.

3.2.5 Istituzione dei GOM ed attività di monitoraggio aziendale

I **GOM (gruppi oncologici multidisciplinari)** sono gruppi di lavoro partecipati da tutti gli Specialisti previsti per il corretto svolgimento del percorso assistenziale patologia-specifico, così come proposto ed approvato dal PDTA specifico e secondo le modalità descritte a seguire nel paragrafo 3.4.1.

Per il tumore della mammella, i GOM saranno espressione delle Breast Cancer Unit (BCU), già istituite con Legge Regionale N. 20 del 9 novembre 2005 “Istituzione Unità di Senologia - Breast Unit”, migliorandone il funzionamento e l'erogazione dei servizi alla Persona attraverso la Presa in Carico multidisciplinare.

Ogni Azienda Sanitaria sede di CORP, **entro 60 giorni** dalla pubblicazione del PDTA regionale relativo ad una specifica patologia tumorale, deve approvare con specifico atto deliberativo aziendale l'eventuale istituzione del GOM specifico di patologia. L'Azienda dovrà quindi darne comunicazione alla Direzione Generale Tutela della Salute e pubblicarlo sul proprio sito web.

I CORP individuano presso le proprie UOC di Oncologia Medica la sede operativa dell'atto di Presa in Carico effettuato dai GOM.

Annualmente le Aziende sede di CORP/CORPUS dovranno produrre dei report comprensivi di tutte le attività espletate dai GOM (secondo gli indicatori che saranno elaborati da apposito gruppo tecnico di lavoro) ed inviarli alla Direzione Generale Tutela della Salute, che li sottoporrà al monitoraggio di un apposito gruppo tecnico di lavoro.

3.2.6 L'accesso ai CORP/CORPUS

Il Medico di Medicina Generale (MMG), per fondato sospetto clinico, o su richiesta di altro medico specialista pubblico o privato, con richiesta di *visita multidisciplinare* invia il Cittadino presso un CORP per la Presa in Carico ad opera del GOM.

Possono accedere ai CORP/CORPUS per la valutazione ad opera dei GOM:

- Cittadini positivi ad indagini di screening per tumori di mammella, colon, retto e cervice uterina o altra patologia tumorale;
- Cittadini per cui il MMG o altro medico specialista abbiano sviluppato un fondato sospetto diagnostico di patologia neoplastica;
- Cittadini con diagnosi già accertata di tumore per indagini già prescritte dal MMG o altro medico specialista;

- Cittadino già preso in carico dal GOM;

La Persona dopo la presa in carico dal GOM, sulla base del percorso prescritto, accederà al CORP di riferimento per le prestazioni assistenziali che l'Azienda, centro di II livello, può erogare. Le prestazioni saranno erogate in regime di day hospital, ricovero ordinario o ambulatoriale, a seconda della tipologia di prestazioni che saranno di volta in volta richieste nelle diverse fasi di malattia dagli specialisti del GOM responsabili della Presa in Carico.

3.4 I Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM)

3.4.1 Generalità

I GOM sono costituiti da gruppi di Specialisti necessari ad attuare il PDTA patologia-specifico attraverso la presa in carico globale della Persona affetta da patologia oncologica. Nel GOM dovrà essere individuata la figura del Case Manager, rappresentata da un Infermiere con specifiche competenze formative che accompagna il percorso individuale di cura divenendo riferimento e facilitatore della continuità del percorso stesso, occupandosi del coordinamento organizzativo del percorso assistenziale. Il Case Manager è anche la figura di collegamento per la integrazione con le cure territoriali (Distretto sanitario).

Le figure professionali fondamentali per la costituzione del GOM sono:

- L'Oncologo Medico
- Il Chirurgo
- Il Radioterapista

In base allo specifico PDTA ed al variare della storia naturale della malattia, prenderanno parte per i loro ambiti di competenza anche altri professionisti che partecipano alla piena realizzazione del Percorso Assistenziale, quali ad esempio:

- Ginecologo
- Infermiere, tra cui infermiere specializzato nella preparazione ed erogazione di chemioterapie antineoplastiche
- Anestesista/Rianimatore, anche con esperienza nella gestione di accessi venosi centrali e periferici
- Medico esperto nella gestione della terapia del dolore

- Genetista/Biologo Molecolare/Biotecnologo Genetista con esperienza nel settore oncologico
- Medico di Laboratorio
- Anatomopatologo/Citopatologo
- Farmacista responsabile di servizio U.MA.C.A./U.F.A.
- Radiologo
- Radiologo Interventista
- Medico Nucleare
- Fisiatra
- Nutrizionista
- Psico-oncologo

Tali professionisti possono provenire anche da altre Aziende Sanitarie, IRCCS, Enti e Centri di Ricerca Biotecnologica, Centri di Diagnostica e/o Terapia.

Ogni singolo specialista può partecipare a più GOM.

Il Coordinatore del CORP individua tra gli specialisti di ogni GOM un coordinatore responsabile della *governance* del percorso assistenziale, identificato nella figura di un Oncologo Medico.

I CORP potranno istituire GOM formati anche da professionisti provenienti da altre strutture sanitarie. Ciò al fine di ottimizzare le risorse di personale e di valorizzarne le competenze, nonché allo scopo di rendere capillare lo svolgimento dei Percorsi Assistenziali, migliorandone l'accessibilità su tutto il territorio regionale, e realizzando così l'integrazione tra centri, fondativi del concetto di Rete. In tal modo sarà garantita l'equità d'accesso ai Percorsi Assistenziali definiti ed approvati a livello Regionale.

L'interaziendalità sarà disciplinata tramite apposite convenzioni tra centri della Rete, tenendo conto di eventuali accordi preesistenti anche non formalizzati.

Gli Specialisti del GOM provenienti da altra struttura, che partecipano alla Presa in Carico presso la sede del GOM (CORP), potranno svolgere la loro attività elettiva (ad es. Atti Chirurgici, Radioterapia) presso la loro Azienda di provenienza, così da integrare l'offerta di servizi ed evitare:

- L'eccessiva concentrazione delle prestazioni nei CORP/CORPUS, potenzialmente responsabile di un eccessivo allungamento dei tempi di attesa;
- l'erogazione di percorsi difformi dalle linee guida;

- la dispersione e la migrazione sanitaria, che potrebbero inficiare il raggiungimento degli esiti previsti ed aumentare i costi inappropriati.

Per il tumore della mammella, i GOM saranno espressione delle Breast Cancer Unit (BCU), già istituite con Legge Regionale N. 20 del 9 novembre 2005 “Istituzione Unità di Senologia - Breast Unit”.

3.4.2 Funzioni del GOM

Il GOM effettua l’atto di Presa in Carico della Persona Assistita attraverso la valutazione multidisciplinare che prevede la **presenza obbligatoria contemporanea** di tutti gli specialisti indispensabili alla definizione del corretto percorso diagnostico-terapeutico. In tal modo sarà inquadrato il caso e si provvederà all’apertura della cartella clinica e prescrizione delle procedure diagnostico-terapeutiche necessarie, attuando procedure per la tracciabilità del caso clinico.

Il Case Manager dovrà occuparsi della prenotazione di tutte le procedure diagnostico/terapeutiche di volta in volta prescritte dal GOM che potranno essere attuate nel CORP stesso, qualora gli specialisti del GOM non ne siano diretti attuatori. La prenotazione potrà altresì essere effettuata dai medici specialisti del GOM in mancanza di una figura di Infermiere Case Manager. La prenotazione di prestazione erogate da centri della Rete esterni al CORP, potrà invece essere eseguita dalla Persona Assistita, dal Case Manager o dai medici specialisti del GOM e, laddove riguardi una struttura privata accreditata, ferma restando la libera scelta del cittadino, potrà essere prenotata dal GOM sul CUP aziendale a cui si prevede potranno partecipare anche le Strutture Private accreditate, nei limiti del budget di spesa di cui ai decreti annuali di fissazione dei volumi massimi erogabili.

I GOM devono:

1. Agire adottando protocolli basati sui PDTA approvati a livello regionale ed aderenti alle più aggiornate linee guida di settore. In caso di scostamento dai PDTA approvati se ne dovrà esplicitare il motivo;
2. Riunirsi periodicamente per discutere i casi clinici ed il trattamento;
3. Sviluppare e documentare un’attività di auditing attraverso specifici report annuali;
4. Garantire la gestione dei problemi che possono insorgere nel paziente, eventualmente riprendendolo in carico;

Terminata la fase diagnostico-terapeutica, alla dimissione del paziente deve essere fornita una documentazione adeguata per il paziente, per il MMG e per i servizi di supporto dell'area territoriale, nonché lo schema di follow-up. Il follow-up potrà essere attuato dai medici specialisti del CORP o afferenti a centri di I livello, oppure dal MMG. Il modello di Presa in Carico in precedenza definito renderà evidente quali prestazioni (di Chirurgia, Radioterapia ecc.) sono state erogate in aderenza ai PDTA garantendo l'appropriatezza prescrittiva.

3.4.3 Modalità di partecipazione del Cittadino alla spesa sanitaria

La Persona Assistita è esente dalla partecipazione alla spesa sanitaria per tutte le prestazioni eseguite previste dal piano diagnostico-terapeutico previsto dal GOM responsabile della Presa in Carico, qualora venga accertata una patologia neoplastica maligna, ai sensi del DM 329/99. La prima visita multidisciplinare operata dal GOM è esente. Qualora il programma diagnostico del GOM individui una Persona non affetta da patologia neoplastica questa rimane soggetta alla partecipazione alla spesa sanitaria come da normativa vigente.

3.4.4 La governance dei GOM

Per garantire l'adeguata realizzazione dei PDTA, il Coordinatore del CORP individua tra gli specialisti di ogni GOM un coordinatore responsabile della *governance* del percorso assistenziale, identificato nella figura di un Oncologo Medico.

Le procedure operative delle attività del GOM dovranno essere comprensive di tracciabilità e di criteri valutativi che possano giungere fino all'attivazione delle procedure di Controllo di Qualità e di Certificazione del Lavoro attraverso la produzione di report annuali.

I partecipanti al GOM forniranno alle Aziende coinvolte e di provenienza elementi necessari per la programmazione dei servizi, dei loro volumi, e della temporalità.

Quindi, rimane responsabilità delle Aziende l'attuazione di tutte le condizioni che permettano e favoriscano le attività dei GOM, programmando le azioni di potenziamento degli organici e l'utilizzo delle risorse finalizzate per le reti oncologiche degli Obiettivi di Piano.

3.5 Tempistiche e PDTA generali della ROC

3.5.1 I tempi della Rete

Un aspetto determinante del PDTA è la definizione della tempistica con cui saranno effettuate le procedure previste dal protocollo diagnostico assistenziale.

I singoli centri partecipanti alla rete rendono disponibile un contatto telefonico e/o telematico diretto cui il Cittadino può fare riferimento. L'accesso ad un centro di II livello per la Presa in Carico da parte del GOM specialistico di patologia potrà avvenire pertanto su iniziativa del proprio MMG o di altro medico specialista, come riportato nel paragrafo 3.2.5.

La prima visita verrà erogata presso la struttura **entro 7 giorni lavorativi. Entro ulteriori 15 giorni dalla prima visita** deve essere completata la stadiazione strumentale del tumore. Qualora una diagnosi di certezza cito/istologica non fosse stata eseguita prima della Presa in Carico da parte del GOM, la procedura diagnostica (FNAB, FNAC, Mammotome, biopsia eco-guidata ecc.) dovrà essere attuata **entro 21 giorni** successivi all'atto della Presa in Carico. Il referto cito/istologico dovrà essere reso disponibile **entro 14 giorni dall'intervento**. Se la procedura diagnostica è condotta internamente al centro di II livello, sarà cura dell'infermiere Case Manager designato dal GOM specialistico di patologia prenotare **entro 7 giorni** dalla disponibilità dell'esame citologico/istologico una nuova visita per la definizione del successivo percorso di cura o *follow-up*. In assenza di Case Manager se ne occuperà un medico specialista coinvolto nel GOM patologia-specifico. Nel caso in cui la procedura sia condotta in un centro esterno, sarà cura del paziente o del MMG o di altro specialista di riferimento prenotare una nuova visita, che sarà erogata **entro 7 giorni lavorativi**. Al completamento della fase diagnostica-stadiativa il GOM della struttura definirà e programmerà il prosieguo del percorso clinico; se ritenuto opportuno la struttura farà riferimento alla Rete per una *second opinion*. L'eventuale intervento chirurgico sarà effettuato presso la struttura o presso altro centro abilitato (per i centri chirurgici abilitati vedi cap.4 par.4.1 e 4.2) per la specifica patologia tumorale **entro i 20-30 giorni successivi** al completamento della fase diagnostica-stadiativa e la diagnosi citologica/istologica definitiva del tumore dovrà essere resa disponibile **entro 14 giorni dall'intervento**. Se l'intervento è stato eseguito,

internamente al centro di II livello, sarà cura dell'infermiere Case Manager designato dal GOM specialistico di patologia prenotare al momento della disponibilità dell'esame citologico/istologico una nuova visita, che sarà erogata **entro 7 giorni**, per consentire al GOM la definizione del successivo percorso di cura o *follow-up*. In assenza di Case Manager se ne occuperà un medico specialista coinvolto nel GOM patologia-specifico. Se l'intervento dovesse essere stato praticato in altro centro, sarà cura del Chirurgo prenotare una nuova visita presso il centro di II livello di provenienza, al fine di consentire al GOM la definizione del successivo percorso di cura o follow-up. L'inizio di un'eventuale chemioterapia o altra terapia sistemica prevista dovrà avvenire **entro 30-60 giorni** dall'intervento chirurgico. Il ricorso a procedure radioterapiche post chemioterapia o chirurgia, quando necessarie, dovrà avvenire in tempi compatibili con quanto previsto dalle più aggiornate linee guida di settore, a seconda del setting di patologia. La rete prenderà in carico anche pazienti già sottoposti ad intervento chirurgico presso altre strutture sanitarie non ad essa aderenti; in tal caso il paziente **viene comunque preso in carico ed entro 7 giorni** dal contatto viene programmata la prima visita presso un GOM della Rete.

3.5.2 Screening, diagnosi e stadiazione all'interno della ROC

In caso di positività allo screening o in caso di sospetta patologia tumorale, sulla base di segni/sintomi/indagini strumentali, al cittadino saranno prescritte le opportune indagini diagnostiche di II livello dal proprio MMG o altro medico specialista coinvolto nella fase iniziale di screening o che abbia formulato il sospetto diagnostico. Successivamente, accertata la diagnosi, il cittadino dovrà essere inviato dal MMG o specialista che ne ha seguito la fase diagnostica presso un CORP/CORPUS per la presa in carico da parte del GOM specifico per patologia.

Spetterà al GOM prescrivere le successive e più appropriate indagini strumentali e di laboratorio necessarie alla valutazione dell'estensione della patologia neoplastica (stadiazione) e definire, in funzione di ciò, il percorso di cura dell'assistito. I percorsi di screening, diagnostici e stadiativi saranno descritti nel dettaglio nell'allegato 2 al presente documento, contenente i PDTA per patologia, e nei successivi PDTA che saranno approvati con successivi atti dalla Regione.

Le procedure diagnostiche di II livello (FNAC/FNAB mammario, colonscopia con biopsia, colposcopia con biopsia) saranno eseguite presso i centri di I livello, rappresentati, come mostrato in precedenza, da ambulatori ad hoc dedicati delle ASL e PO delle ASL ³⁰

presso centri diagnostici privati o case di cura/ospedali privati e a conduzione da parte di Enti religiosi in regime di convenzione con il SSN, purché dotati di adeguata strumentazione e personale competente dedicato, ai sensi delle più aggiornate linee guida, disposizioni del Ministero della Salute ed eventuali normative di riferimento, cui si rimanda. I centri di II livello assistenziale (CORP/CORPUS) cooperano alle attività diagnostiche sulla base di atti ed accordi di tipo istituzionale programmati, oppure in caso di risultati dubbi, necessità di ulteriori approfondimenti diagnostici (indagini diagnostiche di terzo livello), o in caso di maggior *expertise* richiesto nella conduzione di una specifica procedura diagnostica. Le procedure potranno essere eseguite in regime ambulatoriale, di Day Hospital/DaySurgery o in regime di Ricovero Ordinario, qualora specifiche esigenze cliniche lo richiedano.

Si raccomanda che l'esame istologico/citologico venga sempre eseguito in strutture accreditate, che seguono linee guida concordate, attuano un costante monitoraggio degli standard di qualità e utilizzano modalità di refertazione standardizzate e conformi alle più recenti linee guida di settore.

Sebbene debba sempre essere rispettata la libera scelta del cittadino nella scelta del curante, essendo l'istituzione della R.O.C. un intervento di Sanità Pubblica, i pazienti saranno indirizzati per il I livello assistenziale prioritariamente presso i centri della Rete territorialmente più ravvicinati. I centri di I livello dovranno successivamente interfacciarsi per il II livello assistenziale con qualunque CORP/CORPUS della Rete, purché in esso sia stato istituito un GOM patologia-specifico che risponda agli specifici bisogni di Salute del cittadino.

3.5.3 Follow-Up e Cure Palliative

Al fine di garantire le opportune cure palliative ai pazienti terminali non più gestibili nell'ambito di un programma di assistenza domiciliare integrata per paziente oncologico (ADO), o per cui il ricovero in un ospedale non risulti più appropriato, è previsto, qualora richiesto dal MMG, dall'Oncologo Medico, dal paziente stesso o dal suo parente più prossimo o tutore legale, il ricovero in regime temporaneo o permanente negli Hospice o in Reparti di Terapia del Dolore tutt'ora presenti sul territorio regionale o di futura realizzazione. I requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici minimi, nonché le modalità di verifica dei risultati delle attività svolte sono regolamentati dalla Legge 39/99, inoltre si farà riferimento al Decreto del Ministero della Salute 43/2007, riportante il Regolamento per la definizione degli standard quali-quantitativi delle³¹

strutture dedicate alle cure palliative e della Rete di assistenza ai pazienti terminali, in attuazione dell'articolo n°1, comma 169 della Legge 311/2004 per la verifica dell'adeguatezza delle strutture pre-esistenti e delle strutture eventualmente di futura realizzazione.

Per la terapia del dolore si farà riferimento alla Rete di Terapia del dolore così come prevista dal Legge 15 marzo 2010 n. 38, Art. 3 e successivo decreto commissariale 22/2015. I nodi della rete sono le strutture declinate, come da accordo sancito dalla Conferenza Stato Regioni 16 dicembre 2010, nelle Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali Legge 15 marzo 2010 n. 38, Art. 3:

- ambulatori dei Medici di Medicina Generale/Pediatri di libera scelta, forme di aggregazione funzionale previste dagli accordi collettivi con la Medicina Generale-AFT-UCCP; ☒
- centri SPOKE/centri ambulatoriali di terapia del dolore; ☒
- centro di Terapia del dolore HUB/centro ospedaliero di terapia del dolore. ☒

I pazienti oncologici afferenti presso la Rete Oncologica Campana potranno essere indirizzati, qualora l'Oncologo Medico lo ritenesse opportuno, per un primo accesso presso i centri della Rete di Terapia del Dolore territorialmente competenti, così come individuati dal DCA 22/2015 e disponibili sul sito della Regione Campania all'indirizzo <http://www.regione.campania.it/it/tematiche/magazine-salute/rete-di-terapia-del-dolore-in-regione-campania>.

Inoltre, i GOM potranno comprendere lo specialista di terapia del dolore all'interno delle proprie attività.

Per quanto attiene al follow-up mirato alla diagnosi precoce di recidive di malattia, esso sarà coordinato dall'Oncologo Medico/team di Oncologi del GOM responsabile della presa in carico ultima del cittadino, che prescriverà tutti gli esami di laboratorio ed indagini strumentali del caso, in accordo alle principali Linee Guida per patologia. Il controllo degli esami potrà essere eseguito dall'Oncologo Medico/team del GOM responsabile della presa in carico del paziente o da un Oncologo Medico afferente presso un centro di I livello territorialmente contiguo al paziente o dal MMG.

3.5.4 Procedure generali di gestione terapeutica

Al termine delle procedure di stadiazione, i principali specialisti del GOM responsabili della definizione dell'atto di presa in carico del percorso di cura valuteranno il migliore approccio terapeutico.

Spetta ai GOM indirizzare i cittadini/pazienti presso i centri della Rete abilitati all'erogazione delle cure del caso.

Si rimanda all'Allegato 2 al presente documento per una puntuale definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali per ognuna delle quattro patologie della Rete, basati sulle più aggiornate linee guida nazionali ed internazionali al momento disponibili. Alcune decisioni diagnostico-terapeutiche specifiche possano modificarsi con l'evoluzione e l'aggiornamento delle linee guida. Tale aggiornamento può essere annuale (AIOM) o ancor più frequente (es. NCCN), pertanto, si rimanda per la piena attuazione dei PDTA di ogni patologia tumorale alle rispettive linee guida nazionali ed eventualmente internazionali, purchè applicabili nel contesto normativo e regolatorio italiano, disponibili sui seguenti siti web nella loro versione più aggiornata:

<http://www.aiom.it/professionals/documenti-scientifici/linee-guida/1,413,1>

<https://www.asco.org/practice-guidelines/quality-guidelines/guidelines>

<http://www.esmo.org/Guidelines>

https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp

La figura 9 esemplifica il percorso che il cittadino/paziente seguirà nell'ambito della Rete dal momento dell'esecuzione dello screening fino alla presa in carico per la cura della propria patologia tumorale. In figura 10 si identificano anche tutte le strutture deputate all'esecuzione delle procedure diagnostiche, stadiative e terapeutiche.

Fig. 9. PDTA generale di Rete

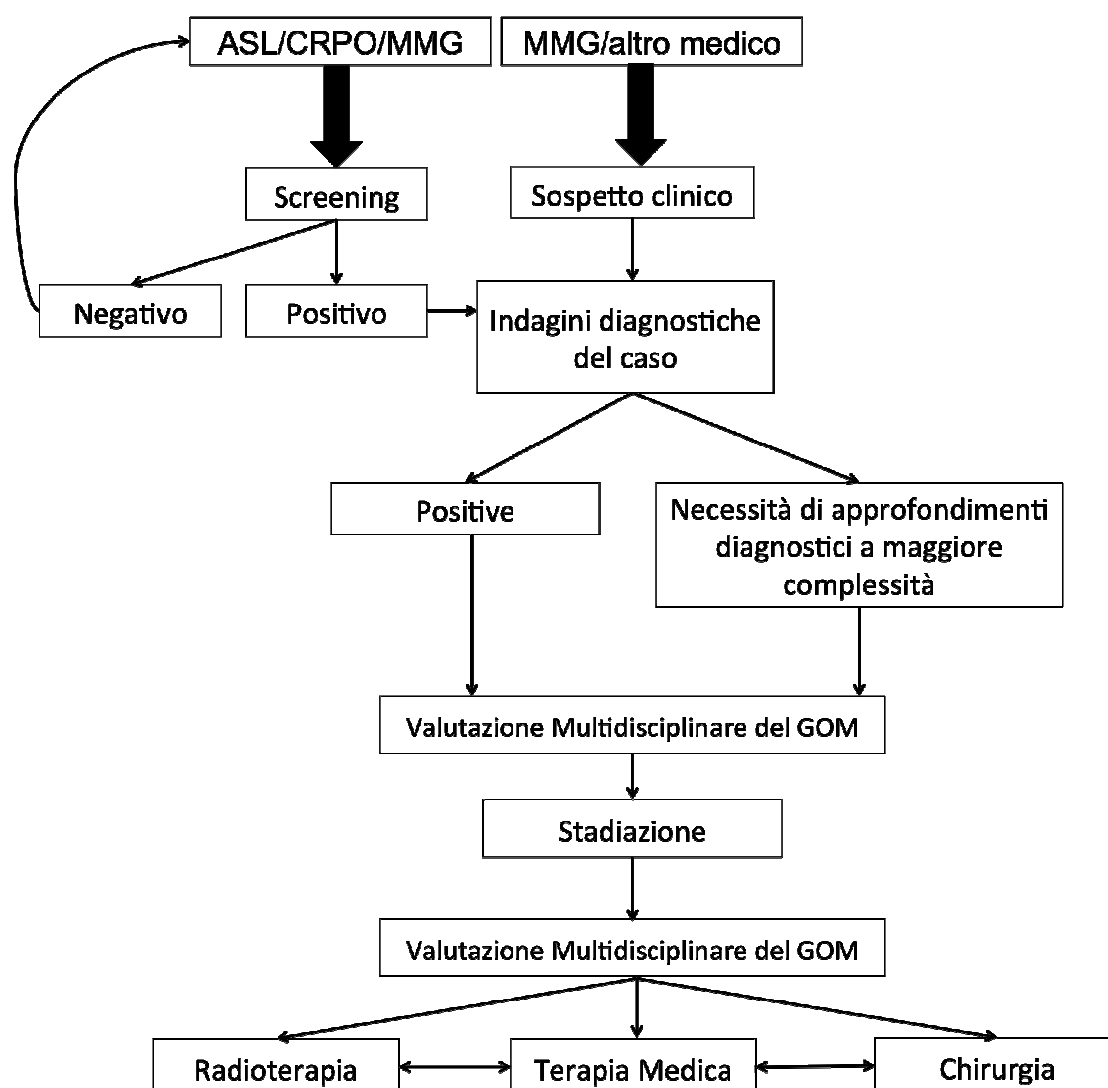
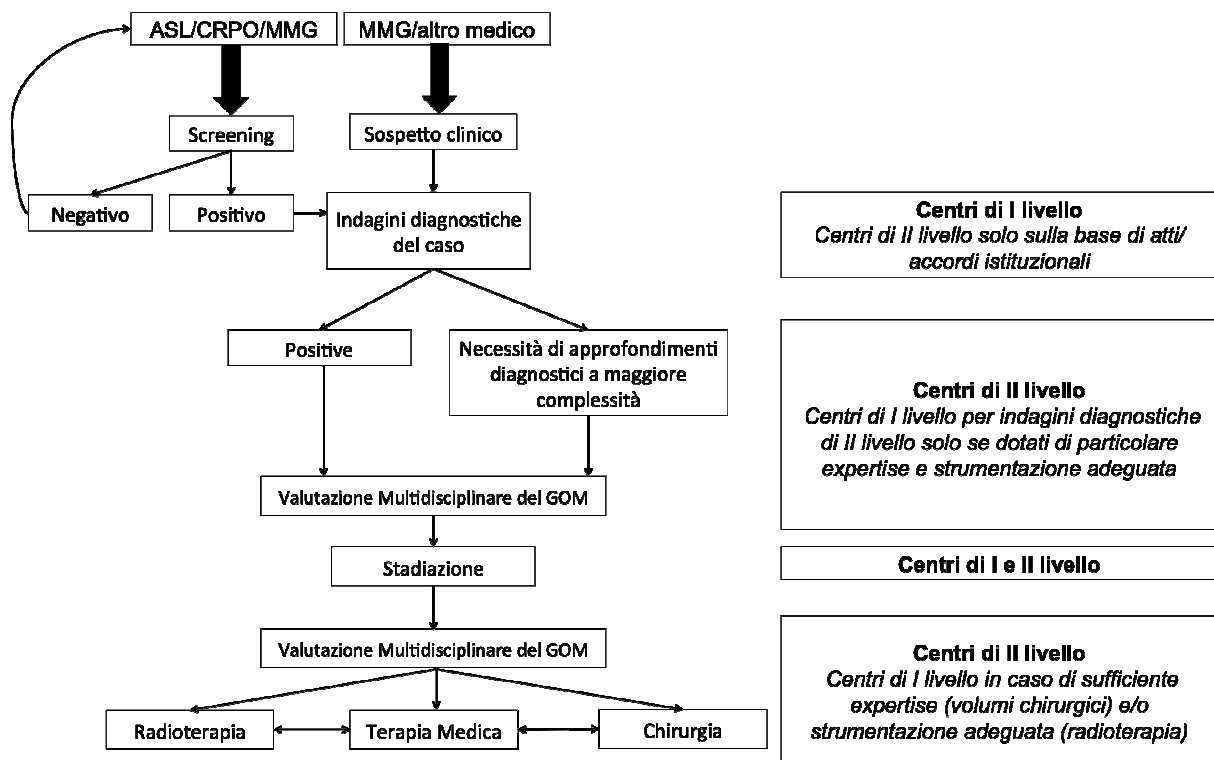


Fig.10. PDTA generale di Rete e strutture deputate a diagnosi, stadiazione e terapia



Legenda: Centri di I livello: ambulatori ASL, PO di base e di I livello, centri diagnostici privati convenzionati ed ospedali/case di cura a gestione privata o di Enti religiosi, convenzionati. Centri di II livello: AOU, AO,

IRCCS. GOM: gruppo oncologico multidisciplinare. MMG: medico di medicina generale; CRPO: centro regionale di prevenzione oncologica

Sarà definito in altra sede un Percorso Assistenziale per counselling oncogenetico, da integrare successivamente nella Rete Oncologica, al fine di garantire una efficace ed efficiente gestione del rischio neoplastico nel cittadino con familiarità/eredità per patologie tumorali. Nella precedente tabella 10 sono riportati i centri oncologici della Rete dotati di servizio di counselling oncogenetico strutturato.

Al momento della presa in carico nel GOM, dovrà essere prospettata alla persona affetta da patologia oncologica l'eventuale percorso per la preservazione della fertilità in dipendenza dall'età e dal tipo di trattamento previsto per la cura della specifica neoplasia. Sarà cura del GOM avviare il Percorso Assistenziale contattando il Centro Provinciale di PMA di riferimento per il paziente, che attiverà poi la presa in carico della coppia. Si rimanda al cap.5 par.5.1 per una trattazione più approfondita della tematica.

3.6 Procedura per la proposta dei Percorsi Diagnostico Terapeutici (PDTA) per Patologie Oncologiche.

Si rimanda all'allegato 2 al presente documento per i PDTA relativi alle quattro patologie tumorali connesse ai percorsi di screening (colon, retto, mammella e cervice uterina). L'attuazione della rete oncologica campana sarà da stimolo per individuare, in riferimento alle varie altre patologie tumorali ed al loro impatto assistenziale, altri PDTA che saranno realizzati nelle strutture individuate nella rete, in base alle specifiche expertise. Le proposte di introduzione di nuovi PDTA possono essere effettuate dai seguenti soggetti:

- CORP
- CORPUS

Le proposte di introduzione di nuovi PDTA devono essere inoltrate al Gruppo Tecnico, costituitosi per l'organizzazione della ROC, e devono contenere: – la specificazione del PDTA oncologico – l'indicazione del razionale – la tipologia di pazienti cui è rivolto – la indicazione del percorso assistenziale, la bibliografia di accompagnamento. Le proposte di nuovi PDTA verranno periodicamente valutate. Detto gruppo tecnico potrà richiedere, nell'esame delle proposte, il contributo di medici specialisti. Le proposte dei PDTA che₅

superano positivamente la valutazione saranno oggetto di apposito decreto/delibera. La procedura dovrà essere conclusa entro tre mesi dalla presentazione della richiesta del PDTA. Le strutture individuate nella ROC, dovranno recepire formalmente il PDTA, e costituire uno specifico GOM, dandone comunicazione alla Direzione Generale della Tutela della Salute.

4. I centri chirurgici e radioterapici della R.O.C.

Dopo aver identificato il modello organizzativo, le tipologie di centri, la distribuzione delle Oncologie Mediche e le figure professionali operanti nella Rete, si procede qui all'identificazione dei centri abilitati all'attuazione delle procedure chirurgiche e radioterapiche.

4.1 Volumi chirurgici e valori soglia nella Rete Campana ed individuazione dei centri chirurgici selezionati.

La legge 135/2012, ("Spending review"), prevede "*standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*". I volumi di attività rappresentano un criterio/ presupposto quantitativo in funzione del quale le strutture ospedaliere pubbliche e private possono o meno essere ammesse/accreditate ad offrire specifici interventi sanitari. A tale disposizione si è giunti attraverso studi osservazionali e revisioni sistematiche della letteratura che, negli anni hanno dimostrato come per diverse patologie, oncologiche e non, volumi annui di attività superiori ad un certo numero di casi all'anno, definiti patologia per patologia, garantissero l'expertise⁷

necessario per assicurare adeguati livelli di assistenza. Anche la recente revisione sistematica dell'AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) del 2013⁶, supporta tali tesi. In relazione all'esito "mortalità intraospedaliera o a 30 giorni", in ambito oncologico, la revisione ha dimostrato **l'esistenza di prove di un'associazione positiva tra volumi di attività ospedaliera ed esito per chirurgia del cancro al colon, al colon-retto, all'esofago, al fegato, alla mammella, al pancreas, al polmone, alla prostata, al rene, allo stomaco ed alla vescica**. Per molte condizioni la revisione sistematica della letteratura ha messo in luce evidenze di associazione tra volumi di attività più alti ed esiti delle cure migliori. Anche una revisione della letteratura di Davoli M. et al.⁷, condotta nell'ambito del Progetto Mattoni SSN e pubblicata dal Ministero della Salute ha dimostrato l'esistenza di una seppur debole associazione tra volumi ed esiti, con risultati per la chirurgia superiori in centri a più alto volume, per il tumore della mammella, del colon, del colon-retto e della vescica. Tuttavia la definizione di soglie precise non trova un riscontro univoco nella letteratura. Anche per le neoplasie ginecologiche, quale il tumore della cervice, esistono dati di letteratura che dimostrano come la prognosi risenta significativamente dei volumi di attività.

Per ciò che concerne le patologie tumorali oggetto di screening e di cui si allegano i PDTA regionali (vedi allegato 2), ovvero tumori di colon-retto, mammella e cervice uterina, dai dati disponibili in letteratura scientifica⁶⁻⁷ e sulla base di quanto disposto dal DM 70/2015 ed in altre Reti Oncologiche (es. Trentino Alto Adige⁸) si considerano come volumi chirurgici minimi per il carcinoma del colon almeno 50 interventi l'anno e 30 per il tumore del retto, almeno 150 per il tumore della mammella (soglia definita anche nel regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera), e, tenendo conto che generalmente per i tumori ginecologici nel loro complesso si identifica un volume soglia di almeno 30 interventi annui, si considera sufficiente un numero minimo di 15 interventi annui per il solo tumore della cervice uterina, terzo tumore ginecologico per frequenza. I volumi minimi chirurgici necessari all'erogazione di prestazioni chirurgiche per altre patologie tumorali ad alta incidenza o

⁶Amato L., Colais P. et al., Volume and health outcomes: evidence from Systematic Reviews and from evaluation of Italian hospital data; *EpidemiolPrev*2013; 37(2-3) suppl 1: 1-100

⁷ Volume di attività ed esito delle cure: revisione sistematica della letteratura

⁸http://www.sabes.it/download/Anlage_A_Zertifizierung_OnkoChirurgie_d_i.pdf

anche a più bassa incidenza o rare saranno opportunamente definiti al momento dell'approvazione degli specifici PDTA regionali.

In considerazione di quanto appena riportato, si è deciso di suddividere in tre fasce tutti i centri pubblici e privati convenzionati che - sulla base dei DRG chirurgici erogati dalla Regione Campania per interventi relativi a tumore di mammella, colon, retto e cervice uterina dal 2013 al 2015 - avessero eseguito almeno un intervento chirurgico per almeno una delle suddette patologie neoplastiche. Si definiscono di seguito le tre fasce:

I Fascia: tutti i centri che presentino una media annua di interventi superiore od uguale al numero minimo di interventi previsto per patologia, nel periodo di riferimento 2013-2015 (almeno 150 interventi/anno per mammella, 30 per colon, 20 per retto, 15 per cervice)

II Fascia: tutti centri che presentino una media annua di interventi inferiore fino ad un massimo del 20% rispetto al numero minimo previsto per la patologia, nel periodo di riferimento 2013-2015 (almeno 120 interventi/anno per mammella, 40 per colon, 24 per retto, 12 per cervice)

III Fascia: tutti i centri che presentino una media annua di interventi inferiore per più del 20% rispetto al numero minimo di interventi previsto per patologia, nel periodo di riferimento 2011-2013 (<120 interventi/anno per mammella, <40 per colon, <24 per retto, <12 per cervice)

Tale modalità operativa sarà adottata successivamente per tutti i tumori per i quali esistano GOM attuativi di PDTA. In particolare, all'approvazione di ogni nuovo PDTA tumore-specifico saranno contestualmente definiti i volumi chirurgici minimi ed i relativi centri chirurgici di I e II fascia, con analoga metodologia adoperata per i tumori di mammella, colon, retto e cervice uterina. I centri di I e II fascia chirurgica per i tumori di mammella, colon, retto e cervice sono identificati nel paragrafo 4.2.

Il GOM responsabile della Presa in Carico del cittadino affetto da tumore, invierà il cittadino esclusivamente presso una struttura di I o II fascia per la relativa patologia.

L'invio dei pazienti a centri chirurgici abilitati avverrà nel rispetto della specificità assistenziale dei centri della Rete.

I Direttori Generali delle ASL devono verificare le casistiche dimesse dalle Case di Cura o Ospedali privati accreditati che presentano volumi di attività al di sotto delle fasce. e devono avviare la riprogrammazione della rete in maniera tale che, a partire dall'adozione del successivo decreto commissariale attuativo, nessun paziente venga più indirizzato a centri di III livello.

4.2 Centri di I e II fascia chirurgica per tumori colon-retto, cervice e mammella

Sulla base dei valori soglia stabiliti nel paragrafo 4.1, si individuano i seguenti centri chirurgici di I fascia per tumore della mammella:

- IRCCS Fondazione Pascale – Napoli (NA)
- AO Moscati – Avellino (AV)
- AOU Federico II – Napoli (NA)
- Ospedale Evangelico Villa Betania – Napoli (NA)
- Casa di Cura Mediterranea – Napoli (NA)
- AO Cardarelli – Napoli (NA)
- AOU Seconda Università degli Studi di Napoli (SUN) – Napoli (NA)
- AOU Ruggi D'Aragona - Santa Maria Incoronata dell'Olmo – Cava de Tirreni (SA)

Si individuano i seguenti centri chirurgici di I fascia per tumore del colon:

- IRCCS - Fondazione Pascale – Napoli (NA)
- AO Cardarelli – Napoli (NA)
- AO Ospedale dei Colli - V.Monaldi – Napoli (NA)
- AOU Federico II – Napoli (NA)
- AOU Seconda Università degli Studi di Napoli (SUN) – Napoli (NA)
- AO Sant'Anna e San Sebastiano – Caserta (CE)

Si individuano i seguenti centri chirurgici di I fascia per tumore del retto:

- IRCCS - Fondazione Pascale – Napoli (NA)
- AOU Federico II – Napoli (NA)
- AO Ospedale dei Colli - V.Monaldi – Napoli (NA)
- AOU Seconda Università degli Studi di Napoli (SUN) – Napoli (NA)

Si individuano i seguenti centri chirurgici di I fascia per tumore della cervice uterina:

- Casa di Cura Malzoni Villa dei Platani – Avellino (AV)
- IRCCS - Fondazione Pascale – Napoli (NA)
- AO Moscati – Avellino (AV)
- AOU Federico II – Napoli (NA)
- AOU San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona – Salerno (SA)
- Ospedale Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli – Benevento (BN)
- Ospedale Buonconsiglio Fatebenefratelli – Napoli (NA)
- AO Cardarelli – Napoli (NA)
- AO Sant'Anna e San Sebastiano – Caserta (CE)
- Ospedale Evangelico Villa Betania – Napoli (NA)
- AO Rummo – Benevento (BN)

Sulla base dei valori soglia stabiliti in precedenza, i seguenti centri chirurgici di II fascia per tumore della mammella:

- AO Sant'Anna e San Sebastiano – Caserta (CE)
- AOU San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona – Salerno (SA)
- AO Rummo – Benevento (BN)

Si individuano i seguenti centri chirurgici di II fascia per tumore del colon:

- OC Fondazione Evangelica Villa Betania – Napoli (NA)
- AOU San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona – Salerno (SA)
- PO S.G. Moscati – Aversa (CE)

Si individuano i seguenti centri chirurgici di II fascia per tumore del retto:

- AO Rummo – Benevento (BN)

Si individuano i seguenti centri chirurgici di II fascia per tumore della cervice uterina:

- Casa di Cura Villa Stabia – Castellammare di Stabia (NA)
- Casa di Cura Santa Rita – Atripalda (AV)
- Casa di Cura Villa Bianca – Napoli (NA)

Nell'allegato 1 si riportano in tabella A1, 2, 3 e 4 il totale di DRG chirurgici erogati dalla Regione Campania per interventi chirurgici per neoplasie di mammella, colon, retto e cervice dal 2013 al 2015 e la media annua per ogni centro in tale periodo di riferimento, sulla base dei quali sono stati stilati gli elenchi dei centri di I e II fascia per ognuna delle quattro neoplasie.

Nei prossimi anni si dovrà tenere conto dell'attivazione dell'Ospedale del Mare, in cui a regime dovrebbero confluire le attività di PO Ascalesi, Incurabili, Loreto Mare e San Gennaro.

4.3 Monitoraggio dei centri chirurgici ed indicatori di performance

Essendo la gran parte dei centri al di sotto dei volumi minimi per ognuna delle quattro patologie, la suddivisione in fasce dei centri chirurgici, così come prospettata in questa sede, sarà monitorata dalla Direzione Generale Tutela della Salute, coadiuvata da un'apposito gruppo tecnico di lavoro, con cadenza annuale, al fine di valutare l'adeguatezza dei centri selezionati a sostenere il carico di lavoro previsto e la qualità dell'assistenza offerta.

Le Direzioni Generali delle Aziende, **ogni tre anni**, provvederanno a documentare i volumi di attività raggiunti alla Direzione Generale Tutela della Salute al fine di riprogrammare le risorse anche in termini di posti letto, tecnologie e personale.

Le Direzioni Strategiche delle Aziende che partecipano alla Rete avranno il compito di monitorare le attività di attuazione dei PDTA oncologici attraverso un set di indicatori che sarà elaborato appositamente dal gruppo tecnico di lavoro, e ad esso forniranno un report annuale. Nell'ambito di tali indicatori dovranno essere contenuti almeno quelli previsti dal Piano Nazionale Esiti (PNE) e che di seguito si elencano per i tumori di mammella, colon, retto ed utero (assimilabili per tumore di cervice uterina ed endometrio):

Indicatori di performance per tumore della mammella

- Volume di ricoveri
- Nuovi interventi di resezione a 90 giorni dall'intervento conservativo
- Nuovi interventi di resezione a 120 giorni dall'intervento conservativo
- Interventi conservativi
- Interventi in reparti con volume superiore a 135 casi

- Ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella

Indicatori di performance per tumore del colon

- Volume di ricoveri
- Interventi in laparoscopia
- Mortalità a 30 giorni dall'intervento
- Degenza postoperatoria

Indicatori di performance per tumore del retto

- Volume di interventi
- Interventi in laparoscopia
- Mortalità a 30 giorni dall'intervento

Indicatori di performance per tumore dell'utero

- Volume di ricoveri

Per altri tumori che saranno oggetto di PDTA regionali varranno le stesse indicazioni qualora siano previsti indicatori di performance chirurgici dal PNE, eventualmente disponibili sul sito web: <http://95.110.213.190/PNEed15/>

4.4 Centri Radioterapici

Qualora vi sia l'indicazione al ricorso a trattamenti radioterapici, il GOM indirizzerà la Persona Assistita presso i centri di I livello e presso i CORP/CORPUS della Rete dotati di adeguata strumentazione e personale qualificato o, in assenza di disponibilità nei tempi previsti dal PDTA, presso le strutture private accreditate. Ciò anche al fine di rendere evidente in sede di controllo di appropriatezza, quali prestazioni di Radioterapia sono state effettuate secondo l'aderenza ai PDTA nell'ambito della Presa in Carico nel GOM attuatore di PDTA, e quelle che si discostano dai PDTA per **decisione multidisciplinare sincrona** operata durante la Presa in Carico ed effettuata dal GOM ed il cui costo è pertanto parimenti riconoscibile. Nel GOM, durante l'atto di presa in carica, deve essere

presente lo Specialista in Radioterapia, anche in convenzione da altre aziende. Gli stessi effettueranno i trattamenti di provenienza presso l'Azienda di provenienza.

I centri radioterapici devono rispettare i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'attività di radioterapia, così come definiti dal DPR 14/01/1997, n.37 e dal regolamento regionale n.1/2007. La normativa inoltre prevede espressamente programmi di Garanzia di Qualità (GU n.42, 20/02/1997). Il D.Lgs 26/05/2000, n.187 (GU n.157, 07/07/2000) affida allo specialista in radioterapia la responsabilità delle procedure di Garanzia di Qualità. I centri radioterapici della Rete dovranno inoltre attenersi, relativamente agli standard minimi di qualità, anche alle raccomandazioni presenti nei documenti "Garanzia di qualità in radioterapia. Linee guida in relazione agli aspetti clinici e tecnologici." del Gruppo di studio Istituto Superiore di Sanità "Assicurazione di Qualità in Radioterapia" 2002, v, 37 p. Rapporti ISTISAN 02/20 e "Garanzia di Qualità in Radioterapia, Indicazioni per l'assicurazione di qualità nella radioterapia conformazionale in Italia." a cura del Gruppo di Studio Istituto Superiore di Sanità "Assicurazione di Qualità in Radioterapia" 2004, vi, 54 p. Rapporti ISTISAN 04/34. Non si pone un limite specifico per centro riguardo le categorie di tecniche radioterapiche che esso può essere in grado di fornire, tuttavia ogni centro deve essere preferibilmente dotato di almeno due unità di terapia oppure di convenzione con altro Centro per ovviare ai problemi in caso di guasti e manutenzioni.

Infine, giacché le categorie di prestazioni individuate dal rapporto ISTISAN 02/20 andrebbero riconsiderate dal punto di vista delle nuove possibilità tecniche radioterapiche e della loro distribuzione nei centri italiani ed, allo stesso modo, non è più facilmente quantificabile il mero numero globale di malati che possono essere trattati da una singola unità di terapia poiché il carico di lavoro della macchina è dipendente dalla finalità terapeutica, dal numero di frazioni e dal tipo di tecnica di pianificazione e di erogazione della dose impiegata, è necessario che i Direttori delle UOC di riferimento garantiscano la massima aderenza alle più recenti linee guida dell'Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica (AIRO) sulla Garanzia di qualità in Radioterapia del gennaio 2015, che tengono conto delle più recenti evoluzioni nel campo della Radioterapia Oncologica. La Regione Campania e la Struttura Commissariale si riserva di aggiornare alle più recenti Linee Guida AIRO gli standard di qualità dei centri che dovranno, allo stato, attenersi alla normativa nazionale e regionale vigente .

4.5 Monitoraggio dei fabbisogni di Radioterapia

Dall'entrata in vigore della Rete Oncologica, la Direzione Generale Tutela della Salute porrà sotto attento monitoraggio il carico di lavoro dei singoli centri, la durata delle liste d'attesa e la possibilità di garantire trattamenti radioterapici di qualità nei tempi tecnici previsti dalle linee guida di settore, così da valutare l'opportunità di aggiornare il DCA n. 128/2014 ed il DCA n. n. 50/2015 del 27 maggio 2015 che fissa il fabbisogno per le attività di radioterapia.

Con successivo provvedimento verranno disciplinate le modalità di riconoscimento del costo delle prestazioni radioterapiche erogate per i tumori per cui esistono GOM attuatori di PDTA che garantiscano l'aderenza alle linee guida e dunque ai PDTA e che consentano, in ogni caso, diversa decisione multidisciplinare del GOM.

.

5. Oncofertilità, Psico-oncologia ed Emergenze Oncologiche nella ROC

5.1 Centri di Oncofertilità

Ogni giorno in Italia vengono diagnosticati almeno 30 nuovi casi di tumore in pazienti di età inferiore ai 40 anni, pari al 3% della casistica generale (364.000 nuovi casi nel 2012 - stima AIRTUM) . Riferendosi per maggior precisione ai soli casi registrati, su un totale di 254.979 nuovi iscritti nei Registri Tumori nel 2010, i pazienti al di sotto dei 40 anni sono 7.828, con netta prevalenza per il sesso femminile (4.897 donne vs. 2.931 uomini) . I più comuni tipi di cancro in questo sottogruppo di pazienti sono rappresentati nell'uomo da tumore del testicolo, melanoma, tumore colon-rettale, linfoma non Hodgkin e tumori della tiroide, mentre nella donna da carcinoma mammario, tumori della tiroide, melanoma, carcinoma della cervice uterina, e carcinoma del colon-retto . Grazie ai progressi raggiunti nell'ambito delle terapie oncologiche, infatti, la prognosi della maggior parte dei tumori che affligge la popolazione giovanile è oggi in netto

45

miglioramento, con tassi di sopravvivenza molto elevati . Per poter perseguire questo risultato positivo, però, si rende spesso necessaria l'applicazione di strategie terapeutiche molto aggressive, che possono compromettere, talora in maniera permanente, la funzione riproduttiva . In considerazione dell'elevata percentuale di guarigione nei pazienti oncologici di età pediatrica e giovanile e della conseguente costante crescita della popolazione dei cosiddetti "cancer survivors", della possibilità di comparsa di infertilità secondaria ai trattamenti antiproliferativi e del disagio psico-sociale ad essa legato, il tema della preservazione della fertilità ha assunto un crescente interesse. La possibilità di preservare la propria fertilità dovrebbe essere offerta a tutti i pazienti in età riproduttiva a cui venga diagnosticata una neoplasia curabile, ma con terapie potenzialmente gonadotossiche. Linee-guida dell'American Society of Clinical Oncology (ASCO) e dell'American Society for Reproductive Medicine (ASRM) suggeriscono che tale aspetto andrebbe affrontato il prima possibile, subito dopo la diagnosi e la successiva stadiazione della malattia oncologica, così da avere a disposizione il tempo necessario per stabilire le migliori strategie di preservazione della fertilità, che variano a seconda della prognosi oncologica e riproduttiva. Il tasso di infertilità iatrogena è variabile e dipende da più fattori: classe, dose e posologia del farmaco impiegato, estensione e sede del campo di irradiazione, dose erogata e suo frazionamento, età e sesso del/la paziente, anamnesi di pregressi trattamenti per infertilità. La chemioterapia possiede un diverso rischio d'infertilità in rapporto a classe, dose e posologia ("intensità di dose") del farmaco impiegato, nonché alla modalità di somministrazione (per via endovenosa od orale) ed all'eventuale uso combinato. Di qui la necessità di considerare la preservazione della fertilità con componente integrante per un completo trattamento terapeutico del cancro. Esistono attualmente patologie croniche recidivanti quali le malattie reumatiche compreso quelle immunologiche, (quale ad es. Sclerosi multipla, Lupus Eritematoso Sistemico, Artrite Reumatoide, Artrite Psoriasica) che possono necessitare di trattamenti immunosoppressori; pertanto in tali patologie, qualora si dovesse prevedere un trattamento con i farmaci quali ad es methotrexate o altri sopraindicati valgono le stesse considerazioni espresse per le patologie maligne in quanto i farmaci in sé potenzialmente gonadotossici.

Le aree prioritarie d'intervento possono essere individuate come segue:

- Creazione di una rete multidisciplinare di specialisti per diffondere la conoscenza di questi temi ed agevolare percorsi appropriati alle pazienti, anche attraverso

interventi di formazione specifica di ginecologi e oncologi e dei soggetti che professionalmente sono coinvolti nella diagnostica e nel trattamento di tali patologie. ☒

- Definizione di percorsi appropriati di preservazione della fertilità che includano la raccolta e crioconservazione di cellule germinali e tessuto ovarico. ☒
- Individuazione di opportuni centri di riferimento per provincia per la raccolta e crioconservazione e stoccaggio di cellule germinali e tessuto ovarico che costituiscano la rete di riferimento per dette pazienti ☒

Si individuano pertanto un Centro per Provincia:

Provincia di Napoli: A.O.U. Federico II

Provincia di Caserta: ASL CE P.O. di Marcianise

Provincia di Salerno: A.O Ruggi D'Aragona

Provincia di Avellino: A.O Moscati

Provincia di Benevento: A.O. Rummo

Al momento della presa in carico nel GOM, dovrà essere prospettato alla persona affetta da patologia oncologica l'eventuale percorso per la preservazione della fertilità in dipendenza dall'età e dal tipo di trattamento previsto per la cura della specifica neoplasia. Sarà cura del GOM avviare il Percorso Assistenziale contattando il Centro Provinciale di PMA di riferimento per il paziente, che attiverà poi la presa incarico della coppia.

5.2 Livelli di assistenza psicologica

La rete oncologica regionale campana garantisce a tutti i pazienti, ai *caregivers* ed agli operatori dei settori a maggiore rischio un adeguato livello di assistenza psicologica ospedaliera e territoriale tramite specifiche strutture assistenziali. Attraverso tali strutture si realizzeranno in modo uniforme sul territorio regionale adeguati livelli di assistenza, di programmazione sanitaria, di ricerca ed interventi di prevenzione.

La scelta nasce dalla consapevolezza che il 25-30% dei pazienti neoplastici presenta un quadro di sofferenza psicologica, caratterizzata da ansia e depressione nonché da difficoltà di adattamento, con influenze negative su qualità di vita, aderenza ai

trattamenti medici e percezione degli effetti collaterali, relazione medico-paziente, tempi di degenza, recupero e riabilitazione.

5.2.1 Principali campi di intervento

- Presa in carico attraverso partecipazione obbligatoria di psicologi nei GOM
- Assistenza e trattamento, ospedaliero ed ambulatoriale, psico-oncologico, psicologico e psicoterapeutico individuale e/o di gruppo;
- Campagne informative negli interventi di medicina preventiva;
- consulenza genetica;
- comunicazione;
- riabilitazione e reinserimento;
- dolore; cure palliative; accompagnamento pazienti terminali;
- Assistenza psicologica ai *caregivers*, familiari, operatori

5.2.2 Organizzazione degli interventi in psico-oncologia

A. Tecniche di esplorazione e di valutazione diagnostica (colloquio clinico; strumenti psicodiagnostici); **B.** Interventi terapeutici (*counseling*, psicoterapia; tecniche a mediazione corporea; *mindfulness* e altre terapie complementari; psicofarmacoterapie)

5.2.3 Fasi di valutazione e trattamento psico-oncologico

1. Presa in carico integrata nei GOM; 2. Supporto psicologico alla comunicazione della diagnosi; 3. Screening del distress; 4. Programmazione individualizzata di interventi psicologici per il paziente ed i *caregivers*; 5. Supporto psicologico al distress da trattamenti oncologici; 6. Supporto psicologico al distress da recidive; 7. Supporto psicologico al paziente terminale; 8. Supporto psicologico per i processi di lutto.

5.2.4 Strutture eroganti

Gli interventi previsti sono erogati da specifiche strutture di psicologia e/o di psico-oncologia.

Nelle Strutture di II livello l'assistenza viene erogata attraverso una specifica U.O di psico-oncologia. Nelle Strutture di I livello l'assistenza viene erogata da U.O. di psicologia clinica ospedaliera.

Le U.O di psico-oncologia sono dirette da psicologi clinici o psicoterapeuti con specifica formazione in psico-oncologia. Nella composizione delle U.O., si dovranno valorizzare ed utilizzare le esperienze professionali maturate in campo psico-oncologico e/o ospedaliero.

5.3 La gestione delle emergenze nei pazienti oncologici

Le emergenze assistenziali che possono interessare pazienti in trattamento oncologico possono essere indipendenti dalla patologia oncologica o, invece, correlate direttamente ad essa. Le emergenze indipendenti dalla patologia oncologica richiedono trattamenti erogabili da strutture incluse nella rete regionale dell'emergenza urgenza. I Pazienti in trattamento oncologico dovranno essere muniti di documenti clinici da cui risultino: la patologia oncologica di cui è affetto il paziente e il percorso di diagnosi e cura effettuato dal paziente. Queste informazioni anamnestiche potranno risultare utili al personale medico infermieristico che interviene in urgenza. Sarebbe, ovviamente, auspicabile che i pazienti oncologici possano essere inclusi in specifici database che, almeno per la patologia oncologica, funga da fascicolo sanitario elettronico.

Vi sono situazioni di emergenza urgenza che, invece, risultano correlate alla patologia neoplastica; in base alla complessità e tipologia dell'episodio una parte di casi può essere gestita, in sicurezza, dalle strutture di oncologia medica o chirurgia oncologica che hanno in carico i pazienti nell'ambito di percorsi assistenziali che prevedano la continuità assistenziale. Queste situazioni risultano gestibili, in maggiore sicurezza, nel caso che la struttura, che ha in carico il paziente oncologico, sia dotata di servizi di emergenza urgenza h 24 con presenza di guardia attiva sia nei servizi clinici che in quelli di diagnostica strumentale o in Istituti anche privi di DEA o PS ma comunque con presenza di discipline generaliste in guardia attiva.

Più problematica è la gestione di eventi di emergenza correlati alla patologia oncologica in strutture di elezione esclusivamente oncologiche.

Al fine di garantire per quanto possibili la continuità assistenziale da parte della struttura oncologica che ha in carico il paziente, le strutture della rete **devono dotarsi no di procedure operative eventualmente interaziendali che gestiscano la continuità assistenziale anche in situazioni di urgenza.** A tal fine potrebbe risultare efficace individuare, alla dimissione da ricoveri oncologici, i pazienti a rischio, in postu

dimissione, di eventi acuti correlati alla patologia oncologica o ai trattamenti praticati che potrebbero necessitare di assistenza immediata distinguendo tra eventi gestibili dalla struttura e eventi che necessitano di presenza di Dipartimento di emergenza.

Per i pazienti che presentano il rischio di complicanze o effetti avversi individuati tra quelli gestibili in ambito oncologico, si potrebbe prevedere una forma di dimissione protetta che contempi le modalità operative di rientro dei pazienti nella struttura che lo ha in carico per assisterlo anche in emergenza, se gestibile con i livelli di competenze e organizzazione della struttura. Al fine di poter indirizzare i pazienti verso la struttura più appropriata, dovrà essere attivato un servizio di consultazione telefonica di triage per programmare le fasi e i tempi di intervento che il caso richiede, compreso il rientro nella struttura che ha in carico il paziente.

Per le situazioni che richiedono, invece, l'accesso del paziente ad una struttura ospedaliera dotata di dipartimento di emergenza andrà assicurato, comunque, da parte della struttura che ha in carico il paziente, un servizio di consultazione telefonica che possa consentire il colloquio tra i medici di emergenza che stanno intervenendo e la struttura oncologica che ha in carico il paziente, per fornire tutte le informazioni che potrebbero risultare utili per il trattamento di urgenza.

ALLEGATO 1 - Distribuzione DRG chirurgici per patologia per singolo centro

Tab. A1 - Distribuzione DRG chirurgici per tumore della mammella 2013-2015

ASL / PROV	AZIENDA	TOT. 2013 - 2015	MEDIA/ANNO	FASCIA (% RISPETTO AI CENTRI - % ATTIVITA' SUL TOTALE)
NA	Istituto Nazionale Tumori - Fond. Pascale - Napoli	1511	504	PRIMA (8% - 56%)
AV	A.O. S.G.Moscato - Avellino	963	321	
NA	Univ. Studi Napoli - Federico II - Napoli	723	241	
NA	Fondaz. Evangelica Betania	702	234	
SA	<i>S.Maria Incoronata dell'Olmo - Cava de Tirreni</i>	636	212	
NA	A.O. A. Cardarelli - Napoli	570	190	
NA	Università di Napoli - Ex I Policlinico - Napoli	533	178	

50

NA	C. di C. Mediterranea - Napoli	497	166	
CE	A.O. Osp. Civile S.Sebastiano - Caserta	434	145	SECONDA (3% - 11%)
SA	<i>Ruggi - Salerno</i>	432	144	
BN	A.O. G. Rummo - Benevento	369	123	
NA	Osp. S.Maria Delle Grazie - Pozzuoli	233	78	
NA	<i>Monaldi - Napoli</i>	168	56	
NA	Osp. Civile S. Giovanni di Dio - Frattamaggiore	159	53	
BN	Osp. Sacro Cuore di Gesu' - FBF - Benevento	113	38	
NA	Osp. Gen. di Zona - Giugliano	107	36	
NA	C. di C. Madonna di Lourdes - Massa Di Somma	98	33	
NA	C. di C. Villa Bianca	92	31	
NA	PO Pellegrini - Napoli	89	30	
CE	C. di C. Padre Pio	86	29	
NA	PO San Paolo - Napoli	86	29	
NA	C. di C. Villa Stabia - Castellammare di Stabia	86	29	
SA	Ospedale Civile Andrea Tortora - Pagani	87	29	
NA	C. di C. Meluccio - Pomigliano D'Arco	84	28	
NA	PO Ascalesi - Napoli	71	24	
NA	C. di C. Villa Cinzia	70	23	
CE	Osp. S.Giuseppe e Melorio - S. Maria Capua Vetera	60	20	
NA	Istituto di cura Maria S.S. Della Pietà - Casoria	61	20	
BN	C. di C. GE.P.O.S - Telesse	54	18	
CE	C. di C. Pineta Grande - Castel Volturno	51	17	
SA	Osp. S.LUCA - Vallo Della Lucania	52	17	
AV	C. di C. Malzoni Villa dei Platani - Avellino	48	16	
NA	C. di C. Ospedale Internazionale	47	16	
NA	Clinica Villa Vesuvio - Napoli	47	16	TERZA (89% - 33%)
NA	C. di C. M.Rosaria - Pompei	48	16	
SA	C. di C. Luigi Cobellis - Vallo Della Lucania	48	16	
NA	PO Incurabili - Napoli	44	15	
CE	Casa di Cura Villa Fiorita - Aversa	42	14	
CE	C. di C. S.Michele - Maddaloni	41	14	
NA	C. di C. Villa delle Querce	40	13	
SA	C. di C. Tortorella - Salerno	40	13	
NA	Osp. Fatebenefratelli - Napoli	36	12	
NA	C. di C. S.Lucia - S. Giuseppe Vesuviano	37	12	
SA	C. di C. Malzoni di Agropoli	36	12	
CE	C. di C. Villa Fiorita - CAPUA	33	11	
NA	PO San Giovanni Bosco - Napoli	33	11	
NA	Osp. Anna Rizzoli - Lacco Ameno	33	11	
NA	C. di C. Trusso - Ottaviano	33	11	
NA	C. di C. A.Grimaldi	34	11	
CE	Villa del Sole - Caserta	30	10	
CE	C. di C. Villa dei Pini - Piedimonte Matese	29	10	
CE	Osp. Generale di zona Marcianise	30	10	
NA	Clinica Sanatrix - Napoli	30	10	
NA	C. di C. Villa Dei Fiori - Acerra	29	10	
SA	P.O. S. Francesco D'Assisi - Oliveto Citra	30	10	
AV	C. di C. Villa Maria - Mirabella Eclano	27	9	
NA	PO Agostino Maresca - Torre del Greco	26	9	
AV	C. di C. Villa Maria - Baiano	24	8	
NA	C. di C. S.Patrizia - Napoli	24	8	
SA	C. di C. Salus - Battipaglia	212	7	

BN	C. di C. S.Francesco - Telese	17	6
CE	Pres. Osp. S. Rocco - Sessa Aurunca	18	6
CE	C. di C. S. Maria della Salute - S.Maria Capua Vetere	17	6
CE	Osp. Civile Maddaloni	18	6
NA	PO San Leonardo - Castellammare di Stabia	19	6
NA	PO De Luca e Rossano - Vico Equense	19	6
NA	PO Santa Maria della Pietà - Nola	17	6
SA	P.O. UMBERTO I - NOCERA INFERIORE	17	6
AV	Ospedale Landolfi - Solofra	14	5
AV	C. di C. S.Rita s.p.a. - Atripalda	16	5
BN	Nuova Clinica Santa Rita - Benevento	15	5
NA	PO San Gennaro - Napoli	14	5
NA	C. di C. Villa Maione - Villaricca	15	5
NA	Villa dei Fiori - Mugnano	16	5
NA	PO Ospedale Nuovo - Gragnano	16	5
AV	C. di C. Villa Esther - Avellino	12	4
CE	Pres. Osp. di Aversa	12	4
CE	C. di C. S.Anna - Caserta	11	4
NA	<i>CTO - Napoli</i>	12	4
NA	C. di C. La Madonnina - S.Gennaro Vesuviano	12	4
NA	C. di C. S. MARIA LA BRUNA TORRE DEL GRECO	13	4
NA	PO Ospedale Civile di Boscotrecase	12	4
SA	P.O. POLLA	11	4
SA	Osp. Dell'immacolata - Sapri	13	4
SA	P.O. Roccadaspide	11	4
BN	Osp. S.Alfonso Maria de' Liguori - S.Agata Dei Goti	10	3
SA	Presidio Osp. S.Maria della Speranza - Battipaglia	9	3
NA	PO Santa Maria della Misericordia - Sorrento	7	2
SA	<i>G.Fucito - Mercato S.Severino</i>	5	2
SA	Osp. Maria SS. Addolorata - Eboli	6	2
CE	Osp. Civile Ave Gratia Plena - Piedimonte M.	3	1
SA	C. di C. Villa del Sole - Salerno	4	1
AV	P.O. Ariano Irpino	2	<1
CE	C. di C. S. Paolo - Aversa	2	<1
NA	<i>Cotugno - Napoli</i>	1	<1
NA	PO Loreto Mare - Napoli	1	<1
NA	P.S.I. Napoli Est - Barra - Napoli	2	<1
NA	Osp. Civile Albano Francescano - Procida	1	<1
SA	Osp. Villa Malta - Sarno	1	<1

Fonte dati: Regione Campania

Tab.- A2 - Distribuzione DRG chirurgici per tumore del colon 2013-2015

ASL / PROV	AZIENDA	TOT. 2013 - 2015	MEDIA/ANNO	FASCIA (% RISPETTO AI CENTRI - % ATTIVITA' SUL TOTALE)
NA	Istituto Nazionale Tumori - Fond. Pascale - Napoli	651	217	PRIMA (7% - 44%)

52

NA	A.O. A. Cardarelli - Napoli	511	170	
NA	Univ. Studi Napoli - Federico II - Napoli	343	114	
NA	<i>Monaldi - Napoli</i>	335	112	
NA	Università di Napoli - Ex I Policlinico - Napoli	268	89	
CE	A.O. Osp. Civile S. Sebastiano - Caserta	216	72	
BN	A.O. G. Rummo - Benevento	195	65	
NA	Fondaz. Evangelica Betania	145	48	SECONDA (3% - 7%)
SA	<i>Ruggi - Salerno</i>	142	47	
CE	Pres. Osp. di Aversa	139	46	
AV	A.O. S.G.Moscato - Avellino	110	37	TERZA (90% - 49%)
BN	Osp. Sacro Cuore di Gesù' - FBF - Benevento	107	36	
CE	C. di C. Pineta Grande - Castel Volturno	101	34	
BN	Nuova Clinica Santa Rita - Benevento	99	33	
SA	P.O. UMBERTO I - NOCERA INFERIORE	99	33	
SA	Ospedale Civile Andrea Tortora - Pagani	92	31	
NA	PO Ascalesi - Napoli	87	29	
NA	Osp. Fatebenefratelli - Napoli	81	27	
NA	Istituto di cura Maria S.S. Della Pietà - Casoria	71	24	
NA	C. di C. Villa Dei Fiori - Acerra	68	23	
NA	PO San Paolo - Napoli	63	21	
NA	PO Santa Maria della Pietà - Nola	62	21	
NA	Villa dei Fiori - Mugnano	59	20	
NA	<i>CTO - Napoli</i>	58	19	
NA	PO Loreto Mare - Napoli	54	18	
AV	Ospedale Landolfi - Solofra	49	16	
SA	Osp. S.LUCA - Vallo Della Lucania	47	16	
NA	Osp. S.Maria Delle Grazie - Pozzuoli	46	15	
CE	Osp. Civile Ave Gratia Plena - Piedimonte M.	41	14	
NA	PO Incurabili - Napoli	43	14	
NA	Osp. Gen. di Zona - Giugliano	43	14	
SA	P.O. POLLA	41	14	
AV	C. di C. S.Rita s.p.a. - Atripalda	40	13	
BN	C. di C. GE.P.O.S - Telese	40	13	
NA	Clinica Sanatrix - Napoli	39	13	
NA	PO San Giovanni Bosco - Napoli	38	13	
NA	Osp. Anna Rizzoli - Lacco Ameno	38	13	
SA	<i>S.Maria Incoronata dell'Olmo - Cava de Tirreni</i>	40	13	
SA	P.O. S. Francesco D'Assisi - Oliveto Citra	40	13	
SA	Osp. Maria SS. Addolorata - Eboli	40	13	
SA	C. di C. Salus - Battipaglia	40	13	
NA	C. di C. S.Lucia - S. Giuseppe Vesuviano	36	12	
SA	<i>G.Fucito - Mercato S.Severino</i>	36	12	
CE	C. di C. S.Michele - Maddaloni	34	11	
NA	C. di C. Meluccio - Pomigliano D'Arco	32	11	
SA	C. di C. Tortorella - Salerno	34	11	
NA	Osp. Civile S. Giovanni di Dio - Frattamaggiore	30	10	
SA	C. di C. Malzoni di Agropoli	29	10	
CE	Villa del Sole - Caserta	27	9	
CE	C. di C. Padre Pio	27	9	
NA	PO Pellegrini - Napoli	26	9	
AV	C. di C. Villa Maria - Mirabella Eclano	25	8	
AV	C. di C. Malzoni Villa dei Platani - Avellino	24	8	

AV	PO G.Criscuoli - S.Angelo dei Lombardi	25	8
CE	Osp. Civile Maddaloni	24	8
NA	C. di C. Villa Stabia - Castellammare di Stabia	25	8
NA	PO Ospedale Civile di Boscotrecase	25	8
NA	PO Santa Maria della Misericordia - Sorrento	24	8
SA	Osp. Villa Malta - Sarno	23	8
SA	C. di C. Luigi Cobellis - Vallo Della Lucania	25	8
CE	Pres. Osp. S. Rocco - Sessa Aurunca	22	7
NA	C. di C. M.Rosaria - Pompei	21	7
NA	C. di C. Villa delle Querce	17	6
NA	C. di C. Mediterranea - Napoli	18	6
NA	C. di C. Madonna di Lourdes - Massa Di Somma	17	6
SA	P.O. Roccadaspide	18	6
AV	P.O. Ariano Irpino	16	5
AV	C. di C. Villa Esther - Avellino	14	5
BN	C. di C. S.Francesco - Telese	14	5
CE	C. di C. Villa dei Pini - Piedimonte Matese	15	5
NA	PO Agostino Maresca - Torre del Greco	15	5
NA	PO Ospedale Nuovo - Gragnano	16	5
SA	Osp. Dell'immacolata - Sapri	15	5
NA	PO San Leonardo - Castellammare di Stabia	11	4
SA	Presidio Osp. S.Maria della Speranza - Battipaglia	12	4
SA	C. di C. Villa del Sole - Salerno	13	4
AV	C. di C. Villa Maria - Baiano	9	3
CE	Osp. S.Giuseppe e Melorio - S. Maria Capua Vetere	8	3
CE	C. di C. Villa Fiorita - CAPUA	9	3
NA	C. di C. Ospedale Internazionale	10	3
NA	C. di C. Villa Bianca	8	3
NA	C. di C. Villa Maione - Villaricca	7	2
NA	C. di C. Trusso - Ottaviano	6	2
NA	C. di C. A.Grimaldi	6	2
NA	PO De Luca e Rossano - Vico Equense	7	2
BN	Osp. S.Alfonso Maria de' Liguori - S.Agata Dei Goti	4	1
CE	Osp. Generale di zona Marcianise	3	1
NA	<i>Cotugno - Napoli</i>	3	1
NA	C. di C. S.Patrizia - Napoli	3	1
SA	Ospedale di Agropoli	3	1
CE	C. di C. S. Maria della Salute - S.Maria Capua Vetere	2	<1
NA	Clinica Villa Vesuvio - Napoli	1	<1
NA	PO San Gennaro - Napoli	2	<1
NA	C. di C. La Madonnina - S.Gennaro Vesuviano	1	<1
NA	C. di C. S. MARIA LA BRUNA TORRE DEL GRECO	2	<1

Fonte dati: Regione Campania

Tab. A3 - Distribuzione DRG chirurgici per tumore del retto 2013-2015

ASL / PROV	AZIENDA	TOT. 2013 - 2015	MEDIA/ANNO	FASCIA (% RISPETTO AI CENTRI - % ATTIVITA' SUL TOTALE)
NA	Istituto Nazionale Tumori - Fond. Pascale - Napoli	292	97	PRIMA (5% - 43%)
NA	Univ. Studi Napoli - Federico II - Napoli	155	52	
NA	<i>Monaldi - Napoli</i>	136	45	
NA	Università di Napoli - Ex I Policlinico - Napoli	90	30	
BN	A.O. G. Rummo - Benevento	86	29	SECONDA (1% - 6%)
NA	A.O. A. Cardarelli - Napoli	49	16	TERZA (94% - 51%)
BN	Osp. Sacro Cuore di Gesu' - FBF - Benevento	41	14	
CE	Pres. Osp. di Aversa	42	14	
SA	<i>Ruggi - Salerno</i>	43	14	
SA	Ospedale Civile Andrea Tortora - Pagani	37	12	
AV	A.O. S.G.Moscati - Avellino	28	9	
CE	A.O. Osp. Civile S.Sebastiano - Caserta	28	9	
NA	PO Ascalesi - Napoli	26	9	
BN	Nuova Clinica Santa Rita - Benevento	24	8	
CE	C. di C. Pineta Grande - Castel Volturno	23	8	
NA	Fondaz. Evangelica Betania	22	7	
NA	PO Loreto Mare - Napoli	18	6	
AV	Ospedale Landolfi - Solofra	15	5	
AV	C. di C. Malzoni Villa dei Platani - Avellino	14	5	
NA	Osp. Fatebenefratelli - Napoli	15	5	
NA	C. di C. Mediterranea - Napoli	14	5	
NA	Osp. Civile S. Giovanni di Dio - Frattamaggiore	15	5	
SA	P.O. S. Francesco D'Assisi - Oliveto Citra	15	5	
SA	C. di C. Malzoni di Agropoli	15	5	
NA	Istituto di cura Maria S.S. Della Pietà - Casoria	11	4	
SA	<i>S.Maria Incoronata dell'Olmo - Cava de Tirreni</i>	12	4	
AV	C. di C. S.Rita s.p.a. - Atripalda	8	3	
AV	C. di C. Villa Maria - Mirabella Eclano	9	3	
CE	C. di C. S.Michele - Maddaloni	9	3	
CE	C. di C. Villa dei Pini - Piedimonte Matese	9	3	
CE	C. di C. Padre Pio	9	3	
CE	Osp. Civile Ave Gratia Plena - Piedimonte M.	9	3	
NA	<i>CTO - Napoli</i>	10	3	
NA	C. di C. Villa delle Querce	10	3	
NA	PO Incurabili - Napoli	9	3	
NA	C. di C. Villa Stabia - Castellammare di Stabia	10	3	
NA	C. di C. S.Lucia - S. Giuseppe Vesuviano	9	3	
SA	P.O. UMBERTO I - NOCERA INFERIORE	9	3	
SA	Osp. Maria SS. Addolorata - Eboli	9	3	
SA	Osp. Villa Malta - Sarno	9	3	
SA	Osp. S.LUCA - Vallo Della Lucania	8	3	
AV	PO G.Criscuoli - S.Angelo dei Lombardi	7	2	
BN	C. di C. GE.P.O.S - Telesse	7	2	
CE	Pres. Osp. S. Rocco - Sessa Aurunca	7	2	
CE	C. di C. Villa Fiorita - CAPUA	7	2	

CE	Osp. Civile Maddaloni	5	2
NA	C. di C. Ospedale Internazionale	6	2
NA	C. di C. Villa Bianca	6	2
NA	PO San Paolo - Napoli	6	2
NA	Osp. Gen. di Zona - Giugliano	7	2
NA	Osp. S.Maria Delle Grazie - Pozzuoli	6	2
NA	C. di C. A.Grimaldi	5	2
NA	C. di C. Meluccio - Pomigliano D'Arco	7	2
NA	PO Santa Maria della Misericordia - Sorrento	5	2
SA	P.O. POLLA	6	2
AV	C. di C. Villa Esther - Avellino	4	1
AV	C. di C. Villa Maria - Baiano	4	1
BN	C. di C. S.Francesco - Telesse	4	1
CE	Villa del Sole - Caserta	4	1
NA	C. di C. S.Patrizia - Napoli	3	1
NA	PO Pellegrini - Napoli	4	1
NA	C. di C. Villa Dei Fiori - Acerra	4	1
NA	Villa dei Fiori - Mugnano	3	1
NA	C. di C. Madonna di Lourdes - Massa Di Somma	3	1
NA	PO Santa Maria della Pietà - Nola	3	1
SA	C. di C. Salus - Battipaglia	4	1
SA	C. di C. Luigi Cobellis - Vallo Della Lucania	3	1
SA	P.O. Roccadaspide	3	1
AV	P.O. Ariano Irpino	2	<1
BN	Osp. S.Alfonso Maria de' Liguori - S.Agata Dei Goti	2	<1
CE	Casa di Cura Villa Fiorita - Aversa	2	<1
NA	Cotugno - Napoli	1	<1
NA	PO San Giovanni Bosco - Napoli	1	<1
NA	Osp. Anna Rizzoli - Lacco Ameno	1	<1
NA	C. di C. Villa Maione - Villaricca	1	<1
NA	C. di C. S. MARIA LA BRUNA TORRE DEL GRECO	1	<1
NA	C. di C. Trusso - Ottaviano	2	<1
NA	PO San Leonardo - Castellammare di Stabia	2	<1
NA	PO Ospedale Nuovo - Gragnano	2	<1
NA	PO De Luca e Rossano - Vico Equense	2	<1
SA	Osp. Dell'immacolata - Sapri	2	<1
SA	Presidio Osp. S.Maria della Speranza - Battipaglia	1	<1
SA	C. di C. Villa del Sole - Salerno	2	<1

Fonte dati: Regione Campania

Tab. A4 - Distribuzione DRG chirurgici per tumore della cervice uterina 2013-2015

ASL / PROV	AZIENDA	TOT. 2013 - 2015	MEDIA/ANNO	FASCIA (% RISPETTO AI CENTRI - % ATTIVITA' SUL TOTALE)
AV	C. di C. Malzoni Villa dei Platani - Avellino	499	166	PRIMA (14% - 67%)
NA	Istituto Nazionale Tumori - Fond. Pascale -	266	89	

55

	Napoli			
NA	Univ. Studi Napoli - Federico II - Napoli	182	61	
AV	A.O. S.G.Moscato - Avellino	164	55	
BN	Osp. Sacro Cuore di Gesù' - FBF - Benevento	94	31	
NA	A.O. A. Cardarelli - Napoli	81	27	
NA	Osp. Fatebenefratelli - Napoli	81	27	
SA	<i>Ruggi - Salerno</i>	82	27	
NA	Fondaz. Evangelica Betania	66	22	
CE	A.O. Osp. Civile S.Sebastiano - Caserta	60	20	
BN	A.O. G. Rummo - Benevento	51	17	
NA	C. di C. Villa Stabia - Castellammare di Stabia	43	14	SECONDA (4% - 5%)
AV	C. di C. S.Rita s.p.a. - Atripalda	40	13	
NA	C. di C. Villa Bianca	38	13	
CE	C. di C. Pineta Grande - Castel Volturno	34	11	TERZA (82% - 28%)
NA	PO San Giovanni Bosco - Napoli	31	10	
NA	Osp. Gen. di Zona - Giugliano	31	10	
NA	C. di C. Villa Dei Fiori - Acerra	28	9	
NA	Osp. S.Maria Delle Grazie - Pozzuoli	26	9	
NA	PO Santa Maria della Pietà - Nola	27	9	
SA	P.O. UMBERTO I - NOCERA INFERIORE	27	9	
SA	C. di C. Villa del Sole - Salerno	26	9	
NA	Università di Napoli - Ex I Policlinico - Napoli	25	8	
NA	PO Incurabili - Napoli	23	8	
CE	C. di C. S.Michele - Maddaloni	22	7	
NA	Clinica Sanatrix - Napoli	22	7	
NA	C. di C. Madonna di Lourdes - Massa Di Somma	21	7	
NA	C. di C. Villa delle Querce	17	6	
AV	P.O. Ariano Irpino	15	5	
NA	C. di C. Mediterranea - Napoli	15	5	
NA	PO San Paolo - Napoli	15	5	
SA	C. di C. Luigi Cobellis - Vallo Della Lucania	14	5	
SA	C. di C. Tortorella - Salerno	15	5	
NA	PO Loreto Mare - Napoli	13	4	
NA	C. di C. A.Grimaldi	12	4	
SA	<i>G.Fucito - Mercato S.Severino</i>	12	4	
SA	C. di C. Malzoni di Agropoli	11	4	
BN	Nuova Clinica Santa Rita - Benevento	9	3	
CE	Villa del Sole - Caserta	10	3	
CE	C. di C. S. Paolo - Aversa	8	3	
CE	C. di C. Villa Fiorita - CAPUA	10	3	
NA	C. di C. S.Patrizia - Napoli	9	3	
NA	C. di C. La Madonnina - S.Gennaro Vesuviano	9	3	
NA	C. di C. S. MARIA LA BRUNA TORRE DEL GRECO	8	3	
BN	C. di C. GE.P.O.S - Telesse	5	2	
CE	Osp. Civile Maddaloni	5	2	
NA	C. di C. Ospedale Internazionale	5	2	
NA	C. di C. Villa Cinzia	5	2	
NA	Osp. Civile S. Giovanni di Dio - Frattamaggiore	5	2	
NA	Villa dei Fiori - Mugnano	5	2	
NA	C. di C. M.Rosaria - Pompei	7	2	
NA	C. di C. S.Lucia - S. Giuseppe Vesuviano	7	2	
NA	C. di C. Meluccio - Pomigliano D'Arco	6	2	
SA	P.O. POLLA	6	2	

SA	Osp. Dell'immacolata - Sapri	6	2
SA	C. di C. Salus - Battipaglia	6	2
BN	C. di C. S.Francesco - Telese	4	1
CE	Pres. Osp. di Aversa	3	1
CE	C. di C. Villa dei Pini - Piedimonte Matese	4	1
NA	PO Ascalesi - Napoli	4	1
NA	Osp. Anna Rizzoli - Lacco Ameno	4	1
NA	C. di C. Villa Maione - Villaricca	3	1
NA	Istituto di cura Maria S.S. Della Pietà - Casoria	3	1
NA	PO San Leonardo - Castellammare di Stabia	3	1
SA	Ospedale Civile Andrea Tortora - Pagani	4	1
SA	Osp. Villa Malta - Sarno	4	1
SA	Osp. S.LUCA - Vallo Della Lucania	3	1
CE	Pres. Osp. S. Rocco - Sessa Aurunca	2	<1
CE	Casa di Cura Villa Fiorita - Aversa	1	<1
CE	Osp. Generale di zona Marcianise	1	<1
CE	Osp. Civile Ave Gratia Plena - Piedimonte M.	1	<1
NA	<i>Monaldi - Napoli</i>	1	<1
NA	<i>CTO - Napoli</i>	1	<1
NA	PO San Gennaro - Napoli	1	<1
NA	C. di C. Trusso - Ottaviano	2	<1
NA	PO De Luca e Rossano - Vico Equense	1	<1
SA	P.O. Roccadaspide	1	<1

Fonte dati: Regione Campania

Tab. A5 - Distribuzione complessiva dei DRG chirurgici per tumori di mammella, colon-retto ed utero 2013-2015

ASL/ Provincia	Centro	DRG Totali per tumori di colon-retto, mammella e cervice 2013-2015	Media annua 2013-2015
NA	Istituto Nazionale Tumori - Fond. Pascale - Napoli	2720	907
NA	Univ. Studi Napoli - Federico II - Napoli	1403	468
AV	A.O. S.G.Moscati - Avellino	1265	421
NA	A.O. A. Cardarelli - Napoli	1211	404
NA	Fondaz. Evangelica Betania	935	312
NA	Università di Napoli - Ex I Policlinico - Napoli	916	305
CE	A.O. Osp. Civile S.Sebastiano - Caserta	738	246
BN	A.O. G. Rummo - Benevento	701	234
SA	Ruggi - Salerno	699	233
SA	S.Maria Incoronata dell'Olmo - Cava de Tirreni	688	229
NA	Monaldi - Napoli	640	213
AV	C. di C. Malzoni Villa dei Platani - Avellino	585	195
NA	C. di C. Mediterranea - Napoli	544	181
BN	Osp. Sacro Cuore di Gesu' - FBF - Benevento	355	118
NA	Osp. S.Maria Delle Grazie - Pozzuoli	311	104
SA	C. di C. Salus - Battipaglia	262	87
SA	Ospedale Civile Andrea Tortora - Pagani	220	73

53

NA	Osp. Fatebenefratelli - Napoli	213	71
CE	C. di C. Pineta Grande - Castel Volturno	209	70
NA	Osp. Civile S. Giovanni di Dio - Frattamaggiore	209	70
CE	Pres. Osp. di Aversa	196	65
NA	PO Ascalesi - Napoli	188	63
NA	Osp. Gen. di Zona - Giugliano	188	63
NA	PO San Paolo - Napoli	170	57
NA	C. di C. Villa Stabia - Castellammare di Stabia	164	55
SA	P.O. UMBERTO I - NOCERA INFERIORE	152	51
BN	Nuova Clinica Santa Rita - Benevento	147	49
NA	Istituto di cura Maria S.S. Della Pietà - Casoria	146	49
NA	C. di C. Villa Bianca	144	48
NA	C. di C. Madonna di Lourdes - Massa Di Somma	139	46
NA	C. di C. Villa Dei Fiori - Acerra	129	43
NA	C. di C. Meluccio - Pomigliano D'Arco	129	43
CE	C. di C. Padre Pio	122	41
NA	PO Pellegrini - Napoli	119	40
NA	PO Incurabili - Napoli	119	40
SA	Osp. S.LUCA - Vallo Della Lucania	110	37
NA	PO Santa Maria della Pietà - Nola	109	36
AV	C. di C. S.Rita s.p.a. - Atripalda	104	35
BN	C. di C. GE.P.O.S - Telesse	106	35
CE	C. di C. S.Michele - Maddaloni	106	35
NA	PO San Giovanni Bosco - Napoli	103	34
NA	Clinica Sanatrix - Napoli	91	30
NA	C. di C. S.Lucia - S. Giuseppe Vesuviano	89	30
SA	C. di C. Malzoni di Agropoli	91	30
SA	C. di C. Luigi Cobellis - Vallo Della Lucania	90	30
SA	C. di C. Tortorella - Salerno	89	30
NA	PO Loreto Mare - Napoli	86	29
NA	C. di C. Villa delle Querce	84	28
NA	Villa dei Fiori - Mugnano	83	28
SA	P.O. S. Francesco D'Assisi - Oliveto Citra	85	28
NA	CTO - Napoli	81	27
AV	Ospedale Landolfi - Solofra	78	26
NA	C. di C. Villa Cinzia	75	25
NA	Osp. Anna Rizzoli - Lacco Ameno	76	25
NA	C. di C. M.Rosaria - Pompei	76	25
CE	Villa del Sole - Caserta	71	24
CE	Osp. S.Giuseppe e Melorio - S. Maria Capua Vetere	68	23
NA	C. di C. Ospedale Internazionale	68	23
SA	P.O. POLLA	64	21
AV	C. di C. Villa Maria - Mirabella Eclano	61	20
CE	C. di C. Villa Fiorita - CAPUA	59	20
CE	C. di C. Villa dei Pini - Piedimonte Matese	57	19
NA	C. di C. A.Grimaldi	57	19
CE	Osp. Civile Ave Gratia Plena - Piedimonte M.	54	18
SA	G.Fucito - Mercato S.Severino	53	18
SA	Osp. Maria SS. Addolorata - Eboli	55	18
CE	Osp. Civile Maddaloni	52	17
CE	Pres. Osp. S. Rocco - Sessa Aurunca	49	16
NA	Clinica Villa Vesuvio - Napoli	48	16
CE	Casa di Cura Villa Fiorita - Aversa	45	15
SA	C. di C. Villa del Sole - Salerno	45	15
NA	C. di C. Trusso - Ottaviano	43	14
NA	PO Agostino Maresca - Torre del Greco	41	14
BN	C. di C. S.Francesco - Telesse	39	13

NA	C. di C. S.Patrizia - Napoli	39	13
AV	P.O. Ariano Irpino	35	12
AV	C. di C. Villa Maria - Baiano	37	12
NA	PO Ospedale Civile di Boscotrecase	37	12
NA	PO San Leonardo - Castellammare di Stabia	35	12
NA	PO Santa Maria della Misericordia - Sorrento	36	12
SA	Osp. Dell'immacolata - Sapri	36	12
SA	Osp. Villa Malta - Sarno	37	12
AV	PO G.Criscuoli - S.Angelo dei Lombardi	32	11
CE	Osp. Generale di zona Marcianise	34	11
NA	PO Ospedale Nuovo - Gragnano	34	11
SA	P.O. Roccadaspide	33	11
AV	C. di C. Villa Esther - Avellino	30	10
NA	PO De Luca e Rossano - Vico Equense	29	10
NA	C. di C. Villa Maione - Villaricca	26	9
NA	C. di C. S. MARIA LA BRUNA TORRE DEL GRECO	24	8
NA	C. di C. La Madonnina - S.Gennaro Vesuviano	22	7
SA	Presidio Osp. S.Maria della Speranza - Battipaglia	22	7
CE	C. di C. S. Maria della Salute - S.Maria Capua Vetere	19	6
NA	PO San Gennaro - Napoli	17	6
BN	Osp. S.Alfonso Maria de' Liguori - S.Agata Dei Goti	16	5
CE	C. di C. S.Anna - Caserta	11	4
CE	C. di C. S. Paolo - Aversa	10	3
NA	Cotugno - Napoli	5	2
SA	Ospedale di Agropoli	3	1
NA	P.S.I. Napoli Est - Barra - Napoli	2	<1
NA	Osp. Civile Albano Francese - Procida	1	<1

Fonte dati: Regione Campania

ALLEGATO 2 – Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA)

La riduzione della mortalità e della morbilità delle malattie tumorali richiede una strategia composta da molteplici risorse sia nella fase diagnostica che terapeutica. Affinché la Persona che necessita di tale assistenza possa esser guidata, anche nella scelta, ed alla luce dei criteri previsti dal SSN e dagli accordi Stato-Regioni, si definiscono dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (di seguito PDTA) per la patologia neoplastica mammaria, colon-rettale e cervicale uterina. È stata effettuata un'individuazione di Percorsi specifici sulla base della personale fase di malattia di ogni singolo cittadino. Tale tipizzazione di Percorso, che, di fatto, segmenta il bisogno assistenziale, assurge a *benchmark* per la Rete di Oncologia Campana. Tutte le strutture in essa integrate saranno vincolate al rispetto dei PDTA di seguito riportati per patologia tumorale mammaria, colon-rettale e cervicale uterina. La costruzione dei suddetti Percorsi è basata sulle Linee Guida più aggiornate della Associazione Italiana di

60

Oncologia Medica (AIOM), nonché sulle più recenti linee guida internazionali in materia (es. ASCO, ESMO, NCCN), per quanto applicabili in Italia. Rispetto ad esse saranno modificati nel tempo rispetto alla loro evoluzione. Ognuno di questi Percorsi, così segmentati sulla fase di avanzamento della patologia neoplastica, ha nell'Oncologo Medico coordinatore di GOM patologia-specifico un responsabile interno di *governance* di processo che risponde al proprio Direttore di UOC.

I PDTA prefigurati saranno rivalutati ad un anno dalla loro attivazione in ogni loro fase operativa, per la verifica degli *outcomes* e per possibili rimodellamenti che potrebbero rivelarsi necessari. Si sottolinea tuttavia come alcune decisioni diagnostico-terapeutiche specifiche possano modificarsi con l'evoluzione e l'aggiornamento delle relative linee guida. Tale aggiornamento può essere annuale (AIOM) o ancor più frequente (es. NCCN), pertanto, si rimanda per la piena attuazione dei PDTA di ogni patologia tumorale alle rispettive linee guida nazionali ed eventualmente internazionali, purché applicabili nel contesto normativo e regolatorio italiano. A tal scopo si rimanda ai siti web delle società scientifiche responsabili della loro stesura e pubblicazione nella loro versione più aggiornata:

<http://www.aiom.it/professionals/documenti-scientifici/linee-guida/1,413,1>

<https://www.asco.org/practice-guidelines/quality-guidelines/guidelines>

<http://www.esmo.org/Guidelines>

https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp

Per le tempistiche di attuazione delle diverse fasi di percorso e per gli indicatori di performance si rimanda al cap.4 par. 4.2.

PDTA Tumore della mammella

In tabella 1 si riportano le figure professionali ed Unità Operative Complesse (di seguito UOC) deputati all'Accoglienza, Presa in Carico ed Assistenza.

Tabella 1

ACCOGLIENZA	Personale Infermieristico	UOC Oncologia Medica
	Volontari (se presenti)	Servizio Civile – Progetto Informa Cancro – Altre associazioni
		61

PRESA IN CARICO	Oncologi Medici – Dirigenti I livello	UOC Oncologia Medica
ASSISTENZA	Oncologi Medici – Dirigenti I livello Psiconcologo (ove disponibile) Assistenti in Formazione (nelle strutture universitarie o in Rete Formativa) Personale Infermieristico	UOC Oncologia Medica Ambulatorio Day Hospital Ricovero Ordinario
	Farmacisti	UOC Oncologia Medica
	Personale Infermieristico	Unità di Manipolazione di Chemioterapici Antineoplastici U.M.A.C.A./U.F.A.
<i>Rete Interna ai centri della ROC o Esterna tra centri</i>	Personale Dedicato	UOC Chirurgia Generale UOC Cito/Istopatologia UOC Radiodiagnostica UOC Medicina Nucleare UOC Radioterapia UOC Fisioterapia UOC Ginecologia Ostetricia

PERCORSO PER SEGMENTAZIONE

 Screening Senologico per Persone asintomatiche

Diagnostico/Stadiativo per Persone con nodulo mammario

Terapeutico per Persone con neoplasia mammaria accertata ed in fase precoce

62

Terapeutico per Persone con neoplasia mammaria accertata ed in fase avanzata

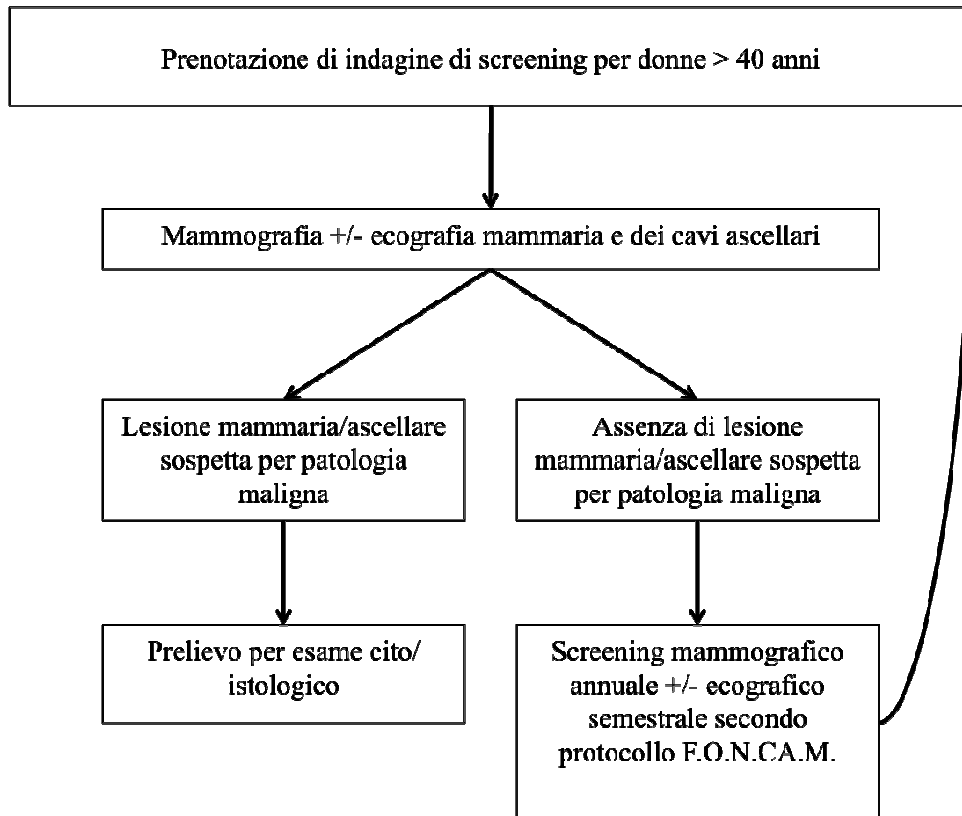
Follow-up per Persone con patologia mammaria pregressa

PERCORSO

SCREENING SENOLOGICO PER PERSONE ASINTOMATICHE

La Mammografia annuale rappresenta l'indagine di screening per la patologia tumorale mammaria. Sarà una procedura attualizzata dalle Strutture territoriali e rivolta a tutte le donne comprese nella fascia d'età 40-74 anni una volta l'anno. Ad essa può associarsi l'ecografia delle mammelle e dei cavi ascellari ogni 6-12 mesi, a giudizio del clinico. Con lo scopo di garantire il raggiungimento del completamento dell'esecuzione delle Procedure a tutta la popolazione individuata, i centri di II livello della Rete potranno mettere a disposizione le proprie risorse umane e strumentali del caso. Di seguito in Fig.1 si propone il Percorso Assistenziale cui fare riferimento. La paziente sarà contattata dalla propria ASL di residenza o dal proprio MMG, una volta l'anno, per recarsi a praticare lo screening presso un centro di I livello della Rete.

Fig.1 Percorso di Screening Senologico per Persone Asintomatiche



PERCORSO

DIAGNOSTICO/STADIATIVO PER PERSONE CON NODULO MAMMARIO

Donne ed uomini di almeno 18 anni, con una lesione mammaria di incerta natura e/o con sintomi ad essa collegati (es. secrezione dal capezzolo, dolore mammario) o positive allo screening mammografico/ecografico dovranno afferire autonomamente od opportunamente indirizzate dal proprio MMG o altro medico specialista di riferimento presso un centro oncologici di II livello (CORP o CORPUS) per la gestione diagnostico-terapeutica del caso da parte del Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM) specifico per la patologia tumorale mammaria. Il/la paziente effettuerà la prima visita necessaria per l'inquadramento del problema presso un ambulatorio dedicato alla patologia mammaria. L'infermiere Case Manager incaricato dal GOM si occuperà della prenotazione degli esami radiologici e/o cito/istologici necessari per la diagnosi, in Rete interna alla struttura o di indirizzare, su indicazione degli specialisti del GOM, il cittadino presso le strutture della Rete Oncologica Regionale.

- Nel caso in cui gli approfondimenti diagnostici risultino negativi per malignità, il/la paziente sarà indirizzato/a al percorso di screening per la diagnosi precoce delle malattie mammarie come previsto dalle linee guida più attuali (vedi Fig.1).
- I casi dubbi o d'incerta interpretazione saranno sottoposti agli approfondimenti che saranno ritenuti più opportuni caso per caso (vedi Fig.2).
- Nel caso in cui gli esami diagnostici confermino il sospetto di malignità, il/la paziente sarà sottoposta agli opportuni esami clinico-strumentali di stadiazione, riportati in figura 3, conformemente a quanto previsto dalle più recenti linee guida nazionali ed internazionali (AIOM, NCCN, ESMO), sulla base dello stadio TNM, al fine di impostare il più adeguato percorso terapeutico. Tali esami potranno essere praticati presso i centri di I e II livello della Rete, su indirizzo del GOM responsabile della Presa in Carico.

Fig.2. Percorso diagnostico per Persone con nodulo mammario/sintomi di sospetto

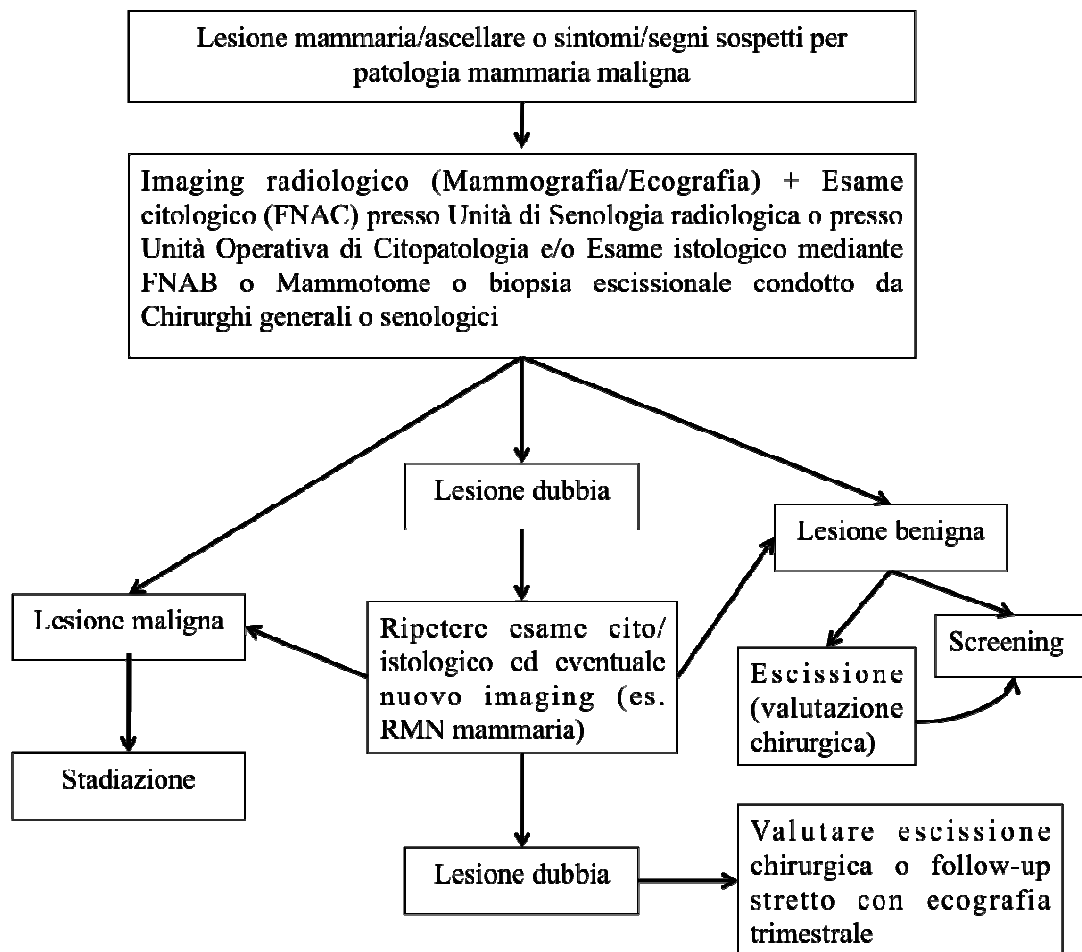
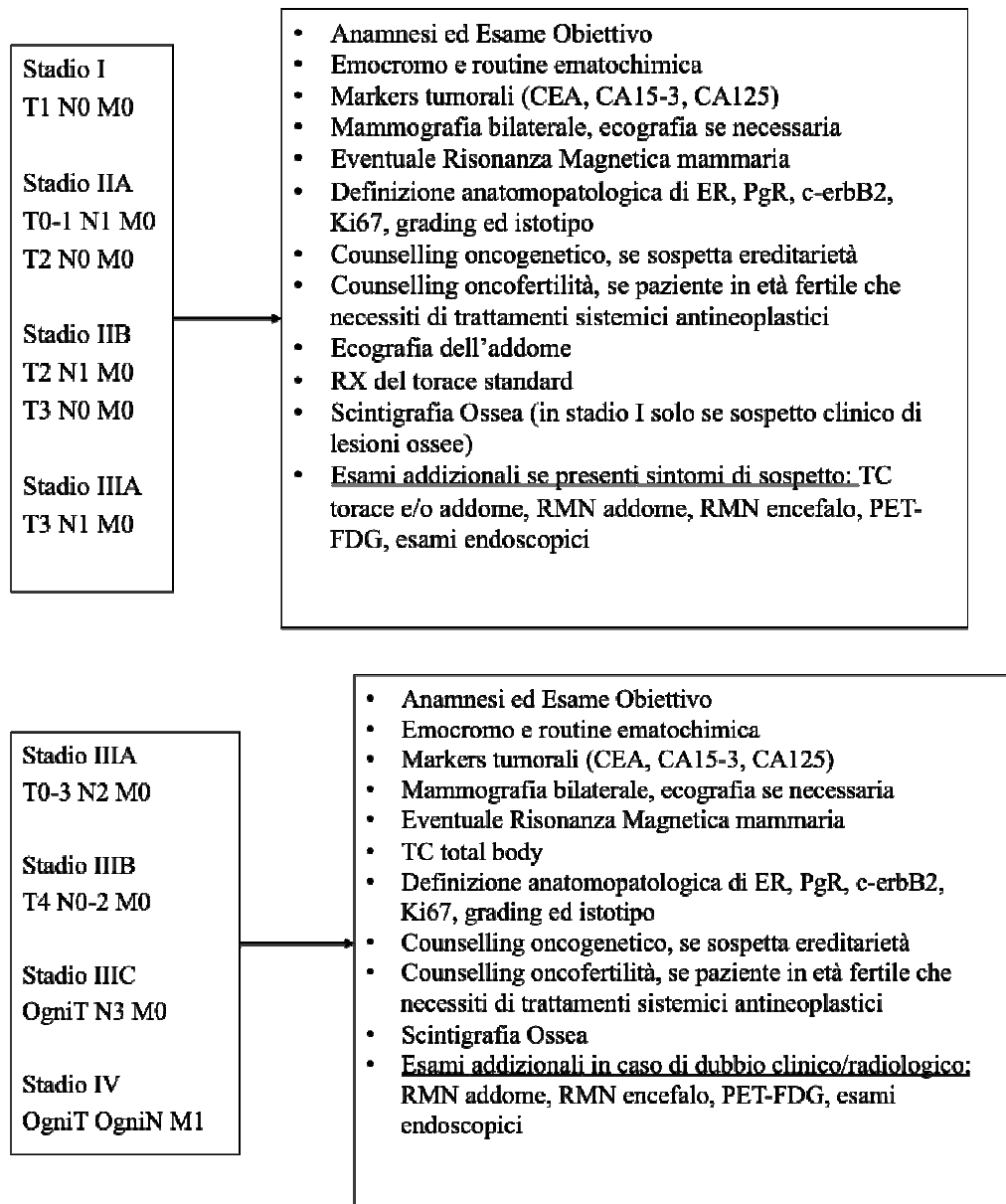


Fig. 3 Percorso di Stadiazione per tumore della mammella accertato



PERCORSO

TERAPEUTICO PER PERSONE CON NEOPLASIA MAMMARIA ACCERTATA ED IN FASE PRECOCE ED AVANZATA

La terapia del tumore della mammella differisce a seconda che la malattia si presenti alla diagnosi in fase precoce, suscettibile di trattamento chirurgico radicale, o in fase avanzata, non suscettibile di trattamento chirurgico radicale *d'embleè*. La gestione ⁶⁵

terapeutica sarà differente nell'uno o nell'altro caso e pertanto si riportano in Fig.4, 5A e B i PDTA differenziati per stadio della patologia. I percorsi sono stati indicati secondo l'iter previsto dalle principali linee guida nazionali ed internazionali più aggiornate, e saranno modificati secondo la loro evoluzione. Il trattamento chirurgico andrà eseguito nei centri di I fascia per patologia tumorale mammaria della Rete, al fine di garantire i più elevati standard di qualità. La gestione medica e radioterapica andrà effettuata nei centri di I e II livello, su indicazione del GOM responsabile della Presa in Carico.

Fig. 4 Percorso per la terapia del tumore mammario in fase precoce

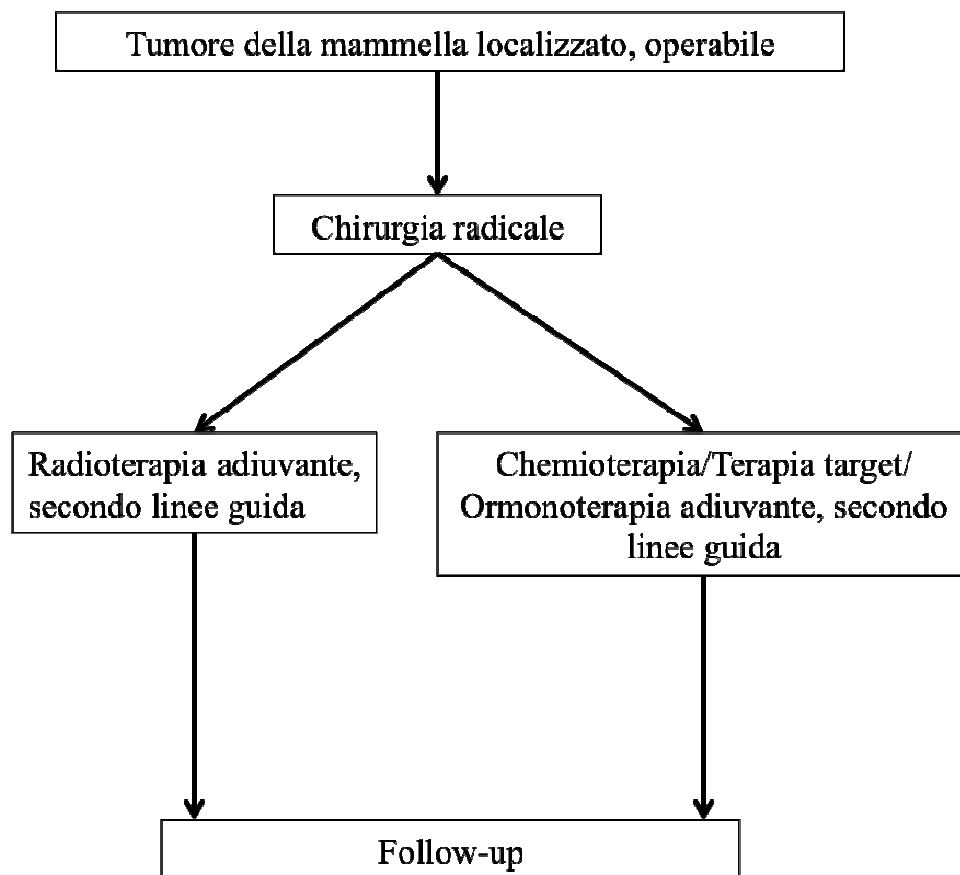


Fig. 5A Percorso terapeutico per tumore della mammella avanzato non operabile d'emblée

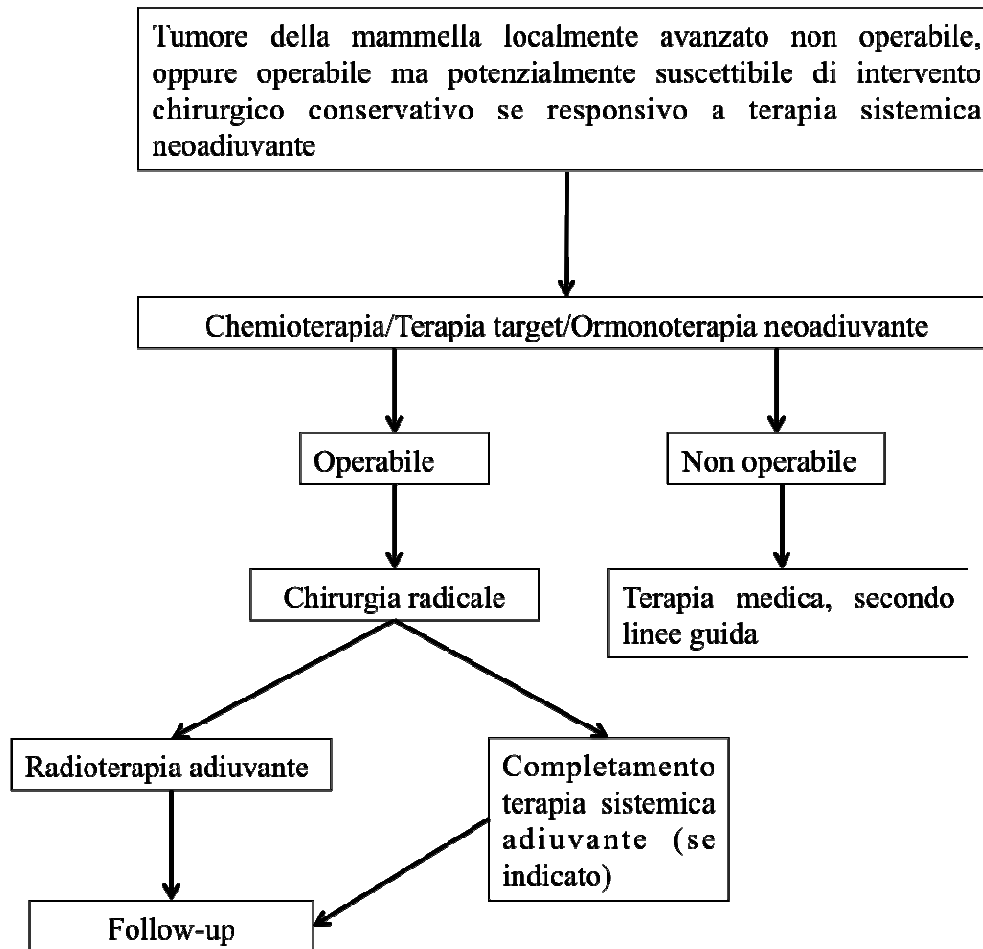
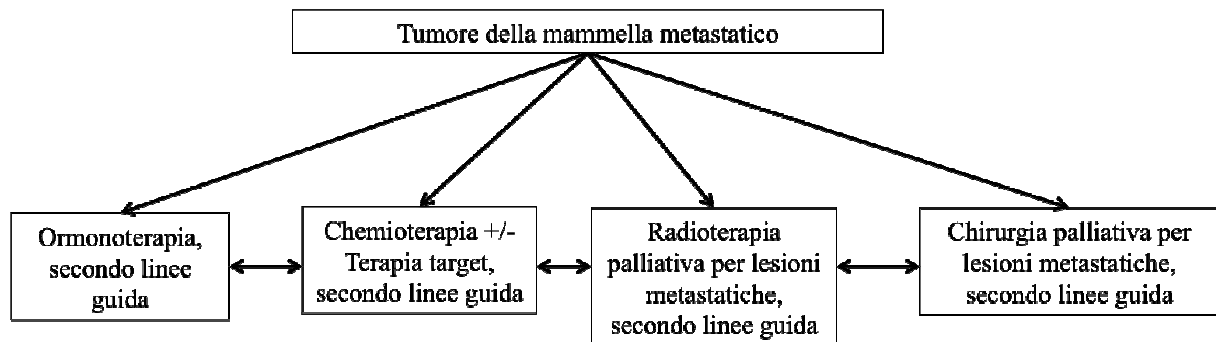


Figura 5B Percorso terapeutico per tumore della mammella metastatico

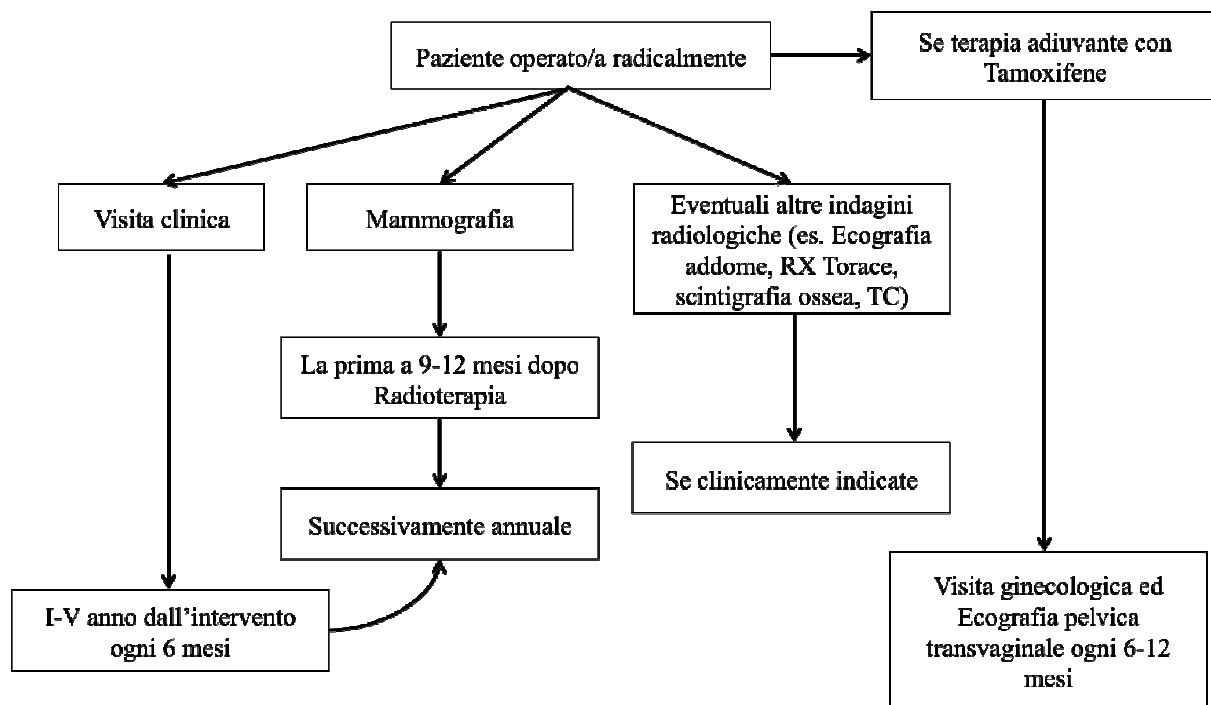


PERCORSO

FOLLOW-UP ER PERSONE CON NEOPLASIA MAMMARIA PREGRESSA

Qualora la malattia fosse suscettibile di trattamento chirurgico radicale, al termine della gestione terapeutica multidisciplinare del caso, il/la paziente rientrerà in un adeguato percorso di *follow-up* clinico-strumentale dedicato per i successivi 10 anni, ai fini dell'individuazione precoce di eventuali recidive locali o a distanza (vedi Fig.6). In caso di recidiva il/la paziente sarà opportunamente rivalutata dall'Oncologo Medico al fine di definire il più opportuno percorso terapeutico, in accordo a quelle che saranno le più aggiornate linee guida del momento. Ai fini della stadiazione e del successivo percorso terapeutico del caso, si rimanda ai rispettivi PDTA in precedenza illustrati. Tali percorsi saranno modificati nel tempo al fine di garantire il rispetto delle più aggiornate linee guida nazionali ed internazionali del caso.

Fig. 6 Percorso di follow-up per paziente con pregressa patologia mammaria



PDTA tumore della cervice uterina

In tabella 2 si riportano le figure professionali ed Unità Operative Complesse (di seguito UOC) deputati all'Accoglienza, Presa in Carico ed Assistenza.

Tabella 2

ACCOGLIENZA	Personale Infermieristico	UOC Oncologia Medica/Ginecologia Ostetricia
	Volontari (se presenti)	Servizio Civile – Progetto Informa Cancro – Altre associazioni
PRESA IN CARICO	Oncologi Medici – Dirigenti I livello	UOC Oncologia Medica
ASSISTENZA	Oncologi Medici – Dirigenti I livello	UOC Oncologia Medica Ambulatorio
	Psiconcologo (ove presente)	Day Hospital Ricovero Ordinario
	Assistenti in Formazione (nelle strutture universitarie o in Rete Formativa)	
	Personale Infermieristico	
	Farmacisti	UOC Oncologia Medica
	Personale Infermieristico	Unità di Manipolazione di Chemioterapici Antineoplastici U.M.A.C.A./U.F.A.
<i>Rete Interna ai centri della ROC o Esterna tra centri della Rete</i>	Personale Dedicato	UOC Chirurgia Generale UOC Cito/Istopatologia UOC Radiodiagnostica UOC Medicina Nucleare

UOC Radioterapia
UOC Endoscopia Digestiva
UOC Urologia
UOC di Ginecologia
Ostetricia

PERCORSO PER SEGMENTAZIONE

Screening con PAP test per Persone asintomatiche

Diagnostico/Stadiativo per Persone con sospetto di patologia cervicale uterina

Terapeutico per Persone con neoplasia della cervice accertata ed in fase precoce

Terapeutico per Persone con neoplasia della cervice accertata ed in fase avanzata

Follow-up per Persone con patologia della cervice uterina progressa

PERCORSO

SCREENING CON PAP TEST PER PERSONE ASINTOMATICHE

Lo Screening mediante PAP test è una procedura Attualizzata dalle Strutture territoriali. Consiste nell'eseguire test citologici morfologici (PAP-TEST) e/o di patologia molecolare applicata alla morfologia (HPV-DNA TEST). Le strutture di primo livello coinvolte sono, nello specifico, le unità materno-infantili (U.O.M.I.) consultoriali distrettuali e gli ambulatori di ginecologia dei plessi ospedalieri di base e di I livello, nonché eventuali centri diagnostici privati convenzionati con il Sistema Sanitario Nazionale. La popolazione oggetto dello screening dovrà essere la popolazione femminile, vaccinata e non per HPV, di età compresa tra 21 e 65 anni. Le procedure di screening e relativi percorsi sono riportati in Fig. 7 e 8. La gestione delle lesioni a basso grado di malignità o dubbie esula dagli scopi del presente documento.

Fig.7 Screening per donne 21-65 anni.

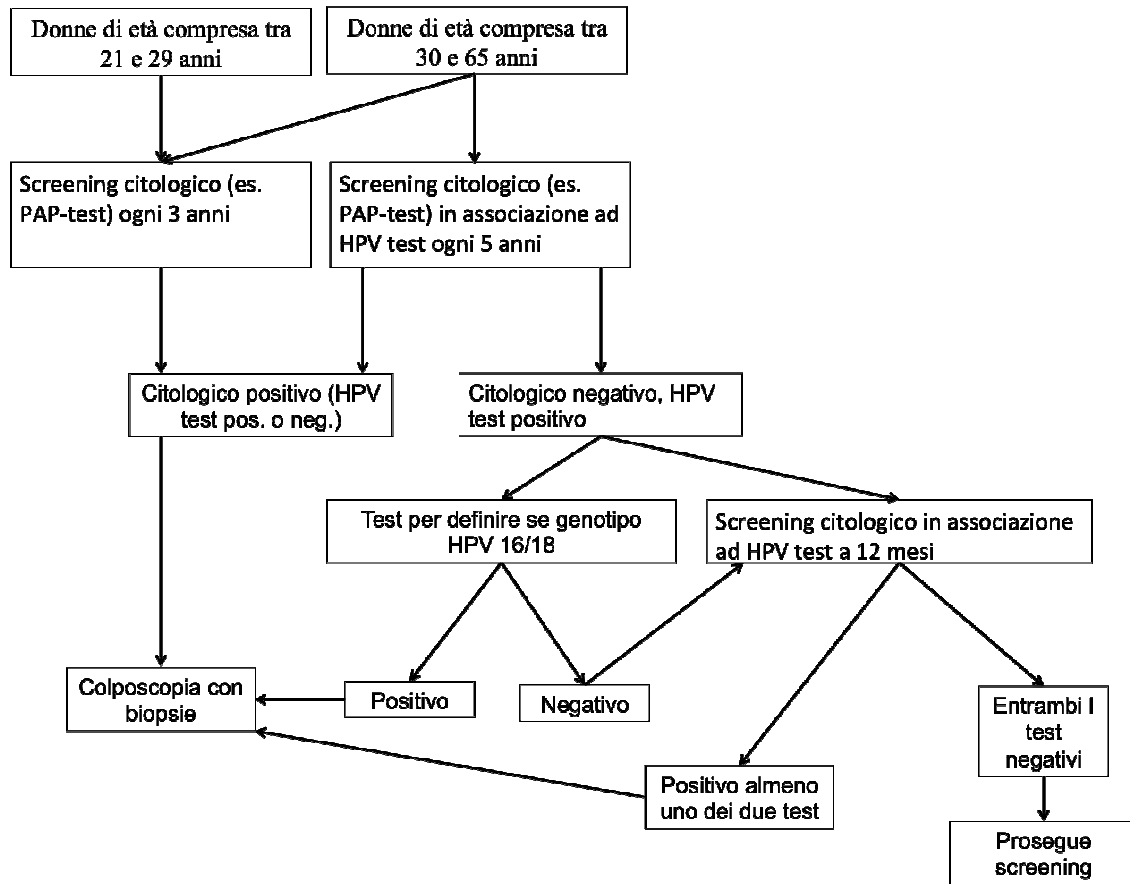
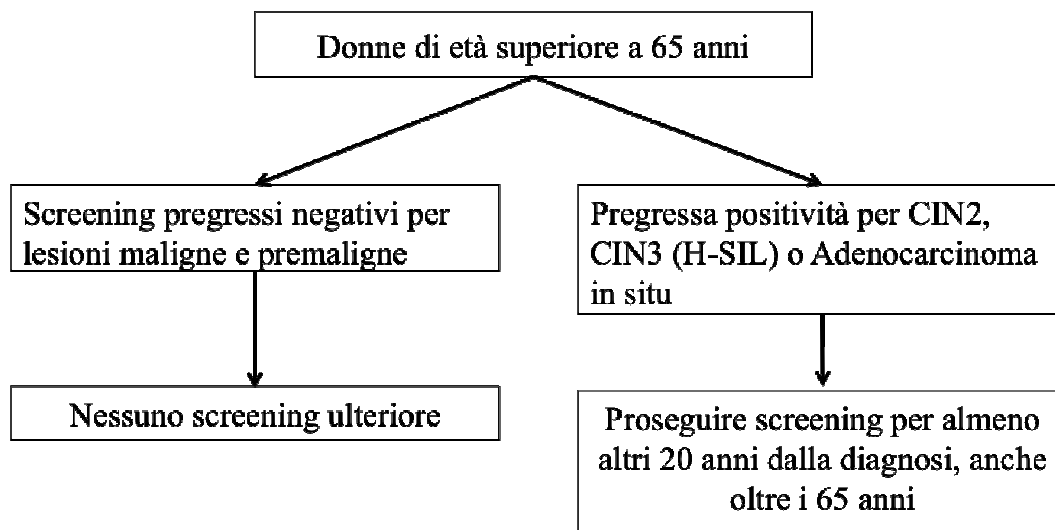


Fig.8 Screening per donne di età superiore ai 65 anni.



PERCORSO

DIAGNOSTICO/STADIATIVO PER PERSONE CON SOSPETTA PATOLOGIA DELLA CERVICE UTERINA

Donne di almeno 18 anni, con sintomi sospetti per neoplasia della cervice uterina (es. meno/metrorragie, dolore pelvico) o positive allo screening con PAP test dovranno essere indirizzate dal proprio MMG, Ginecologo o altro specialista presso un centro di II livello della Rete al fine dell'inquadramento del caso da parte del GOM specialistico di patologia, il quale dovrà prescrivere una colposcopia diagnostica con biopsie. Tale procedura potrà essere attuata generalmente in un centro di I livello della Rete. Tuttavia, tale procedura potrà essere anche indicata dallo specialista Ginecologo o dal MMG prima di indirizzare la paziente presso il GOM specialistico di patologia. L'infermiere Case Manager designato dal GOM si occuperà della prenotazione degli esami necessari per la diagnosi nella Rete interna alla struttura o di indirizzare il cittadino presso le strutture della Rete Oncologica Regionale.

- Nel caso in cui gli approfondimenti diagnostici risultino negativi per malignità, la paziente sarà indirizzata al percorso di screening per la diagnosi precoce delle malattie della cervice uterina come previsto dalle linee guida più attuali (vedi Fig.7 ed 8).
- I casi dubbi o d'incerta interpretazione saranno sottoposti agli approfondimenti che saranno ritenuti più opportuni caso per caso.
- Nel caso in cui gli esami diagnostici confermino il sospetto di malignità, la paziente sarà sottoposta agli opportuni esami clinico-strumentali di stadiazione, conformemente a quanto previsto dalle più recenti linee guida nazionali ed internazionali (AIOM, NCCN, ESMO) al fine di impostare il più adeguato percorso terapeutico. Tali esami potranno essere praticati presso i centri di I e II livello della Rete, su indirizzo del GOM responsabile della Presa in Carico.

Il *work-up* per una corretta stadiazione prevede, in seguito alla biopsia diagnostica:

- Esame emocromocitometrico con formula e piastrine
- Studio biochimico della funzionalità renale ed epatica
- RX del torace
- In caso di malattia localmente avanzata, malattia sintomatica senza lesioni apprezzabili alla radiografia, lesioni dubbie al radiogramma standard o prima d⁷³

iniziare un trattamento sistemico neoadiuvante: TAC torace con mdc o TAC total body con mdc

- Se si rende necessario valutare con maggiore accuratezza l'estensione locoregionale della malattia prima dell'intervento chirurgico o in caso di neoplasia endocervicale alta: RMN addomino-pelvica con mdc (opzionale per stadi IA ed IB1)
- Per la valutazione non chirurgica di linfadenopatie o lesioni dubbie e della risposta al trattamento neoadiuvante: 18 FDG PET/TC
- Cistoscopia e/o Rettoscopia nel sospetto di infiltrazione di vescica e/o retto

In seguito agli esami clinico-strumentali ed alla chirurgia si rende necessaria l'attribuzione di uno stadio secondo la classificazione FIGO, la più largamente utilizzata in ambito ginecologico-oncologico e che prelude necessariamente alla definizione del più adeguato percorso terapeutico. Di seguito si riporta l'ultima versione della stadiazione FIGO del tumore della cervice uterina, che sarà aggiornata nel tempo, qualora necessario.

Stadiazione FIGO

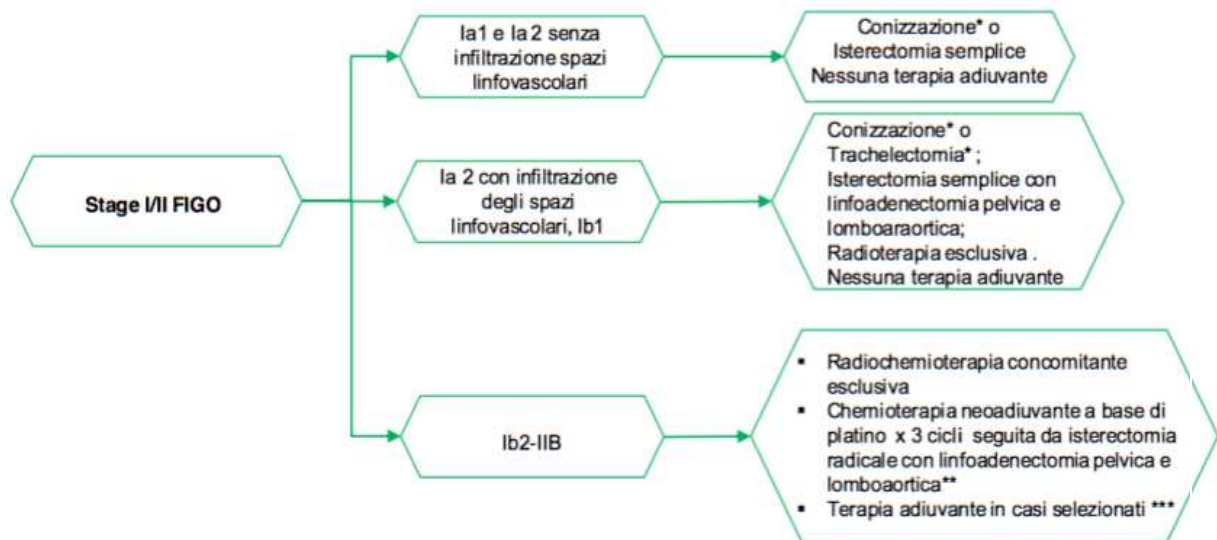
Stadio I	Carcinoma strettamente confinato alla cervice uterina (il coinvolgimento del corpo uterino non cambia lo stadio)
IA	Carcinoma invisibile che può essere diagnosticato solo al microscopio. L'invasione è limitata ad un coinvolgimento stromale non > 5 mm in profondità e a 7 mm in estensione orizzontale
IA1	Invasione stromale non > 3 mm in profondità e a 7 mm in estensione orizzontale
IA2	Invasione stromale > 3 mm, ma non > 5 mm in profondità e non > 7 mm in estensione orizzontale
IB	Carcinoma clinicamente visibile confinato alla cervice uterina o malattia preclinica superiore allo stadio Ia
IB1	Carcinoma clinicamente visibile non > 4 cm nel diametro maggiore
IB2	Carcinoma clinicamente visibile > 4 cm nel diametro maggiore

Stadio II	Carcinoma della cervice che invade i tessuti oltre l'utero, ma non fino alla parete pelvica o al terzo inferiore della vagina
IIA	Non evidente coinvolgimento parametriale
IIA1	Lesioni clinicamente visibili non > 4 cm nel diametro maggiore
IIA2	Lesioni clinicamente visibili > 4 cm nel diametro maggiore
IIB	Coinvolgimento parametriale presente
Stadio III	Carcinoma che giunge fino a parete pelvica: all'esplorazione rettale non evidenza di spazio libero da malattia tra il tumore e la parete pelvica. Carcinoma che raggiunge il terzo inferiore della vagina. Idronefrosi o rene escluso, non dovuti ad altra causa
IIIA	Coinvolgimento del terzo inferiore della vagina
IIIB	Estensione alla parete pelvica e/o idronefrosi o rene escluso
Stadio IV	Carcinoma esteso oltre la piccola pelvi o che ha invaso la mucosa vescicale o rettale (provato istologicamente) (escluso l'edema bolloso)
IVA	Estensione agli organi adiacenti
IVB	Estensione agli organi a distanza

PERCORSO

TERAPEUTICO PER PERSONE CON NEOPLASIA DELLA CERVICE UTERINA ACCERTATA ED IN FASE PRECOCE

Riguardo il trattamento della neoplasia nello stadio precoce (stadio I e II FIGO) si propongono di seguito gli algoritmi raccomandati dalla Associazione Italiana di Oncologia Medica nell'ambito delle Linee Guida 2015, peraltro conformi a quanto previsto dalle più recenti linee guida internazionali (es. ESMO, NCCN). Le figure professionali di riferimento nell'ambito del percorso saranno almeno rappresentate dall'Oncologo Medico, dal Chirurgo Ginecologo e dal Radioterapista. In fig. 9 si riporta il rispettivo Percorso terapeutico. Il trattamento chirurgico andrà eseguito nei centri di I fascia riportati nel documento di Rete Oncologica per garantire elevati standard di qualità. La gestione medica e radioterapica andrà effettuata nei centri di I e II livello abilitati.

Fig. 9 Percorso per la terapia del tumore della cervice uterina in stadio I e II FIGO

*In pazienti desiderose di prole con linfonodi negativi

** La chemioterapia neoadiuvante, largamente impiegata in Italia, attende conferma della sua validità dallo studio EORTC in corso

*** In caso di linfonodi positivi, parametri positivi o margini positivi effettuare RT-CHT adiuvante; in caso di presenza di almeno 2 di 3 fattori di rischio tra infiltrazione stomale >50%, infiltrazione degli spazi linfovaskolari o tumore >2 cm effettuare RT adiuvante

PERCORSO

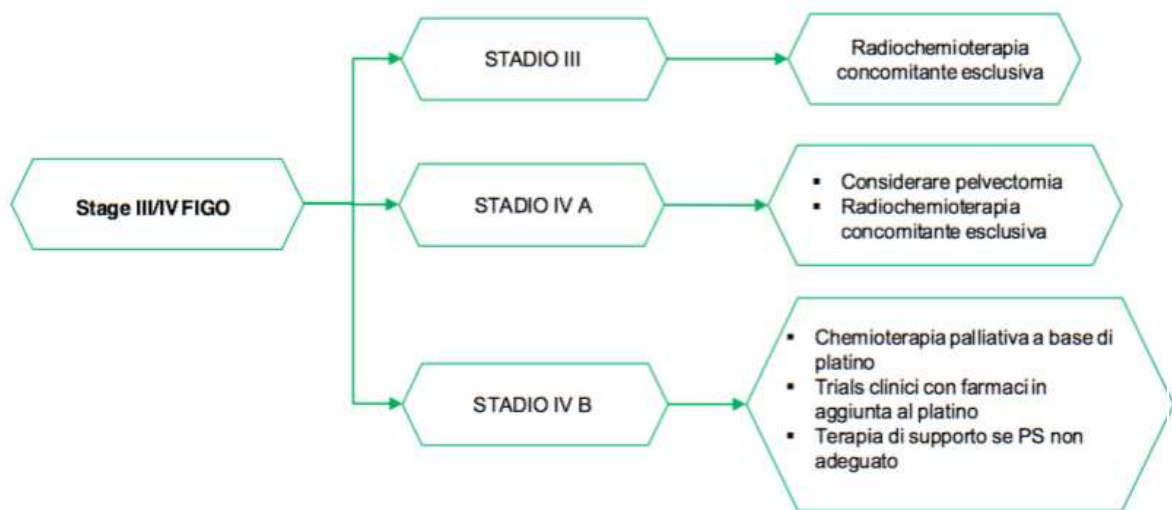
TERAPEUTICO PER PERSONE CON NEOPLASIA DELLA CERVICe UTERINA ACCERTATA ED IN FASE

AVANZATA O RECIDIVATA

Riguardo il trattamento della neoplasia nello stadio avanzato (stadio III e IV FIGO) si propongono di seguiti gli algoritmi raccomandati dalla Associazione Italiana di Oncologia Medica nell'ambito delle Linee Guida 2015, peraltro conformi a quanto previsto dalle più recenti linee guida internazionali (es. ESMO, NCCN). Risulta indispensabile una corretta valutazione multidisciplinare che tenga conto per lo meno del parere dell'Oncologo Medico, del Chirurgo Ginecologo e del Radioterapista. In Fig. 10 si riporta il relativo Percorso terapeutico. Il trattamento chirurgico andrà eseguito nei centri di I ed eventualmente II fascia riportati nel documento di Rete Oncologica per

garantire elevati standard di qualità. La gestione medica e radioterapica andrà effettuata nei centri di I e II livello.

Fig. 10 Percorso per la terapia del tumore della cervice uterina in stadio I e II FIGO



PERCORSO

FOLLOW-UP E RECIDIVA PER PERSONE CON NEOPLASIA DELLA CERVICE UTERINA PREGRESSA

Qualora la malattia fosse suscettibile di trattamento chirurgico radicale, al termine della gestione terapeutica multidisciplinare del caso, la paziente rientrerà in un adeguato percorso di *follow-up* clinico-strumentale dedicato per i successivi 10 anni, ai fini dell'individuazione precoce di eventuali recidive locali o a distanza (vedi Fig.11). In caso di recidiva la paziente sarà opportunamente rivalutata dall'Oncologo Medico al fine di definire il più opportuno percorso terapeutico, in accordo a quelle che saranno le più aggiornate linee guida nazionali ed internazionali del momento. Ai fini della stadiazione e del successivo percorso terapeutico del caso, si rimanda ai rispettivi PDTA in⁷⁷

precedenza illustrati e le principali linee guida per la gestione della patologia cervicale uterina. Tali percorsi saranno modificati nel tempo al fine di garantire il rispetto delle più aggiornate linee guida nazionali ed internazionali del caso.

Fig. 11 Percorso di follow-up di pazienti con pregresso carcinoma della cervice uterina

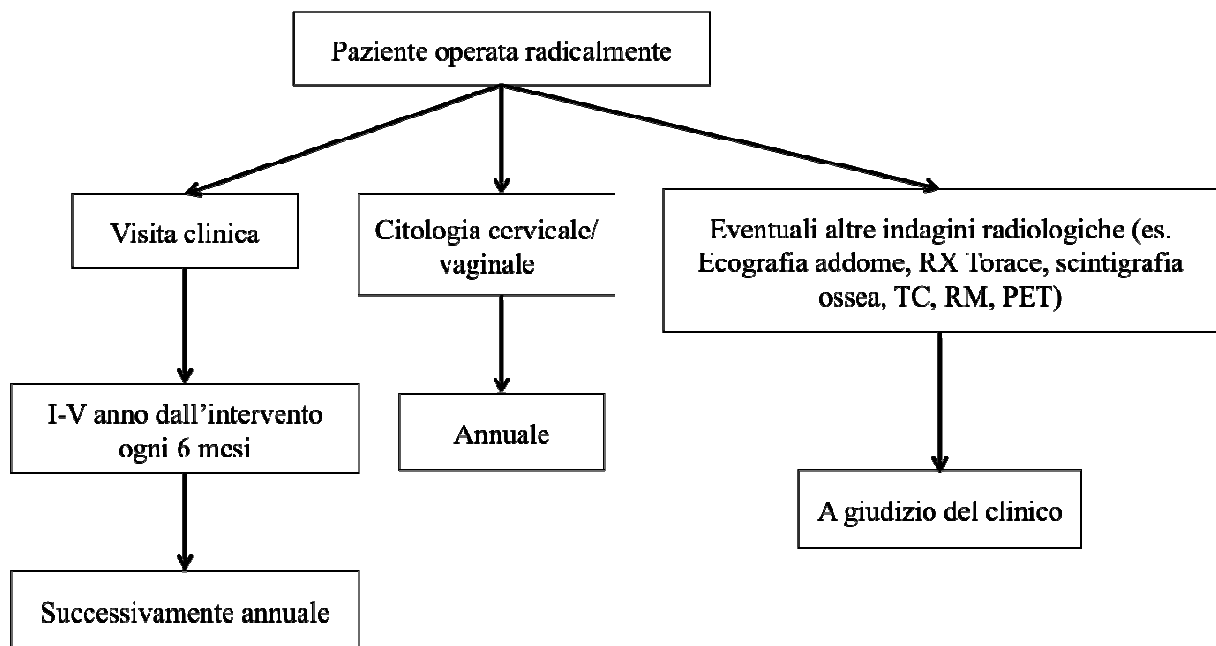
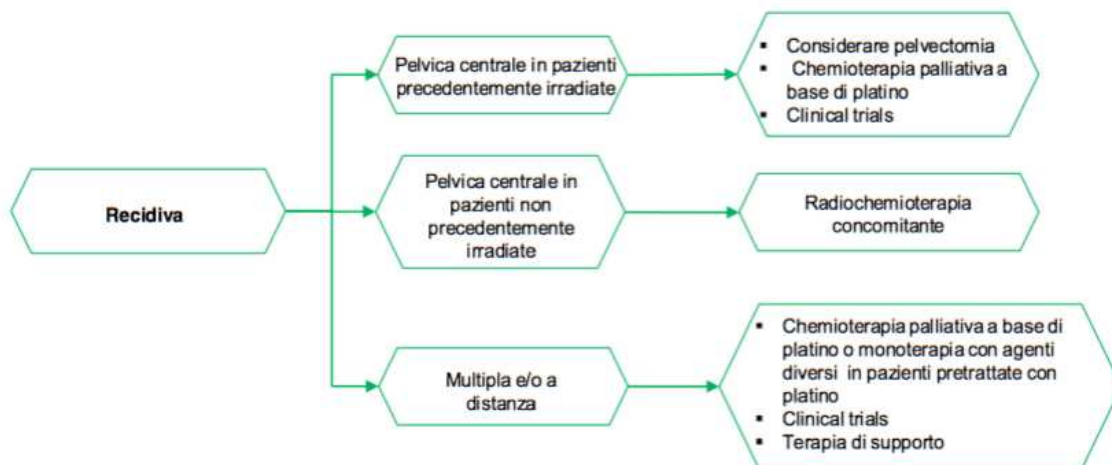


Fig. 12 Percorso per le gestione delle recidive di tumore della cervice uterina



PDTA per tumore del colon e del retto

In tabella 3 si riportano le figure professionali ed Unità Operative Complesse (di seguito UOC) deputati all'Accoglienza, Presa in Carico ed Assistenza.

Tabella 3

ACCOGLIENZA	Personale Infermieristico	UOC Oncologia Medica
	Volontari (ove presenti)	Servizio Civile - Progetto Informa Cancro
PRESA IN CARICO	Oncologi Medici - Dirigenti I livello	UOC Oncologia Medica
ASSISTENZA	Oncologi Medici - Dirigenti I livello	UOC Oncologia Medica
	Psiconcologo (ove presente)	Ambulatorio Day Hospital
	Assistenti in Formazione (nelle strutture universitarie o in Rete Formativa)	Ricovero Ordinario
	Personale Infermieristico	
	Farmacisti	UOC Oncologia Medica
	Personale Infermieristico	Unità di Manipolazione di Chemioterapici Antineoplastici U.M.A.C.A./U.F.A.
<i>Rete Interna ai centri della ROC o Esterna tra centri della Rete</i>	Personale Dedicato	UOC Chirurgia Generale UOC Cito/Istopatologia UOC Radiodiagnostica UOC Medicina Nucleare UOC Radioterapia UOC Endoscopia Digestiva

UOC di Nutrizione Clinica

PERCORSO PER SEGMENTAZIONE

Screening con Sangue Occulto nelle Feci (S.O.F.) per Persone asintomatiche

Diagnostico/Stadiativo per Persone con sospetto di patologia colon-rettale

Terapeutico per Persone con neoplasia colon-rettale accertata ed in fase precoce

Terapeutico per Persone con neoplasia colon-rettale accertata ed in fase avanzata

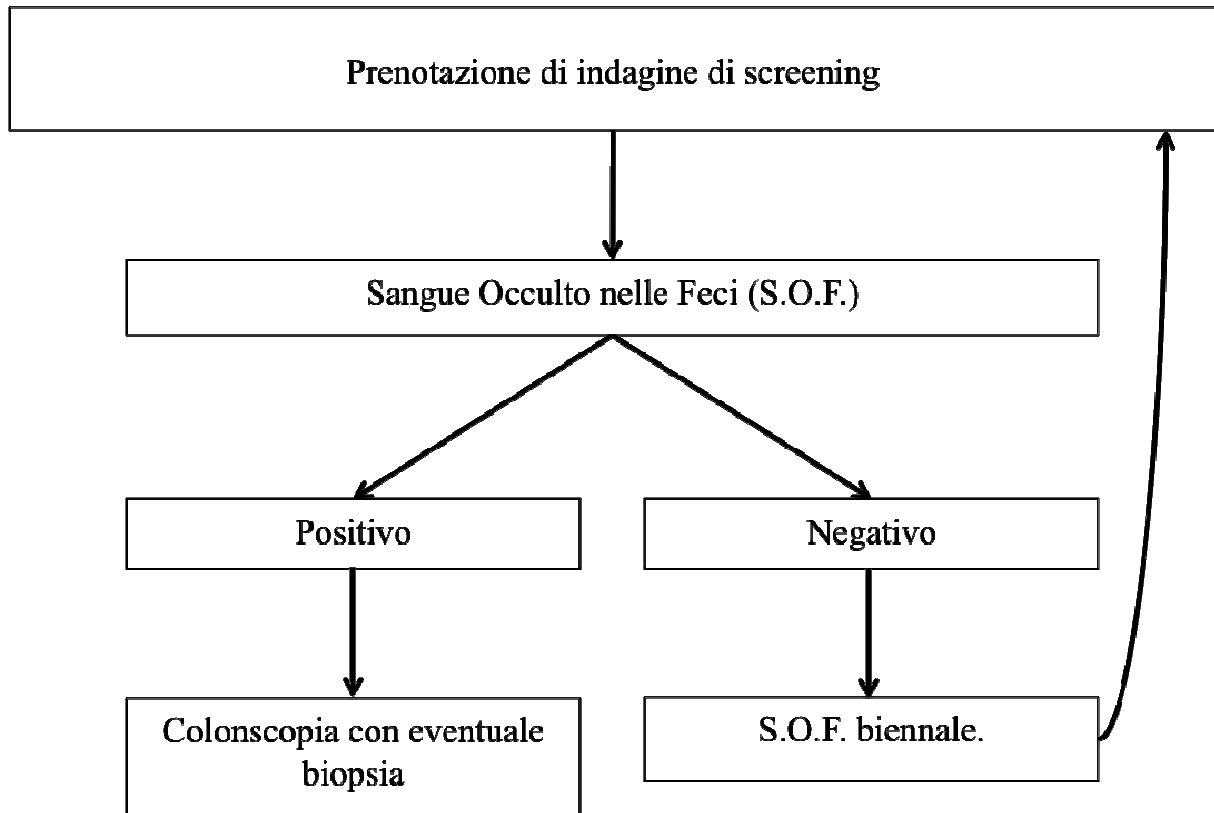
Follow-up per Persone con patologia colon-rettale pregressa

PERCORSO

SCREENING CON S.O.F. PER PERSONE ASINTOMATICHE

Lo Screening mediante Sangue Occulto nelle Feci (SOF) è una procedura Attualizzata dalle Strutture territoriali (Presidi Ospedalieri di Base, Ambulatori delle ASL, Centri Diagnostici privati in convenzione con il SSR). La popolazione target è rappresentata da donne ed uomini nella fascia d'età compresa tra 50 e 74 anni. La negatività allo screening prevede la ripetizione biennale.

In figura 13 si riporta il percorso previsto per lo screening della patologia colon-rettale.

Fig.13 Screening per tumore del colon-retto

PERCORSO

DIAGNOSTICO/STADIATIVO PER PERSONE CON SOSPETTA PATOLOGIA COLON-RETTALE

Donne ed uomini di almeno 18 anni, con sintomi sospetti per neoplasia colon-rettale (es. ematochezie, rettorragia, stipsi ostinata) o positive allo screening con S.O.F. effettueranno, su indirizzo del proprio MMG o altro medico specialista, la prima visita necessaria per l'inquadramento del problema dal parte del GOM specialistico di patologia presso un ambulatorio dedicato alla patologia colon-rettale di un centro di II livello della Rete. L'infermiere Case Manager designato dal GOM si occuperà della prenotazione degli esami necessari per la diagnosi nella Rete interna alla struttura o di indirizzare il cittadino presso le strutture della Rete Oncologica Regionale (fig. 14).

- Nel caso in cui gli approfondimenti diagnostici risultino negativi per malignità, il/la paziente sarà indirizzato/a al percorso di screening per la diagnosi precoce delle malattie colon-rettali come previsto dalle linee guida più attuali (vedi Fig.13).
- I casi dubbi o d'incerta interpretazione saranno sottoposti agli approfondimenti che saranno ritenuti più opportuni caso per caso.

Nel caso in cui gli esami diagnostici confermino il sospetto di malignità, il/la paziente sarà sottoposto/a agli opportuni esami clinico-strumentali di stadiazione (vedi Fig. 15), conformemente a quanto previsto dalle più recenti linee guida nazionali ed internazionali (AIOM, NCCN, ESMO) al fine di impostare il più adeguato percorso terapeutico. Tali esami potranno essere praticati presso i centri di I e II livello della Rete, su indirizzo del GOM responsabile della Presa in Carico.

•

Fig. 14 Diagnosi dei tumori del colon-retto

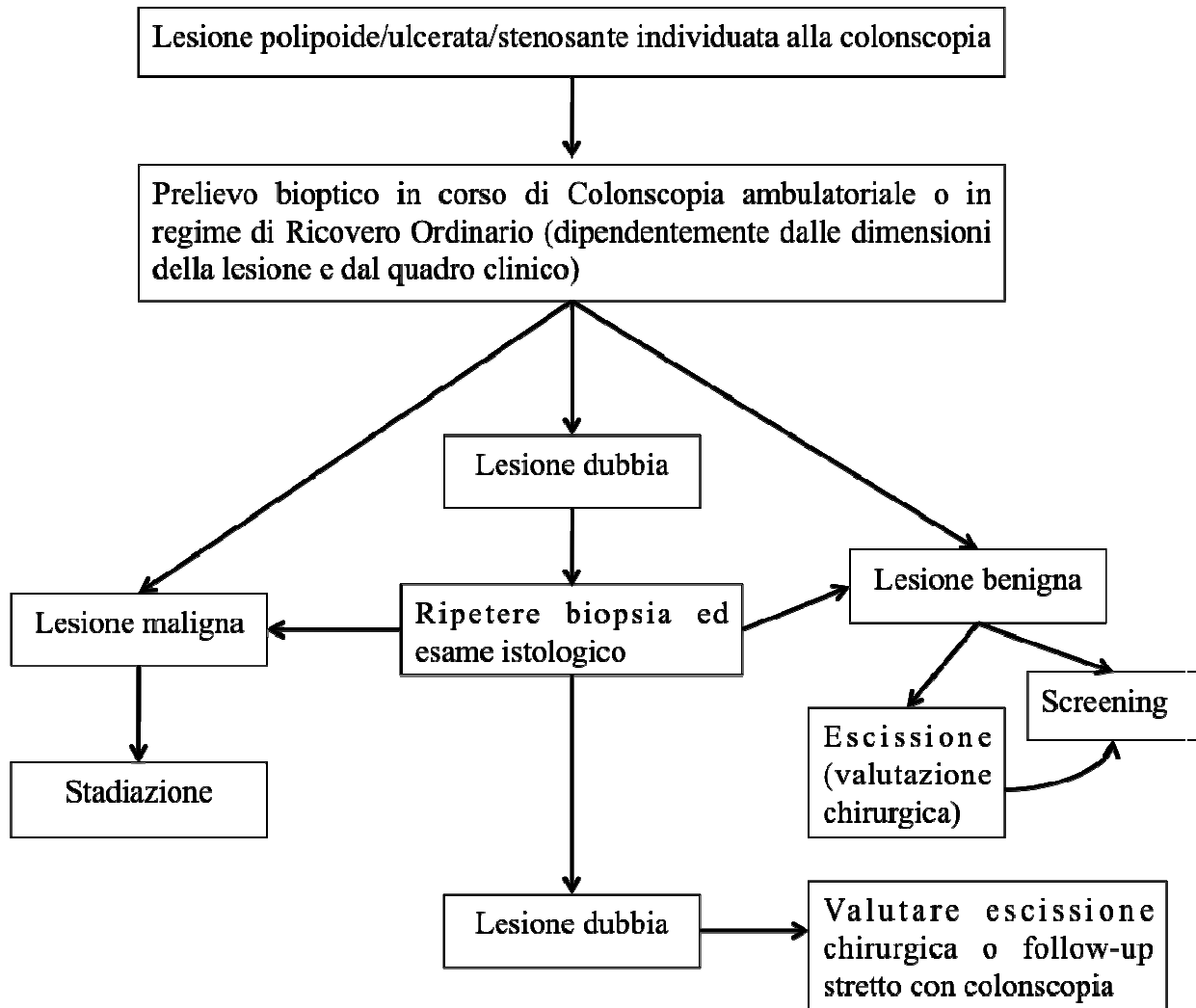
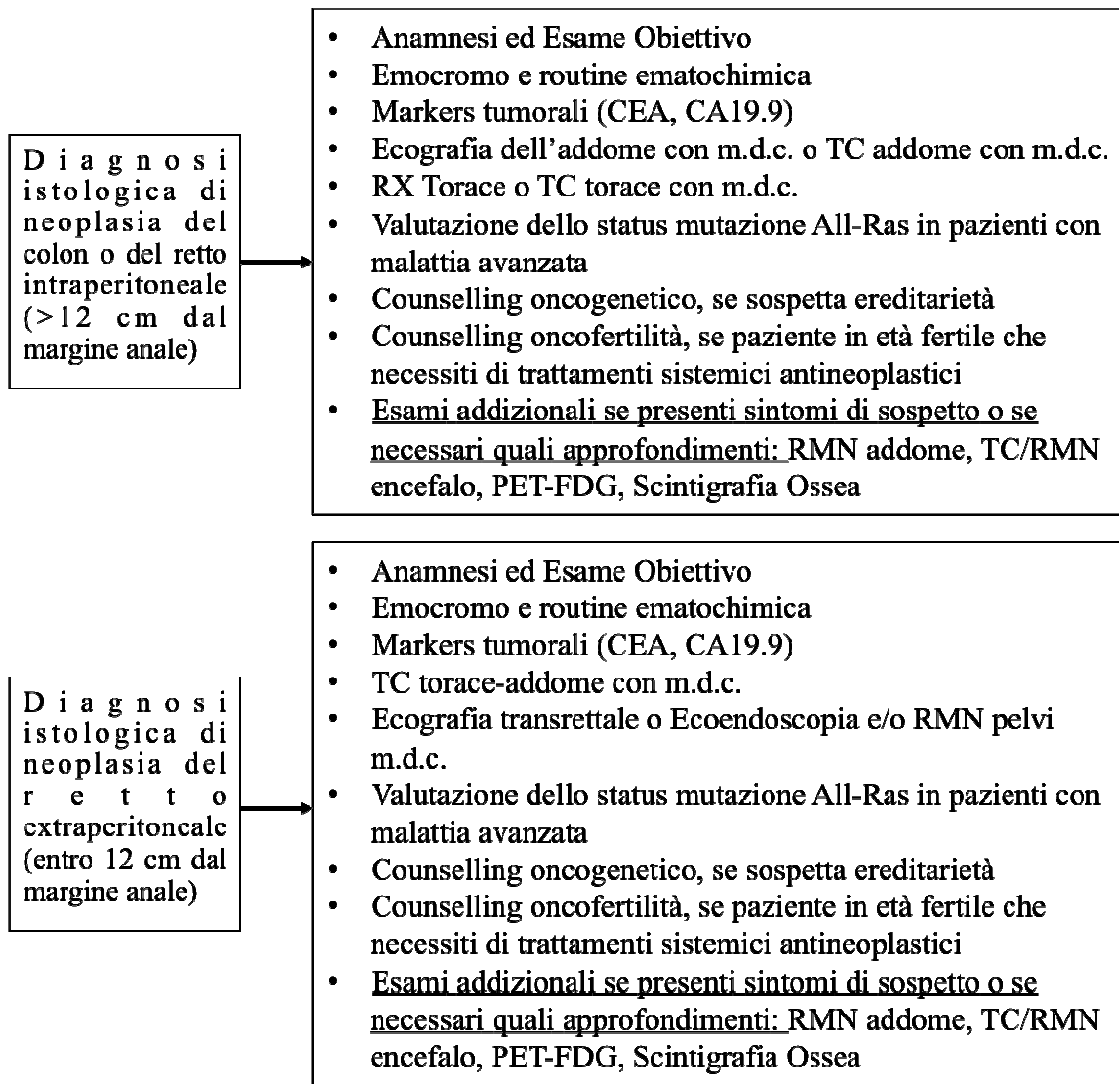


Fig. 15 Stadiazione dei tumori del colon-retto

PERCORSO

TERAPEUTICO PER PERSONE CON NEOPLASIA COLON-RETTALE ACCERTATA ED IN FASE PRECOCE

La terapia del tumore del colon e del retto differisce a seconda che la malattia si presenti alla diagnosi in fase precoce, o in fase avanzata. Inoltre, va distinta la gestione terapeutica del tumore del retto intraperitoneale (>12 cm dal margine anale), assimilabile a quella del tumore del colon, rispetto al retto extraperitoneale. Si riporta in 8,4

figura 16 il percorso per tumore del colon e retto intraperitoneale, ed in figura 17 il percorso per tumore del retto extraperitoneale in fase non metastatica. I percorsi sono stati indicati secondo l'iter previsto dalle principali linee guida nazionali ed internazionali più aggiornate, e saranno modificati secondo la loro evoluzione. Il trattamento chirurgico andrà eseguito nei centri di I fascia riportati nel documento di Rete Oncologica per garantire elevati standard di qualità. La gestione medica e radioterapica andrà effettuata nei centri di I e II livello.

Fig.16 Percorso terapeutico per tumore del colon e del retto intraperitoneale non metastatico

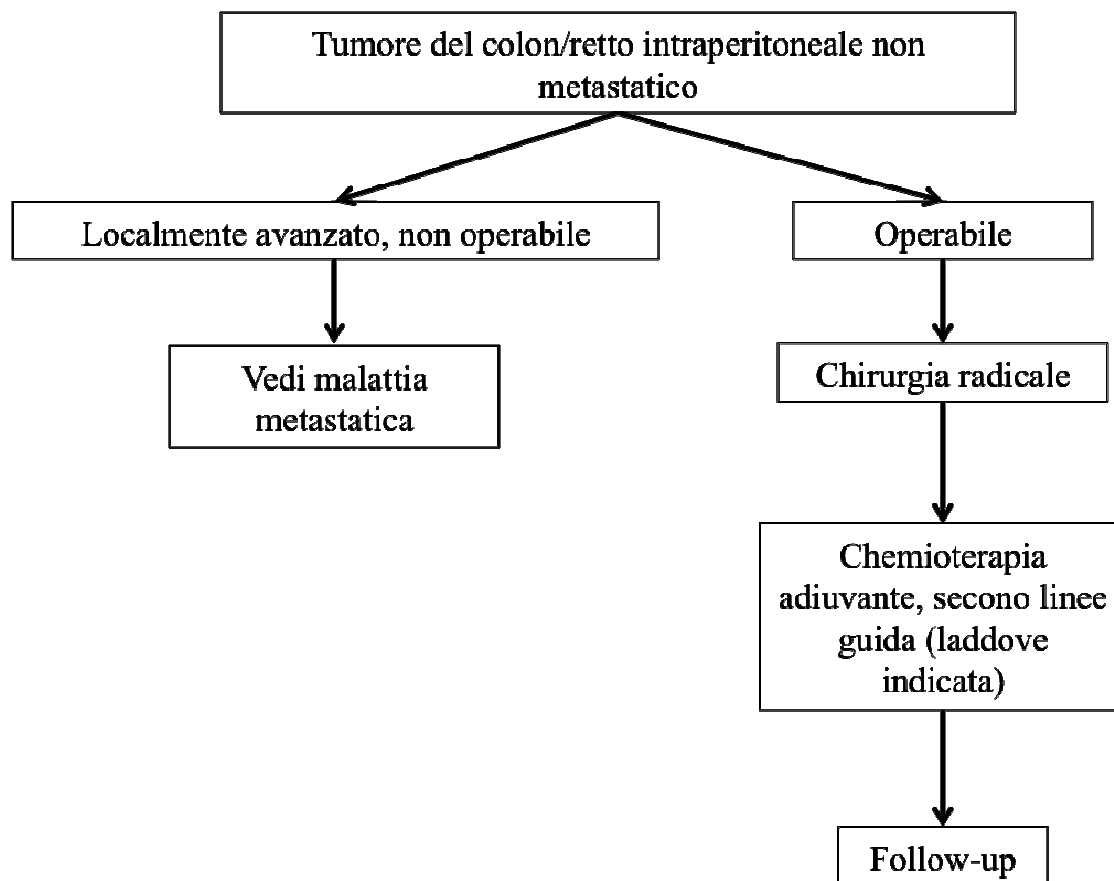
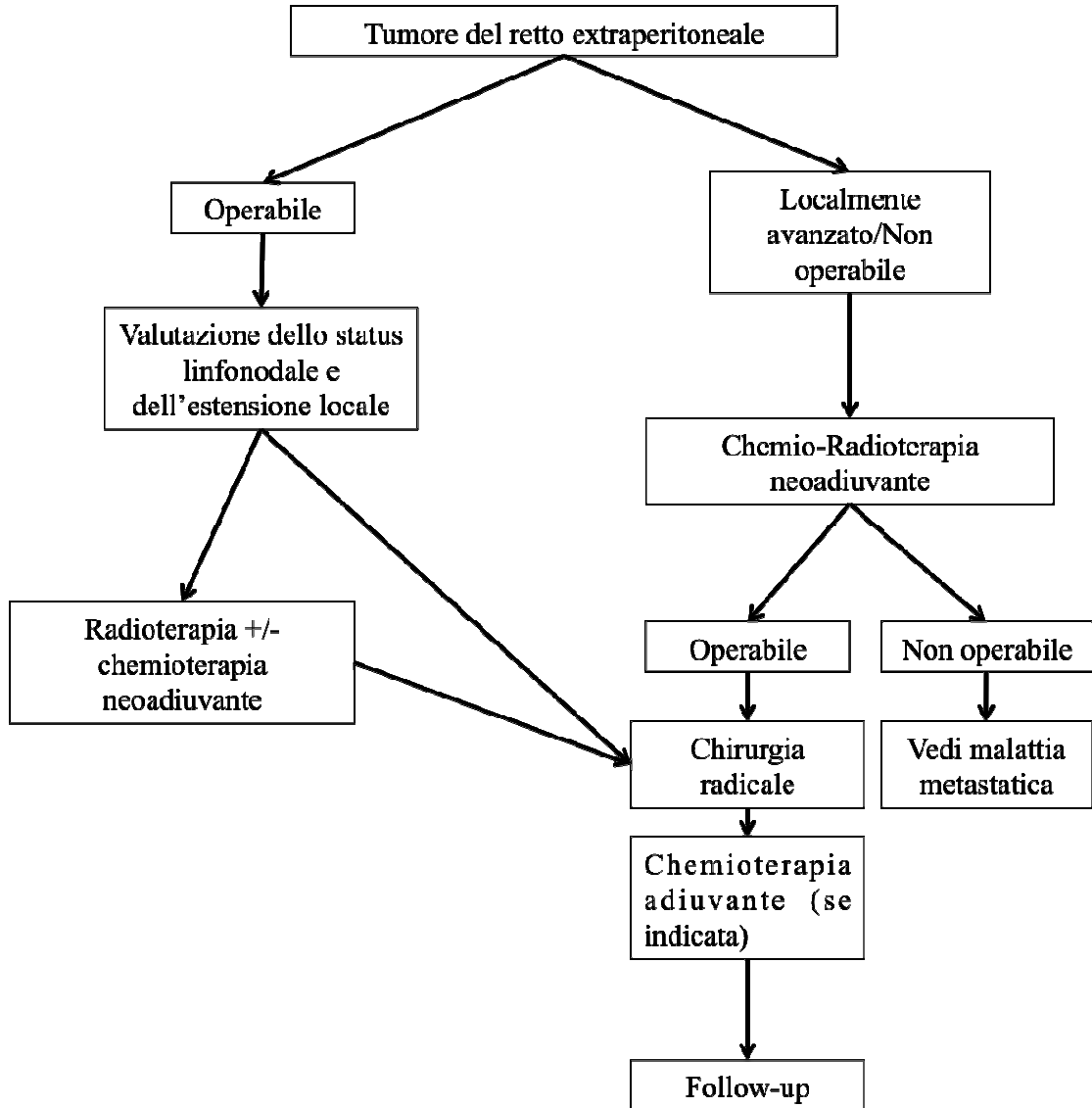


Fig.17 Percorso terapeutico per tumore del retto extraperitoneale localizzato, operabile



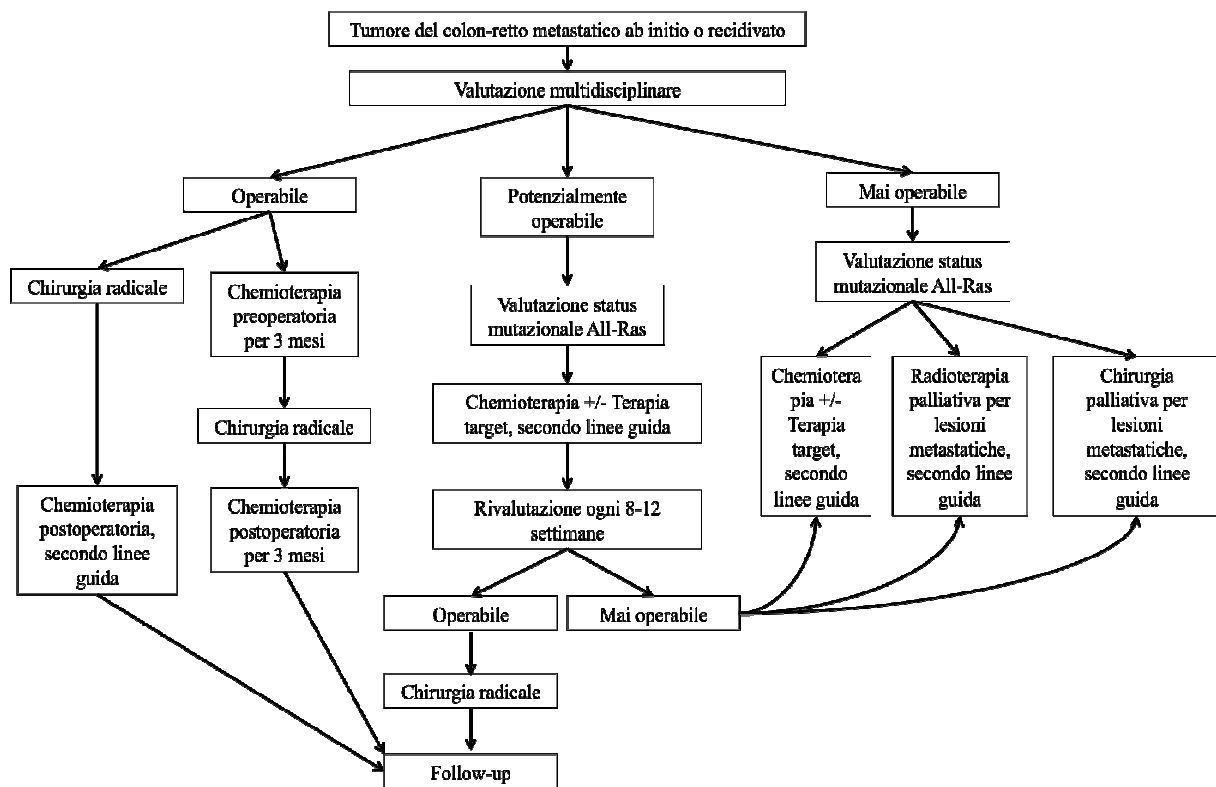
PERCORSO

TERAPEUTICO PER PERSONE CON NEOPLASIA COLON-RETTALE ACCERTATA ED IN FASE AVANZATA

Si riporta in figura 18 il percorso terapeutico per il tumore del colon - retto metastatico o recidivato intraperitoneale, ed in figura 4B il percorso per tumore del retto₈₅

extraperitoneale in fase precoce. I percorsi sono stati indicati secondo l'iter previsto dalle principali linee guida nazionali ed internazionali più aggiornate, e saranno modificati secondo la loro evoluzione. Si sottolinea come la gestione delle recidive esclusivamente pelviche di tumore del retto possa essere caratterizzata anche da un trattamento radiochemioterapico, sulla base di una attenta valutazione multidisciplinare (opzione non riportata in figura). Il trattamento chirurgico andrà eseguito nei centri di I fascia riportati nel documento di Rete Oncologica per garantire elevati standard di qualità. La gestione medica e radioterapica andrà effettuata nei centri di I e II livello.

Fig. 18 Percorso terapeutico per tumore del colon-retto metastatico/recidivato

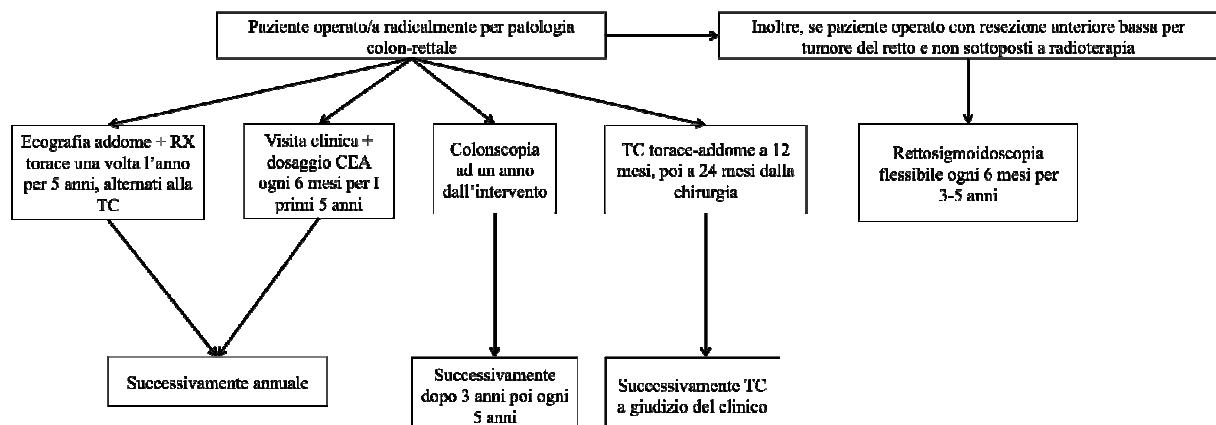


PERCORSO

FOLLOW-UP PER PERSONE CON NEOPLASIA COLON-RETTALE PREGRESSA

Qualora la malattia fosse suscettibile di trattamento chirurgico radicale, al termine della gestione terapeutica multidisciplinare del caso, il/la paziente rientrerà in un adeguato

percorso di *follow-up* clinico-strumentale dedicato per i successivi 10 anni, ai fini dell'individuazione precoce di eventuali recidive locali o a distanza (vedi Fig.6). In caso di recidiva il/la paziente sarà opportunamente rivalutato/a dall'Oncologo Medico al fine di definire il più opportuno percorso terapeutico, in accordo a quelle che saranno le più aggiornate linee guida nazionali ed internazionali. Ai fini della stadiazione e del successivo percorso terapeutico del caso, si rimanda ai rispettivi PDTA in precedenza illustrati e le principali linee guida per la gestione della patologia-colon-rettale. Tali percorsi saranno modificati nel tempo al fine di garantire il rispetto delle più aggiornate linee guida nazionali ed internazionali del caso. Si riporta in figura 19 il follow-up per paziente con pregressa neoplasia colon-rettale. Tale Percorso è frutto dei dati estrapolati dalla letteratura scientifica tuttavia non esiste al momento un consenso generale per un follow-up standardizzato.



Referenze per PDTA

Tutti i PDTA sono stati indicati secondo l'iter previsto dalle linee guida più aggiornate, rispetto alle quali saranno modificati secondo la loro evoluzione. Per una specifica definizione dei trattamenti chemioterapici, radioterapici e chirurgici da attuare per ognuna delle quattro patologie ed una puntuale definizione dei criteri decisionali di scelta, si rimanda alle linee guida specifiche di patologia, nazionali (AIOM) ed internazionali (ASCO, ESMO, NCCN, ecc.) di volta in volta più aggiornate, cui i centri della Rete Oncologica Campana dovranno attenersi, e disponibili su:

<http://www.aiom.it/professionals/documenti-scientifici/linee-guida/1,413,1>

<https://www.asco.org/practice-guidelines/quality-guidelines/guidelines>

<http://www.esmo.org/Guidelines>

https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp