

Linee d'indirizzo per la Rete Oncologica Regione Calabria

**In coerenza con le
Linee di indirizzo del *Piano Oncologico Nazionale 2023-2027*
e il *Decreto Ministeriale 8 Novembre 2023***

Sommario

PREMESSA.....	3
1. NORMATIVA DI RIFERIMENTO.....	5
2. CONTESTO EPIDEMIOLOGICO	9
Contesto epidemiologico regionale	12
3. DATI DI SCENARIO	13
Indicatori Programma Nazionale Esiti (PNE) 2022	13
Mobilità passiva	16
Gestione delle Liste d’attesa	Errore. Il segnalibro non è definito.
Fabbisogno regionale.....	17
Dati di Screening Oncologici	20
4. MODELLO DELLA RETE ONCOLOGICA DELLA REGIONE CALABRIA (ROCAL)	21
Coordinamento della rete.....	28
5. STRUTTURE DELLA RETE	30
Rete Ospedaliera	30
Rete Territoriale.....	32
6. TRANSIZIONE TRA SETTING E SERVIZI DI PROSSIMITA’	35
7. RETE DELLE CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE.....	37
8. ORGANIZZAZIONE E SERVIZI DELLA RETE	39
MMG e PLS	40
Servizi di prevenzione e Screening Oncologico.....	40
Porta Oncologica Di Accesso e di Continuità Di Cura (POAC)	42
Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM)	43
Laboratoristica	45
Radioterapia	47
9. ASSISTENZA PSICO-ONCOLOGICA	48
10. POLITICA DEL FARMACO	48
Centralizzazione delle strutture.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
Requisiti Minimi Good Clinical Practice (AIFA).....	Errore. Il segnalibro non è definito.
Percorso organizzativo definito attraverso SOP	Errore. Il segnalibro non è definito.
11. GOVERNO E SOSTENIBILITA’ DELLA RETE ONCOLOGICA.....	49
Programma di implementazione rete oncologica regionale.....	50
12. STRUMENTI DELLA RETE.....	52
PDTA	52
Carta dei Servizi	53
Qualità e Umanizzazione delle Cure	53
13. COLLABORAZIONI E SINERGIE.....	54
14. PIANO DI COMUNICAZIONE	56
15. RETE ONCOLOGICA DIGITALIZZATA	57
16. REGISTRO TUMORI.....	57
17. TELEMEDICINA	58

PREMESSA

Il progressivo invecchiamento della popolazione e il consolidamento del quadro epidemiologico caratterizzato da malattie cronico-degenerative hanno portato alla riorganizzazione dei processi di cura centrati sull'integrazione ospedale-territorio.

Il concetto di rete clinico-assistenziale, previsto nel Decreto Ministeriale n. 70/2015 ha l'obiettivo di assicurare che la presa in carico globale del paziente avvenga in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza delle cure, attraverso la definizione dei Protocolli di Dimissione protetta per i pazienti in fase post acuta e l'implementazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA).

I dati epidemiologici relativi a incidenza, prevalenza e mortalità dei diversi tipi di tumore sono utili per valutare nel tempo l'efficacia degli interventi di prevenzione primaria e secondaria, per verificare la qualità delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, per programmare i servizi che devono essere previsti dalla Rete Oncologica ed il relativo dimensionamento nel numero e nella collocazione geografica.

Nell'Unione Europea le persone cui è stato diagnosticato un cancro nel 2020 sono state 2,7 milioni e ulteriori 1,3 milioni hanno perso la vita a causa di questa malattia. Una diagnosi di cancro ha pesanti conseguenze sulla vita di chi ne è colpito, ma anche su quella della sua famiglia e dei suoi cari. Circa il 50% delle morti per tumore e il 40% dei nuovi casi di tumore sono potenzialmente prevenibili in quanto causate da fattori di rischio modificabili.

In Italia i fattori di rischio comportamentali e, quindi, modificabili sono ritenuti responsabili ogni anno di circa 65.000 decessi oncologici. Nel nostro Paese, tuttavia, cresce notevolmente il numero di donne e uomini che sopravvivono alla diagnosi di tumore, aumenta il tasso di guarigioni e sempre più persone tornano ad avere la stessa aspettativa di vita della popolazione generale. I dati testimoniano l'efficacia dei programmi organizzati di screening e l'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), in merito all'attività svolta nelle Regioni nel corso del 2018, ha sottolineato continui progressi nello sviluppo dei programmi organizzati di screening, anche se permane un divario fra Centro-Nord e Sud-Isole.

Inoltre, con l'Accordo Stato-Regioni del 17 aprile 2019 sul documento di "Revisione delle Linee guida organizzative e delle raccomandazioni per la Rete Oncologica" è stato dato nuovo impulso per favorire l'integrazione tra l'attività ospedaliera per acuti/post acuti e l'attività territoriale, cui si affiancano le attività di promozione della salute e prevenzione, previste dal Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, adottato con Intesa Stato Regioni del 6 agosto 2020 e s.m.i.

A fronte di questi progressi va, tuttavia, considerato che la pandemia da COVID-19 ha determinato una grave

difficoltà del sistema sanitario, ritardando diagnosi e presa in carico, e incidendo sull'accesso ai farmaci. Dall'inizio della pandemia le diagnosi di cancro sono diminuite, facendo presagire un aumento di casi in futuro, oltretutto diagnosticati in stadio più avanzato.

In questo contesto si pone la complessità dei bisogni della persona affetta da patologia neoplastica richiede l'istituzione di una "Rete", secondo "un modello organizzativo che assicura la presa in carico del paziente mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica e organizzativa. La rete individua i nodi e le relative connessioni definendone le regole di funzionamento, il sistema di monitoraggio, i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura, di qualificazione dei professionisti e le modalità di coinvolgimento dei cittadini". Un modello organizzativo, che preveda l'approccio multidisciplinare con l'integrazione delle differenti specialità in un team tumore specifico per la gestione clinica dei pazienti, che assicuri l'equità di accesso alle cure e la precoce presa in carico con la condivisione dei percorsi di cura.

In particolare, la rete oncologica ha l'obiettivo prioritario di creare un modello di cura incentrato sulla persona, capace di assicurare la migliore assistenza attraverso i diversi setting di cura, dall'ospedale per acuti, alle case di comunità, al domicilio stesso del malato, in un'ottica di Value Medicine, ovvero con il coinvolgimento del paziente. Si tratta di coordinare tutti i soggetti coinvolti, garantendo anche la cosiddetta "**oncologia di prossimità**". Per una categoria di pazienti così vulnerabili, è centrale garantire la continuità di cura tra ospedale e territorio e permettere l'equo accesso ai servizi sanitari di riferimento. Ha l'obiettivo di rendere operativa l'integrazione e la continuità assistenziale tra strutture ospedaliere e territoriali adeguando le modalità organizzative a nuove forme che garantiscano, oltre alla sicurezza e qualità delle prestazioni, facilità di accesso e di trattamento nella logica della prossimità e favoriscano la collaborazione con i Medici di Medicina Generale e con gli specialisti territoriali.

In generale, i nodi e le componenti della Rete sono definiti attraverso l'analisi epidemiologica, le potenzialità tecnologiche e di clinical competence, la determinazione dei fabbisogni e la definizione dei bacini di utenza, in coerenza con gli standard nazionali dell'accreditamento e con gli standard ospedalieri di attività.

Al fine di promuovere la qualità dell'assistenza, la sicurezza delle cure, l'uso appropriato delle risorse volta ad una ottimale presa in carico del paziente, la Regione si dota della Rete Oncologica Regionale per assicurare qualità dell'assistenza ospedaliera e forme alternative al ricovero in tutti i casi in cui queste ultime rispondano più efficacemente ai bisogni di cura.

Il raggiungimento di tali finalità richiede di implementare un sistema basato sull'integrazione tra i servizi ospedalieri, nonché sull'integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali che garantisca uniformità di trattamenti sul territorio.

Come specificato dal D.M. n. 70/2015, all'art. 8, nell'ambito della strutturazione della rete ospedaliera, è

necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale. Nell'ambito delle reti ospedaliere distinte per patologia tale decreto annovera la rete oncologica.

La definizione del sistema di rete deve necessariamente prevedere, da una parte un programma di formazione degli operatori, che dovranno dare vita al sistema, e dall'altra l'individuazione delle modalità di verifica dell'efficienza del sistema stesso mediante un set di indicatori misurabili.

Uno degli elementi essenziali del sistema è rappresentato dal network dei professionisti che sono coinvolti nella gestione clinica dei pazienti oncologici.

Risulta essenziale, pertanto, che gli stessi siano interessati oltre che nella fase di programmazione, anche e soprattutto nei processi decisionali clinico-organizzativi che saranno rappresentati nei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), quali strumenti di Clinical Governance e l'implementazione degli stessi per una globale presa in carico della persona.

Il presente documento affronta il tema della rete oncologica per pazienti adulti, mentre la definizione della rete oncoematologica pediatrica, della rete ematologica e della rete delle cure palliative/terapia del dolore vengono lasciati a documenti da sviluppare nel prossimo futuro, avendo a riferimento le medesime linee guida.

1. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Secondo la normativa nazionale la Rete Oncologica viene definita come “un modello organizzativo che assicura la presa in carico del paziente mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica e organizzativa” (DM 70/2015).

Nel 2021 è stato approvato il Piano Europeo di Lotta contro il Cancro che riconosce la necessità di un rinnovato impegno per affrontare l'intero decorso della malattia oncologica, comprese le rilevanti implicazioni sociali ad essa connesse, definendo altresì le strategie e le azioni da attuare nei prossimi anni per migliorare la capacità degli Stati Membri di affrontare la cura della patologia neoplastica. Il modello di riferimento riguarda l'intero clinical pathways del paziente e comprende: la prevenzione, l'individuazione precoce della malattia, la diagnosi e il trattamento, la palliazione nonché gli interventi mirati a migliorare la qualità della vita dei pazienti oncologici e dei long survivors. Il Piano è sostenuto da un ingente finanziamento e si propone di rafforzare la cooperazione tra gli Stati/Regioni, individuando gli strumenti tesi a promuovere innovazioni efficaci per eliminare le disparità di accesso alle cure (dalla prevenzione alla terapia) nei diversi Paesi Europei.

A livello nazionale, fin dal 2014 l'Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, concernente il “Documento Tecnico di indirizzo per ridurre il burden del cancro – anni 2014 – 2016, ha

recepito il documento “Guida per la costituzione di reti oncologiche regionali”, come strumento di riferimento per la programmazione e attuazione delle reti oncologiche.

Più recentemente sono state definite dall’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari (AGENAS) le indicazioni per la realizzazione, sulla base della programmazione regionale, del modello organizzativo di Rete Oncologica, nell’ambito del documento di “Revisione delle Linee Guida organizzative e delle Raccomandazioni per la Rete Oncologica che integra l’attività ospedaliera per acuti e post-acuti con l’attività territoriale”, approvato con Intesa Stato Regioni del 17 aprile 2019 (Atto 59/CSR).

La principale prospettiva del documento di cui sopra è quella di integrare i diversi setting di cura: ospedale per acuti, strutture per malati post-acuti e strutture territoriali.

Infine, anche il Piano Oncologico Nazionale 2023-2027 individua la Rete Oncologica quale modello organizzativo più adeguato ad approntare una risposta assistenziale integrata e completa associata ad un approccio multidisciplinare e multiprofessionale alla malattia oncologica.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), finanziato grazie al programma dell’Unione europea “Next Generation Europe”, riconosce alla Missione 6 – Salute aree di intervento e obiettivi strategici per il Servizio Sanitario Nazionale, da realizzare entro il 2026. Nell’ambito della Componente 1 della Missione 6 – Salute si prevede la ridefinizione capillare della rete di assistenza sanitaria territoriale, rafforzando il modello integrato ospedale-territorio anche con lo sviluppo della telemedicina. Attraverso il Decreto Ministeriale del 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale” vengono definiti gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all’assistenza territoriale e alla prevenzione, nel quadro di un modello di cure esaustivo, equo e sostenibile, in linea con l’approccio “one health”, basato sull’integrazione di discipline diverse, che si fondano sul riconoscimento che la salute umana, la salute animale e l’equilibrio dell’ecosistema sono legati indissolubilmente. La Componente 2 della Missione 6 – Salute prevede il rinnovamento delle strutture tecnologiche, con particolare riferimento alle tecnologie biomediche, al potenziamento dell’infrastruttura digitale, alla implementazione della telemedicina e dei flussi informativi delle strutture sanitarie pubbliche.

Gli strumenti su menzionati dovranno essere in grado di assicurare flussi informativi atti a dare maggiori informazioni sul paziente e sul percorso di cura, garantendo anche il potenziamento della ricerca scientifica e lo sviluppo delle competenze del capitale umano del SSN attraverso la formazione.

In sintesi, si riporta la normativa di riferimento a livello nazionale:

- Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 e 2010-2012;
- Intesa Conferenza Stato-Regioni sul Nuovo Piano di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2010-2012;
- Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 10 febbraio 2011
"Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro, anni 2011-2013 per

brevità indicato come Piano Oncologico Nazionale (PON);

- Legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore";
- Intesa Conferenza Stato-Regioni del 25 luglio 2012 "Definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle Unità di Cure Palliative e della Terapia del Dolore";
- Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali" Rep. Atti n. 16/CSR del 20 febbraio 2014;
- Intesa Conferenza Stato-Regioni 18 dicembre 2014 "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali dei centri di senologia";
- Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- Conferenza Stato-Regioni del 17 aprile 2019: Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Revisione delle Linee Guida organizzative e delle raccomandazioni per la Rete Oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale";
- Decreto Ministeriale 29 aprile 2022 "Linee guida organizzative contenenti il "Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare";
- Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale";
- Intesa Stato-Regioni, Piano Oncologico Nazionale: documento di pianificazione e indirizzo per la prevenzione e il contrasto del cancro 2023-2027, 26 gennaio 2023;
- Intesa Stato-Regioni, ai sensi dell'articolo 8, comma 1-bis, del decreto-legge 6 novembre 2021, n. 152, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 dicembre 2021, n. 233, sullo schema di decreto ministeriale recante l'istituzione dei Molecular tumor board e individuazione dei centri specialistici per l'esecuzione dei test per la profilazione genomica estesa Next Generation Sequencing. Repertorio atto n. 99/CSR, 10 maggio 2023;
- Accordo, ai sensi del punto 8.1 dell'allegato 1 al regolamento di cui al decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, 2 aprile 2015, n. 70, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sul documento "Requisiti essenziali per la valutazione delle performance delle reti oncologiche". Rep. atti n.165/CSR del 26 luglio 2023;
- Accordo, ai sensi del punto 8.1 dell'allegato 1 al regolamento di cui al decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, 2 aprile 2015, n. 70, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sul documento "Il ruolo delle Associazioni

di volontariato, di malati e di attivismo civico nelle reti oncologiche”. Rep. atti n. 166/CSR del 26 luglio 2023.

- Decreto del Ministro della Salute 8 Novembre 2023 -Criteri e modalità di riparto tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del Fondo per l’implementazione del Piano Oncologico Nazionale 2023-2027.

A livello regionale, nel 2018, con DDG n. 7028 è stato istituito il Gruppo tecnico di lavoro per l'aggiornamento della Rete Oncologica regionale già approvata con DCA n. 10/2015 e per la stesura dei relativi PDTA delle patologie oncologiche più frequenti.

Il DCA 100/2020 della rete oncologica regionale Hub & Spoke ad Integrazione territoriale, approva nel contesto della stessa rete, la creazione di n. 3 Breast Unit per la cura dei tumori della mammella (Area Nord, Centro e Sud).

Successivamente, è stato formalmente costituito il Coordinamento regionale della rete oncologica con DDG n. 3939 del 15/04/2021, con il compito di governare la rete oncologica.

Il Programma Operativo 2022-2025 prevede, nella sezione delle reti assistenziali, l’aggiornamento della Rete Oncologica e dei Tumori Rari ed in tema di prevenzione, una sezione dedicata agli screening oncologici di popolazione.

Inoltre, con DCA n. 92 del 23 marzo 2023 viene costituito il Coordinamento Regionale della Rete Oncologica per la modifica del DCA n. 100/2020.

Come indicato nel Programma Operativo 2022-2025, l’approvazione da parte della Regione di PDTA oncologici è propedeutica all’attivazione di iniziative che consentiranno la presa in carico del paziente oncologico e faciliteranno il contenimento delle fughe verso altre regioni.

I PDTA redatti a livello regionale sono i seguenti:

- PDTA per il Carcinoma del Colon-Retto DCA n. 84 del 16 agosto 2022;
- PDTA per il Carcinoma Polmonare DCA n. 83 del 16 agosto 2022;
- PDTA per il Carcinoma della prostata DCA n. 89 del 18 agosto 2022;
- PDTA per la neoplasia della mammella DCA n. 154 del 11 novembre 2022

Per ciò che attiene i Centri Prescrittori, sono stati aggiornati a livello regionale con DCA n. 36 del 18 gennaio 2023 (revisione DCA n. 164/2018).

A livello regionale, in tema di cure palliative e terapia del dolore si riportano i seguenti atti:

- DCA n. 34 del 7 aprile 2022 - Recepimento “Accordo, ai sensi dell’articolo 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento “Accreditamento della rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche, ai sensi della legge 15 marzo 2010, n. 38” (Rep. Atti n. 30 del 25 marzo 2021).

- DCA n. 158 del 29 dicembre 2020 - Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 16 dicembre 2010 "Linee Guida per la promozione, lo sviluppo ed il coordinamento regionale nell'ambito delle Reti di Cure Palliative e di Terapia del Dolore" - Ridefinizione dei componenti il Coordinamento regionale Reti di Cure Palliative e di Terapia del Dolore (DCA n. 81 del 21/05/2020).
- DCA n. 132 del 20 ottobre 2020 - Recepimento Accordi, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38, sui documenti "Accreditamento delle reti di cure palliative" (Rep. Atti n. 118/CSR del 27 luglio 2020) e "Accreditamento delle reti di terapia del dolore" (Rep. Atti n. 119/CSR del 27 luglio 2020).
- DCA n. 81 del 21 maggio 2020 - Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 16 dicembre 2010 "Linee Guida per la promozione, lo sviluppo ed il coordinamento regionale nell'ambito delle Reti di Cure Palliative e di Terapia del Dolore". Istituzione Coordinamento regionale Reti di Cure Palliative e di Terapia del Dolore e nomina componenti del suddetto coordinamento e dei componenti i Tavoli tecnici di supporto di disciplina.
- DCA n. 77 del 6 luglio 2015 - P.O. 2013-2015. Programma 14 - Azione P 14.4 - Rete regionale di cure palliative ed Hospice (Legge 15 marzo 2010 n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle Cure Palliative e alla Terapia del Dolore").
- DCA n. 59 del 10 giugno 2015 - Promozione dell'appropriatezza organizzativa ospedaliera, definizione dei Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) per Chemioterapia e Litotrisia.
- DCA n. 36 del 14 maggio 2015 - Legge 15 marzo 2010 n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle Cure Palliative e alla Terapia del Dolore (G.U. n. 65 del 19 marzo 2010). Rete regionale di Terapia del Dolore.

2. CONTESTO EPIDEMIOLOGICO

Nel rapporto "I numeri del cancro 2022", frutto della collaborazione tra AIOM (Associazione italiana di oncologia medica), AIRTUM (Associazione italiana registri tumori), Fondazione AIOM e PASSI (Progressi nelle aziende sanitarie per la salute in Italia), si afferma che rispetto al 2020, nel 2022 i nuovi casi di tumore si stima che siano aumentati dell'1,4 per cento circa per gli uomini e dello 0,7 per cento per le donne.

Nel corso del 2022 è stato, infatti, calcolato che in Italia vi siano state circa 391.000 nuove diagnosi di tumore, 14.000 in più, di cui quasi 205.000 fra gli uomini e quasi 186.000 fra le donne, escludendo i tumori della cute non melanomi.

Sebbene la principale causa dell'aumento delle diagnosi di tumore rimanga l'invecchiamento della popolazione, il documento permette di chiarire anche da questo punto di vista gli effetti secondari della pandemia, conseguenti al blocco delle attività di screening e cura e alla riorganizzazione della sanità. Infatti,

nel 2020-2021 i rallentamenti delle diagnosi e degli screening oncologici hanno ritardato le diagnosi dei tumori, dalle fasi precoci a quelle più avanzate. Tuttavia, migliorano le percentuali di sopravvivenza, soprattutto delle persone che sono ancora in vita a 10-15 anni da una diagnosi di cancro. Grazie ai progressi della ricerca, il cancro sta sempre più diventando una patologia più prevenibile e curabile rispetto al passato, con una tendenza alla cronicizzazione che pone problemi assistenziali ed organizzativi complessi.

A livello globale è stato stimato che nel 2019 i tumori abbiano provocato complessivamente 10 milioni di decessi (124,7 decessi per 100.000) di cui 5,69 milioni maschi (156,1 per 100.000) e 4,34 milioni femmine (99,9 per 100.000), risultando la seconda causa di morte dopo le malattie cardiovascolari, con una incidenza di 23,6 milioni di casi (290,5 casi per 100.00) di cui 12,9 milioni nei maschi (348,7 per 100.000) e 10,6 milioni nelle femmine (246,1 per 100.000)), e una prevalenza di 85,8 milioni di casi (1.046,7 casi per 100.000), di cui 40,6 milioni nei maschi (1058,5 per 100.00) e 45,2 milioni nelle femmine (1.560 per 100.000).

Nel 2020 sono state 2,7 milioni le persone nell'Unione Europea cui è stata diagnosticata una patologia neoplastica e ulteriori 1,3 milioni sono decedute a causa di tale malattia. Attualmente l'Europa, che rappresenta un decimo della popolazione mondiale, conta un quarto dei casi di cancro nel mondo.

Nel nostro Paese i dati ISTAT relativi all'anno 2020 rilevano 177.117 decessi per tumori (97.437 maschi e 79.680 femmine), di cui 167.502 per tumori maligni (92.359 maschi e 75.143 femmine), complessivamente in diminuzione rispetto all'anno 2019.

La stima dell'impatto della pandemia di COVID-19 sulla mortalità per tumori nel 2021 presenta diversi elementi di incertezza. Una diminuzione delle certificazioni di morti per tumore è ipotizzabile per i pazienti con tumore avanzato infetti da Coronavirus SARS-CoV-2 il cui decesso è stato attribuito alla COVID-19. D'altro canto, il decesso di alcuni pazienti con tumori avanzati potrebbe avere subito delle influenze legate alle ripercussioni che la pandemia ha avuto sui sistemi sanitari, inclusi i servizi oncologici, soprattutto nei mesi di marzo-maggio 2020.

I dati di sopravvivenza in Italia per il 2020 rilevano che il 65% dei malati di tumore ha ricevuto una diagnosi da più di cinque anni, il 39% da oltre dieci. La sopravvivenza è aumentata negli anni e inoltre, a livello individuale, migliora man mano che ci si allontana dal momento della diagnosi. In particolare, è particolarmente estesa la sopravvivenza dopo i cinque anni dalla diagnosi in persone che hanno avuto tumori molto diffusi come quelli del seno (88%) e della prostata (93%). Il cancro è ancora la seconda causa di morte (il 29% di tutti i decessi) dopo le malattie cardiovascolari, ma chi sopravvive a cinque anni dalla

diagnosi ha, soprattutto per alcuni tumori (testicolo, tiroide, ma anche melanoma, linfomi di Hodgkin e, in misura minore, colon-retto), prospettive di sopravvivenza vicine a quelle della popolazione generale. In Italia i valori di sopravvivenza sono sostanzialmente in linea con quelli dei Paesi nordeuropei, degli Stati Uniti e dell’Australia.

Per quanto riguarda la prevalenza, cioè il numero di persone che vivono dopo una diagnosi di un tumore, è stato stimato che nel 2020 vi fossero in Italia circa 3,6 milioni di persone con una diagnosi di tumore (1,9 milioni femmine e 1,7 milioni maschi), ovvero il 6% della popolazione italiana, con un aumento del 36% rispetto alle stime prodotte nel 2010. Questo incremento è dovuto in gran parte all’allungamento della sopravvivenza, grazie ai progressi nel campo dell’assistenza sanitaria ai pazienti oncologici. Due terzi dei casi prevalenti (2,4 milioni) avevano avuto una diagnosi di tumore da più di 5 anni, mentre i pazienti la cui diagnosi risaliva a oltre 10 anni erano il 39% del totale. Anche se il tempo intercorso dalla diagnosi per definire la guarigione varia da tumore a tumore e tra maschi e femmine, è stato stimato che oltre la metà delle femmine (52%) cui è stato diagnosticato un tumore possano considerarsi guarite o destinate a guarire; tra i maschi la frazione di guarigione è più bassa (39%) a causa della maggior frequenza di tumori a prognosi più severa.

Per ciò che concerne l’incidenza, i nuovi casi stimati di tumore (ad eccezione dei tumori della cute diversi dal melanoma) nel 2022 saranno 390.700. Nel dettaglio, la stima è di 205.000 nuovi casi negli uomini (a fronte dei 199.500 casi diagnosticati nel 2020, con un aumento stimato dell’1,4%), e di 185.700 nuovi casi nelle donne (a fronte dei 183.200 casi diagnosticati nel 2020, con un aumento stimato dello 0,7%).

In ordine decrescente di incidenza stimata nella popolazione complessiva, i tumori più frequenti sono il tumore della mammella (55.700 nuovi casi (14,3%), con un incremento dello 0,5% rispetto al 2020), il tumore del colon-retto 48.100 nuovi casi (12,3%), +1,5% negli uomini e +1,6% nelle donne), il tumore del polmone (43.900 nuovi casi (11,2%), +1,6% negli uomini e +3,6% nelle donne), il tumore della prostata (40.500 nuovi casi (10,4%), +1,5%) e il tumore della vescica (29.200 nuovi casi (7,5%), +1,7% negli uomini e +1,0% nelle donne).

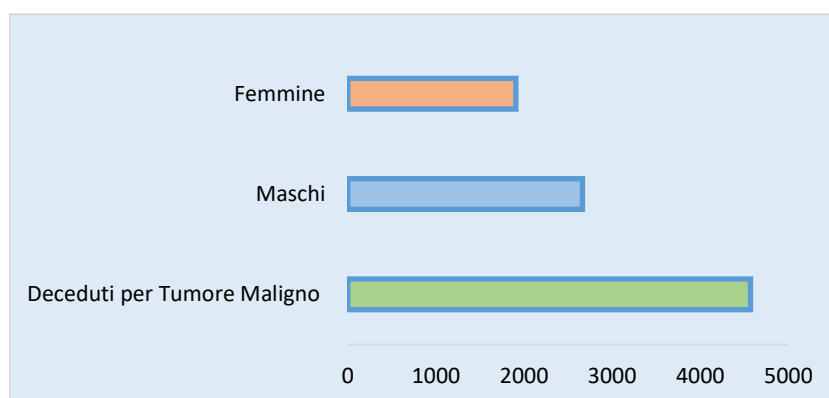
Negli uomini, in ordine decrescente di incidenza stimata, i tumori più frequenti sono il tumore della prostata (40.500 casi – 19,8%), il tumore del polmone (29.300 – 14,3%), il tumore del colon-retto (26.000 – 12,7 %), il tumore della vescica (23.300 – 11,4%) e il tumore dello stomaco (8.800 – 4,3%). Nelle donne, in ordine decrescente di incidenza stimata, i tumori più frequenti sono il tumore della mammella (55.700 casi – 30%), il tumore del colon-retto (22.100 – 12%), il tumore del polmone (14.600 – 7,9 %), il tumore dell’endometrio (10.200 – 5,5%) e il tumore della tiroide (8.700 – 4,7%).

Contesto epidemiologico regionale

Entrando nello specifico dei dati regionali, in Calabria nel 2018 sono stati stimati 10.350 nuovi casi (5.850 uomini e 4500 donne). Il tumore più frequente in Calabria è quello del colon-retto con 1550 nuovi casi nel 2018. Seguono il cancro della mammella (1250) e della prostata (1050).

Per ciò che concerne i dati relativi alle cause di mortalità, l'ISTAT per l'anno 2020 riporta 4870 decessi per Tumori (2828 Maschi e 2045 Femmine) e, più nel dettaglio, 4570 decessi per **tumori maligni** come di seguito articolati.

Deceduti per Tumore Maligno in Calabria - 2020	Maschi	Femmine
4570	2663	1907



Nella cartina geografica seguente si evidenziano i volumi di cui sopra, suddivisi per provincia.

Si riporta il dettaglio dei tumori maligni con i relativi volumi di mortalità.

Tabella 1: volumi mortalità per tipologia tumore maligno

Causa malattia oncologica	Maschi	Femmine	Totale
di cui tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	576	163	739
di cui tumori maligni del colon, del retto e dell'ano	348	265	613
di cui tumori maligni del seno	6	344	350
di cui tumori maligni del pancreas	141	137	278
di cui tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici	182	86	268
di cui tumori maligni della prostata	266	-	266
di cui tumori maligni dello stomaco	162	101	263
di cui leucemia	128	89	217
di cui tumori maligni della vescica	133	27	160
di cui morbo di hodgkin e linfomi	91	66	157
di cui tumori maligni del cervello e del sistema nervoso centrale	64	45	109
di cui tumori maligni delle labbra, cavità orale e faringe	53	41	94
di cui tumori maligni dell'ovaio	-	91	91
di cui altri tumori maligni del tessuto linfatico/ematopoietico	57	33	90
di cui tumori maligni di altre parti dell'utero	-	74	74

di cui tumori maligni del rene	53	17	70
di cui tumori maligni della laringe	46	3	49
di cui melanomi maligni della cute	29	19	48
di cui tumori maligni dell'esofago	26	9	35
di cui tumori maligni della tiroide	5	12	17
di cui tumori maligni della cervice uterina	-	10	10
di cui altri tumori maligni	297	275	572

In Calabria, come in Italia, il tumore associato alla maggior quantità di decessi è il tumore polmonare anche se il tasso di mortalità per questa neoplasia si attesta a livelli più bassi nelle regioni meridionali rispetto al Centro ed al Nord.

3. DATI DI SCENARIO

Indicatori Programma Nazionale Esiti (PNE) 2022

In chirurgia oncologica i migliori risultati si associano al trattamento di elevati volumi di casistica, questo sia per il mantenimento e lo sviluppo delle migliori competenze cliniche, che per la possibilità di garantire la presenza di competenze multiprofessionali e di adeguate tecnologie.

A tal proposito, si prendono a riferimento gli indicatori dell'ambito Oncologico riportati nel Programma Nazionale Esiti (PNE).

Nello specifico, per ogni patologia neoplastica si rappresentano i volumi di ricovero per interventi chirurgici osservati per l'anno 2022 relativi alle strutture calabresi, pubbliche e private accreditate, suddivise per area (Nord, Centro, Sud).

Al fine di garantire una scelta ottimale del percorso diagnostico terapeutico si riportano, per ciascuna area geografica, le sole strutture con volume di attività pari o superiore al valore soglia della specifica patologia.

Nello specifico della nostra regione esiste la necessità di ricomprendere nella rete delle strutture di chirurgia oncologica anche strutture che allo stato attuale non trattano volumi di casistica adeguati, ma senza le quali l'accessibilità territoriale e la possibilità di concentrare casistica anche riducendo il fenomeno della mobilità dei pazienti verso altre regioni, sarebbe messa in seria discussione. Nello specifico, tali strutture saranno monitorate nell'arco temporale di due anni verificandone l'andamento dei volumi di attività. Inoltre, si precisa che le strutture pubbliche e private che non raggiungeranno i volumi previsti sono da considerare non autorizzate al trattamento nel rispetto dei principi enunciati nell'Accordo Stato-Regioni del 17 aprile 2019, in cui si evidenzia come l'eccessiva frammentazione riduca significativamente la qualità degli esiti assistenziali.

Quindi la concentrazione della casistica in un'area specifica garantirà un trattamento maggiormente specializzato, appropriato e più aderente alle best practices.

Di seguito si rappresentano i volumi relativi ai Tumori Mammella, Colon, Retto, Prostata, Vescica, Rene, Polmone, Stomaco, Fegato, Utero, Ovaio, Tiroide.

Tumore della Mammella (valore soglia 135 interventi annui - 10% di tolleranza su 150)

VOLUME DI RICOVERI PER TUMORE ALLA MAMMELLA (2022)					
Area	Struttura	Provincia	Tipologia Struttura	Classificazione Presidio	N
CENTRO	Ospedale Pugliese	CZ	Pubblica	HUB	419
NORD	Azienda Ospedaliera Di Cosenza	CS	Pubblica	HUB	175
SUD	Presidio Ospedaliero Riuniti	RC	Pubblica	HUB	101

Fonte: PNE 2022

Tumore del Colon (valore soglia 50 interventi annui)

VOLUME DI RICOVERI PER TUMORE AL COLON (2022)					
AREA	Provincia	Struttura	Tipologia Struttura	Classificazione Presidio	N
CENTRO	CZ	Ospedale Pugliese - Ciaccio e Mater Domini	Pubblica	HUB	152
SUD	RC	Presidio Ospedaliero Riuniti	Pubblica	HUB	83
NORD	CS	Azienda Ospedaliera Di Cosenza	Pubblica	HUB	75

Fonte: PNE 2022

Tumore del Retto (valore soglia 20 interventi annui)

VOLUME DI RICOVERI PER TUMORE AL RETTO (2022)					
Area	Struttura	Provincia	Tipologia Struttura	Classificazione Presidio	N
CENTRO	Ospedale Pugliese e Mater Domini	CZ	Pubblica	HUB	39
NORD	Azienda Ospedaliera Di Cosenza	CS	Pubblica	HUB	11
SUD	Presidio Ospedaliero Riuniti	RC	Pubblica	HUB	10

Fonte: PNE 2022

Tumore alla Prostata (valore soglia 50 interventi annui)

VOLUME DI RICOVERI PER TUMORE ALLA PROSTATA (2022)					
Area	Struttura	Provincia	Tipologia Struttura	Classificazione Presidio	N
CENTRO	Romolo Hospital (Ex Villa Eva)	KR	Privata	-	101
SUD	Presidio Ospedaliero Riuniti	RC	Pubblica	HUB	95
NORD	Azienda Ospedaliera Di Cosenza	CS	Pubblica	HUB	41
CENTRO	Ospedale Pugliese - Ciaccio e Mater Domini	CZ	Pubblica	HUB	28

Fonte: PNE 2022

Tumore alla Vescica (valore soglia 20 interventi annui)

VOLUME DI RICOVERI PER TUMORE ALLA VESCICA (2022)					
Area	Struttura	Provincia	Tipologia Struttura	Classificazione Presidio	N
NORD	Azienda Ospedaliera Di Cosenza	CS	Pubblica	HUB	18
CENTRO	Romolo Hospital (Ex Villa Eva)	KR	Privata	-	16
SUD	Presidio Ospedaliero Riuniti	RC	Pubblica	HUB	13
CENTRO	Ospedale Pugliese – Ciaccio e Mater Domini	CZ	Pubblica	HUB	13

Fonte: PNE 2022

Tumore al Rene (valore soglia 20 interventi annui)

VOLUME DI RICOVERI PER TUMORE AL RENE (2022)					
Area	Struttura	Provincia	Tipologia Struttura	Classificazione Presidio	N
NORD	Azienda Ospedaliera Di Cosenza	CS	Pubblica	HUB	37
CENTRO	Romolo Hospital (Ex Villa Eva)	KR	Privata	-	27
SUD	Presidio Ospedaliero Riuniti	RC	Pubblica	HUB	23
SUD	Policlinico Madonna Della Consolazione	RC	Privata	-	22
CENTRO	Ospedale Pugliese – Ciaccio e Mater Domini	CZ	Pubblica	HUB	13

Fonte: PNE 2022

Tumore al Polmone (valore soglia 50 interventi annui)

VOLUME DI RICOVERI PER TUMORE AL POLMONE (2022)					
Area	Struttura	Provincia	Tipologia Struttura	Classificazione Presidio	N
NORD	Azienda Ospedaliera Di Cosenza	CS	Pubblica	HUB	57
CENTRO	Ospedale Pugliese	CZ	Pubblica	HUB	40
SUD	Presidio Ospedaliero Riuniti	RC	Pubblica	HUB	6

Fonte: PNE 2022

Tumore allo Stomaco (valore soglia 20 interventi annui)

VOLUME DI RICOVERI PER TUMORE ALLO STOMACO (2022)					
Area	Struttura	Provincia	Tipologia Struttura	Classificazione Presidio	N
CENTRO	Ospedale Pugliese – Ciaccio e Mater Domini	CZ	Pubblica	HUB	41
NORD	Azienda Ospedaliera Di Cosenza	CS	Pubblica	HUB	32
SUD	Presidio Ospedaliero Riuniti	RC	Pubblica	HUB	4

Fonte: PNE 2022

Tumore al Fegato (valore soglia 40 interventi annui)

VOLUME DI RICOVERI PER TUMORE AL FEGATO (2022)					
Area	Struttura	Provincia	Tipologia Struttura	Classificazione Presidio	N
NORD	Azienda Ospedaliera Di Cosenza	CS	Pubblica	HUB	50
CENTRO	Ospedale Pugliese – Ciaccio e Mater Domini	CZ	Pubblica	HUB	34
SUD	Presidio Ospedaliero Riuniti	RC	Pubblica	HUB	1

Fonte: PNE 2022

Tumore all'Utero (valore soglia 25 interventi annui)

VOLUME DI RICOVERI PER TUMORE ALL'UTERO (2022)					
Area	Struttura	Provincia	Tipologia Struttura	Classificazione Presidio	N
NORD	Azienda Ospedaliera Di Cosenza	CS	Pubblica	HUB	58
CENTRO	Ospedale Pugliese	CZ	Pubblica	HUB	49
SUD	Presidio Ospedaliero Riuniti	RC	Pubblica	HUB	6

Fonte: PNE 2022

Tumore all'Ovaio (valore soglia 20 interventi annui)

VOLUME DI RICOVERI PER TUMORE ALL' OVAIO (2022)					
Area	Struttura	Provincia	Tipologia Struttura	Classificazione Presidio	N
NORD	Azienda Ospedaliera Di Cosenza	CS	Pubblica	HUB	20
CENTRO	Ospedale Pugliese	CZ	Pubblica	HUB	6
SUD	Presidio Ospedaliero Riuniti	RC	Pubblica	HUB	3

Fonte: PNE 2022

Tumore alla Tiroide (*valore soglia 35 interventi annui*)

VOLUME DI RICOVERI PER TUMORE ALLA TIROIDE (2022)					
Area	Struttura	Provincia	Tipologia Struttura	Classificazione Presidio	N
CENTRO	Ospedale Pugliese – Ciaccio e Mater Domini	CZ	Pubblica	HUB	63
NORD	Casa Di Cura Villa Del Sole	CS	Privata	-	42
NORD	Azienda Ospedaliera Di Cosenza	CS	Pubblica	HUB	3
SUD	Presidio Ospedaliero Riuniti	RC	Pubblica	HUB	1

Fonte: PNE 2022

Mobilità passiva

Nell'ambito della riorganizzazione della rete ospedaliera si prevede tra gli obiettivi prioritari il contenimento e il recupero della mobilità passiva extraregionale. Per ciò che concerne l'ambito Oncologico si riportano i dati di mobilità passiva relativi agli interventi chirurgici per tumori maligni.

Il fenomeno di fuga risulta piuttosto omogeneo nelle tre aree geografiche (Nord, Centro, Sud), ma anche coerente con i dati di produzione interna (volumi di ricoveri per struttura) riportati nel paragrafo precedente. Si riportano i dati relativi alla mobilità passiva 2022 per ciascuna ASP e per singola patologia neoplastica.

Tabella 2: Dati mobilità passiva extraregionale 2022 per interventi chirurgici tumori maligni

Area	ASP	Mammella	Prostata	Colon	Polmone	Tiroide	Utero	Rene	Retto	Fegato	Stomaco	Vescica	Ovaio
Nord	Cosenza	268	142	83	51	48	59	67	36	29	25	25	9
Centro	Catanzaro	52	51	21	24	24	19	24	13	18	9	11	4
	Crotone	48	19	18	12	12	13	9	5	7	5	2	0
	Vibo Valentia	47	25	24	19	20	14	5	2	4	7	3	2
Sud	Reggio Calabria	203	108	74	81	67	56	40	38	25	19	22	2
Totale		618	345	220	187	171	161	145	94	83	65	63	17

I dati sopra riportati relativi alla mobilità extraregionale per gli interventi chirurgici dei tumori maligni evidenziano uno spostamento in particolare verso le strutture delle regioni Lazio, Lombardia, Toscana, Emilia–Romagna e Campania.

Inoltre, si rileva anche un'elevata mobilità passiva, verso le stesse regioni, relativa ai trattamenti di chemioterapia (**DRG 410**) e radioterapia (**DRG 409**) nei volumi dettagliati nella tabella seguente.

Tabella 3: Dati mobilità passiva extraregionale 2022 per trattamenti terapeutici (DRG 409 e 410)

ASP di Residenza Assistito	MOBILITA'2022 per DRG 410 - chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta (n. ricoveri)	MOBILITA' 2022 per DRG 409 – radioterapia (n. ricoveri)	Totale Mobilità passiva 2022 per i DRG 410 e 409
COSENZA	472	51	523
CROTONE	50	12	62
CATANZARO	94	27	121
VIBO VALENTIA	64	15	79
REGGIO CALABRIA	246	106	352
Totale complessivo	926	211	1137

Complessivamente si registra anche una mobilità passiva verso le strutture della regione Sicilia, della regione Basilicata e della Puglia, configurandosi quindi come mobilità di confine.

Fabbisogno regionale

Al fine di poter determinare il fabbisogno regionale è stato effettuato un confronto tra i dati di produzione regionale, i dati di mobilità passiva e i dati di mobilità attiva.

Produzione regionale

Per gli interventi chirurgici afferenti a ciascuna patologia neoplastica sono stati considerati anche i volumi di produzione inferiori ai valori soglia.

Mobilità Passiva

Per gli interventi chirurgici afferenti a ciascuna patologia neoplastica sono stati considerati i volumi di produzione verso le regioni di fuga.

Nella tabella di seguito si riporta il fabbisogno di ricoveri chirurgici dei residenti calabresi per ASP relativo alle patologie oncologiche. Per questo tipo di attività il dato relativo ai ricoveri può essere considerato un buon proxy del fabbisogno.

Tabella 4:Fabbisogno regionale per Tumori

	ASP Cosenza				ASP Catanzaro				ASP Crotone				ASP Vibo Valentia				ASP Reggio Calabria				Totale Fabbisogno Regionale
	Produzione	Mobilità Attiva	Mobilità Passiva	Totale Fabbisogno	Produzione	Mobilità Attiva	Mobilità Passiva	Totale Fabbisogno	Produzione	Mobilità Attiva	Mobilità Passiva	Totale Fabbisogno	Produzione	Mobilità Attiva	Mobilità Passiva	Totale Fabbisogno	Produzione	Mobilità Attiva	Mobilità Passiva	Totale Fabbisogno	
Mammella	188	1	268	455	441	2	52	491	0		48	48	27		47	74	104		203	307	1375
Prostata	41	2	142	181	28		51	79	101	4	19	116	1		25	26	114	10	108	212	614
Colon	172	1	83	254	165	1	21	185	32	1	18	49	32	1	24	55	166		74	240	783
Polmone	57	2	51	106	40		24	64	0		12	12	0		19	19	6	1	81	86	287
Tiroide	48	1	48	95	66		24	90	2		12	14	11		20	31	9		67	76	306
Utero	62		59	121	58	2	19	75	2		13	15	3		14	17	36		56	92	320
Rene	38	1	67	104	13		24	37	27	1	9	35	0		5	5	50	4	40	86	267

Retto	32		36	68	43		13	56	2		5	7	0		2	2	17	1	38	54	187
Fegato	50	1	29	78	34		18	52	2		7	9	0		4	4	4		25	29	172
Stomaco	47		25	72	43		9	52	6		5	11	1		7	8	7		19	26	169
Vescicula	25	1	25	49	13		11	24	16		2	18	2		3	5	22	2	22	42	138
Ovaio	21		9	30	6		4	10	0		0	0	0		2	2	8		2	10	52

In un'ottica più ampia di valutazione dell'offerta erogata dalla regione Calabria riguardante la disciplina oncologica, si sintetizzano di seguito i ricoveri distinti in degenza ordinaria (DO) e day hospital (DH) per l'anno 2022, nonché le prestazioni effettuate in regime ambulatoriale per la medesima annualità.

Tabella 5: Ricoveri annualità 2022 reparto di Oncologia

AREA	STRUTTURA OSPEDALIERA	Tipologia Struttura	N° Ricoveri ANNO 2022		
			DH	DO	TOTALE
Centro	Ospedale Civile San Giovanni di Dio - Crotone	Spoke	709	321	1030
Centro	Azienda Ospedaliera Pugliese	HUB	443	445	888
Centro	AOU Mater Domini	HUB	272	325	597
Sud	Presidio Ospedaliero Riuniti (Morelli)	HUB	227	337	564
Nord	Azienda Ospedaliera di Cosenza	HUB	0	269	269
Centro	Presidio Ospedaliero Lamezia Terme	Spoke	26	147	173
Sud	Ospedale Tiberio Evoli – Melito P.S.	Ospedale P.S. Base	110	0	110
Nord	Ospedale Rossano	Spoke	6	0	6
Centro	Presidio Ospedaliero Tropea	Ospedale P.S. Base	4	0	4
Totale			1797	1844	3641

Tabella 6: Prestazioni di specialistica ambulatoriale di Oncologica anno 2022

SPECIALISTICA AMBULATORIALE ANNO 2022 Disciplina: Oncologia (cod.64)		
ASP/AO	Strutture Erogatrici	N° Prestazioni
COSENZA	Azienda Ospedaliera di Cosenza	13316
	poliambulatorio p.o. rossano	7162
	poliambulatorio p.o. san giovanni in fiore	930
	poliamb.osped.di castrovillari	4018
	presidio ospedaliero paola	7350
	centro salute mentale cosenza	11
	capt.casa della salute trebisacce	34
Totale		32821
CROTONE	pol. osped. civ. s.giov.di dio	6698
	poliambulatorio corso messina	772
	poliamb. di mesoraca	139
	poliambulatorio ciro' marina	294
Totale		7903
CATANZARO	Azienda Ospedaliera Pugliese	19111
	AOU Mater Domini	16547
	ospedale di lamezia terme - Giovanni Paolo II	18923

SPECIALISTICA AMBULATORIALE ANNO 2022 Disciplina: Oncologia (cod.64)		
	ospedale di soveria mannelli	167
	ospedale di soverato - basso ionio	1870
Totale		56618
VIBO VALENTIA	poliambulatorio s. s. b.	359
	p.o. tropea	2892
Totale		3251
REGGIO CALABRIA	Azienda Osped. Bianchi Melacrino Morelli (GOM)	8084
	polo sanitario nord	365
	polo sanitario sud	58
	p.o. di locri	3399
	ospedale t.evoli melito p.s.	7245
	casa della salute scilla	109
	poliamb. special. cittanova	47
	poliamb. special. taurianova	148
Totale		19455
Totale prestazioni ambulatoriali Regionali		120048

Le prestazioni ambulatoriali più frequenti annoverate tra quelle del cod. 64 sono ascritte ai codici: 99.25.1; 99.25.3; 89.7; 89.01. (cfr Allegato 1)

Per ogni ASP e struttura erogatrice si elencano puntualmente i volumi dell'anno 2022 nell'Allegato 1.

Tabella 7: Prestazioni di specialistica ambulatoriale di Medicina Nucleare anno 2022

SPECIALISTICA AMBULATORIALE ANNO 2022 Disciplina: Medicina Nucleare (cod.61)		
ASP/AO	Strutture Erogatrici	N° Prestazioni
CATANZARO	Azienda Ospedaliera Pugliese	5255
	AOU Mater Domini	2948
	casa di cura sant'anna hospital - catanzaro	1934
Totale		10137
REGGIO CALABRIA	Azienda Ospedaliera Bianchi Melacrino Morelli (GOM)	5651
	ist.diagnost. prof.meduri srl	2836
Totale		8487
Azienda Ospedaliera di Cosenza	Azienda Ospedaliera di Cosenza	7752
Totale		7752
Totale prestazioni ambulatoriali Regionali		26376

Tabella 8: Prestazioni di specialistica ambulatoriale di Radioterapia e Radioterapia Oncologica anno 2022

SPECIALISTICA AMBULATORIALE ANNO 2022 Disciplina: Radioterapia e Radioterapia Oncologica (cod. 70 e cod. 74)	
---	--

ASP/AO	Strutture Erogatrici	N° Prestazioni
CROTONE	Marrelli Hospital	32442
Totale		32442
Azienda Ospedaliera di Cosenza	Azienda Ospedaliera di Cosenza	20943
Totale		20943
Azienda Ospedaliera Pugliese	Azienda Ospedaliera Pugliese	59500
Totale		59500
Azienda Osped. Bianchi Melacrino Morelli (GOM)	Azienda Osped. Bianchi Melacrino Morelli (GOM)	45845
Totale		45845
Totale prestazioni ambulatoriali Regionali		158730

Dati di Screening Oncologici

Per l'anno 2022 si rappresenta di seguito un report delle attività di screening relative ai tre programmi:

- Cervice Uterina (HPV),
- Mammella,
- Colon Retto.

In dettaglio, per ogni ASP è indicata la popolazione bersaglio, cioè il target di riferimento per la chiamata attiva da parte delle Aziende Sanitarie Provinciali; il volume di inviti trasmessi alla popolazione bersaglio e in ultimo il numero di adesioni alle campagne di screening a fronte degli inviti ricevuti.

Tabella 9: dati Screening Oncologici

ASP	PROGRAMMA DI SCREENING	POPOLAZIONE BERSAGLIO	INVITI INVIATI	ADESIONI	PERCENTUALE INVITI/POP. TARGET	PERCENTUALE TARGET PO 22-25	PERCENTUALE ADESIONI/POP. TARGET	PERCENTUALE TARGET PO 22-25
COSENZA	Cervice Uterina (HPV)	41591	17039	654	40,97%	70%	1,57%	40%
	Mammella	51659	21794	3247	42,19%	70%	6,29%	50%
	Colon-retto	100061	40626	881	40,60%	70%	0,88%	40%
CROTONE	Cervice Uterina (HPV)	9788	5684	1081	58,07%	70%	11,04%	40%
	Mammella	11511	4923	1624	42,77%	70%	14,11%	50%
	Colon-retto	22470	12220	2442	54,38%	70%	10,87%	40%
CATANZARO	Cervice Uterina (HPV)	19976	24243	9097	121,36%	70%	45,54%	40%
	Mammella	25969	11153	5848	42,95%	70%	22,52%	50%
	Colon-retto	50336	20088	2417	39,91%	70%	4,80%	40%
REGGIO CALABRIA	Cervice Uterina (HPV)	48441	22930	8505	47,34%	70%	17,56%	40%
	Mammella	35398	0	0	0,00%	70%	0,00%	50%

	Colon-retto	68082	1500	30	2,20%	70%	0,04%	40%
VIBO VALENTIA	Cervice Uterina (HPV)	9184	8875	2355	96,64%	70%	25,64%	40%
	Mammella	11025	1500	569	13,61%	70%	5,16%	50%
	Colon-retto	21546	4204	427	19,51%	70%	1,98%	40%

I dati sopra riportati evidenziano il mancato perseguimento degli obiettivi prefissati nel Programma Operativo (PO) 2022-2025 sia per ciò che riguarda la percentuale di inviti trasmessi, di conseguenza, per la percentuale di adesioni da raggiungere.

Alla luce dei dati relativi alle attività di prevenzione si ritiene di fondamentale importanza agire su tali attività al fine di intercettare precocemente il target e avviarlo tempestivamente nel percorso di cura, contenendo, al contempo, anche il fenomeno di fuga.

A tal proposito, con DCA 23/2022 sono stati previsti i piani di riorganizzazione aziendale circa l'attività di Screening per cui la Regione si occuperà del monitoraggio e della rendicontazione di tale attività.

Inoltre, in linea con quanto previsto dal Programma Libero 15 (*di seguito PL15*) del Piano Regionale della Prevenzione e dando seguito a quanto previsto dal DCA 137/2020, sono stati nominati, con Decreto Dirigenziale N. 4586 del 30 marzo 2023, i componenti del "Centro di Riferimento Regionale per gli Screening Oncologici" (*di seguito CRRSO*), successivamente implementati (sempre in base a quanto previsto dal PL15) con Decreto Dirigenziale N. 10747 del 26 luglio 2023.

Il CRRSO si è riunito più volte ed ha condiviso le prime linee strategiche per il potenziamento dell'attività di screening oncologico a livello regionale, oltre ad aver rilevato e condiviso le principali criticità e problematiche da affrontare in via prioritaria.

Sulla base del Programma Operativo 2022-2025 si stanno perseguendo gli obiettivi e le azioni previste unitamente al monitoraggio delle stesse. Inoltre, vengono attuate le ulteriori azioni previste dal Programma Libero 15 (*di seguito PL15*), sia di carattere regionale che territoriale (di competenza delle ASP), al fine di soddisfare gli obiettivi e raggiungere gli indicatori stabiliti.

Infine, la Regione Calabria sta provvedendo a riprogettare e potenziare l'operatività dei sistemi informativi relativi all'attività di screening oncologico, oltre ad impegnarsi per la predisposizione di nuove procedure e protocolli che possano contribuire al raggiungimento dei livelli previsti dai LEA e dal Programma Operativo.

4. MODELLO DELLA RETE ONCOLOGICA DELLA REGIONE CALABRIA (ROCAL)

Il principio guida della Rete Oncologica della Regione Calabria (di seguito ROCAL) è determinare un approccio

olistico al cancro, attraverso un sistema integrato di promozione della salute, diagnosi precoce, presa in carico globale e prevenzione terziaria.

La sua organizzazione è stata progettata per garantire la facilitazione all'accesso, la continuità della presa in carico e l'accompagnamento proattivo nelle diverse fasi del percorso e nella risposta ai bisogni sociosanitari, secondo un programma di prestazioni programmate e prenotate e di interventi integrati tra i diversi nodi della Rete con la disponibilità di un riferimento attivo. Importante il raccordo con i servizi sociali per facilitarne la presa in carico.

Nella prospettiva di migliorare costantemente l'organizzazione e la sostenibilità del sistema delle cure oncologiche, il processo di riorganizzazione assistenziale si propone di mettere in campo una visione innovativa attuata secondo i seguenti principi clinico-organizzativi:

- rendere operativa l'integrazione e la continuità assistenziale tra strutture ospedaliere e territoriali adeguando le modalità organizzative a nuove forme che garantiscano, oltre alla sicurezza e qualità delle prestazioni, facilità di accesso e di trattamento nella logica della prossimità e favoriscano la collaborazione con i medici di medicina generale e con gli specialisti territoriali;
- assicurare il collegamento con i programmi di screening oncologico di popolazione e con la Rete delle cure palliative;
- promuovere le vocazioni distintive delle strutture e le relative allocazioni di risorse con la condivisione dei professionisti;
- ottimizzare le risorse professionali e tecnologiche disponibili, massimizzandone l'utilizzo;
- favorire l'erogazione degli interventi chirurgici nel rispetto dell'associazione tra volumi di attività ed esiti delle cure documentata dalla letteratura scientifica;
- prevedere la mobilità dei professionisti che operano sui presidi ospedalieri di riferimento, contigui geograficamente, al fine di assicurare l'erogazione diffusa di prestazioni che richiedono competenze specialistiche, nel rispetto della normativa vigente, degli accordi locali e della sicurezza del paziente;
- utilizzare tutti gli strumenti a supporto della continuità assistenziale, anche telematici (telemedicina);
- assicurare attività di valutazione delle performance delle strutture, dei percorsi assistenziali e degli esiti di salute mediante un'effettiva integrazione delle fonti informative;
- implementare e garantire l'accesso dei pazienti alle sperimentazioni cliniche in particolare farmacologiche;
- prevedere forme di partecipazione delle Associazioni di pazienti e del volontariato
- individuare un sistema di costing che monitori l'intero percorso del paziente, superando così

la logica dei silos oggi in essere;

- individuare un sistema di costing che monitori l'intero percorso del paziente, superando così la logica dei silos oggi in essere;
-

La ROCAL ha inoltre tra i suoi obiettivi lo sviluppo dell'oncologia di precisione al fine di garantire opzioni terapeutiche più personalizzate anche attraverso la profilazione genomica, che permette di individuare le migliori strategie terapeutiche

Il ruolo dei Molecular Tumor Board è centrale nel sistema di network sia per il profilo della ricerca che per coniugare l'evoluzione scientifica e tecnologica con la pratica corrente secondo i criteri del "Value based Healthcare". Il sistema di network, con identico razionale, persegue lo sviluppo e l'applicazione della tecnologia favorendo l'introduzione e la razionalizzazione di terapie innovative in ambito medico, nucleare, chirurgico e radioterapico.

Le Associazioni e la cittadinanza sono soggetti di partecipazione attiva e presenza civica nella progettazione del Comprehensive Cancer Care Network (CCCN) ed esprimono, in un sistema organico di Sanità Partecipata, il contributo dell'esperienza diretta dei pazienti. La collaborazione facilita lo sviluppo della prevenzione secondaria e terziaria, al fine di sostenere la cultura dello screening e il reinserimento del paziente oncologico nella società e nel mondo del lavoro.

Le azioni previste nel PNRR costituiscono un supporto all'innovazione delle tecnologie, alla riorganizzazione dei servizi territoriali, alla diffusione degli strumenti di telemedicina, e alla disponibilità delle informazioni cliniche e del diario del percorso assistenziale tra i nodi della Rete. Il network oncologico viene valorizzato dall'integrazione attraverso connessioni strutturate con le reti specialistiche di anatomia patologica, genetica e tutela della fertilità e con quelle trasversali tra ospedale e territorio.

Il monitoraggio della rete e la gestione della continuità devono essere supportati dall'interoperabilità dei sistemi informativi, come previsto dalle recenti Linee Guida della Conferenza Stato-Regioni sul Fascicolo Sanitario Elettronico.

Il progressivo aumento della sopravvivenza dei pazienti con tumori, per effetto sia dei miglioramenti diagnostici che di quelli terapeutici, fa sempre più assomigliare la patologia oncologica alle malattie croniche. Il "Chronic Care Model" diventa il modello organizzativo di riferimento con una presa in carico globale multidimensionale e multiprofessionale a lungo termine superando l'attuale visione ospedalocentrica verso un modello strutturato capace di mettere in rete i servizi, come anche proposto nel "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" (Decreto Ministeriale n. 70/2015).

La rete oncologica individua tradizionalmente i nodi e le relative connessioni definendone le regole di funzionamento, il sistema di monitoraggio, i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura, di qualificazione dei professionisti e le modalità di coinvolgimento dei cittadini. L'Accordo Stato-Regioni del 17 aprile 2019 sul documento "Revisione delle Linee Guida organizzative e delle Raccomandazioni per la Rete Oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e post-acuti con l'attività territoriale" prevede lo sviluppo di un modello organizzativo che poggia su due fondamentali presupposti: la crescente complessità dei bisogni sanitari e l'insufficienza della risposta incentrata esclusivamente sull'ospedale. Il modello di Rete mira all'integrazione tra ospedale e territorio, attraverso una rimodulazione del loro contributo, prevedendo di approntare una risposta assistenziale che comprenda anche il coinvolgimento del volontariato e dell'associazionismo in campo oncologico.

Le linee di indirizzo oncologiche costituiscono l'infrastruttura su cui si articola l'assistenza, la ricerca e la formazione con un'organizzazione regionale che definisce gli obiettivi e le modalità per raggiungere la migliore qualità assistenziale, improntata all'equità, all'efficacia e all'efficienza delle pratiche cliniche basate su solide basi scientifiche.

Il modello organizzativo e di governo definisce, in coerenza con gli indirizzi nazionali o regionali, le caratteristiche generali della Rete e il ruolo che riveste ogni nodo e interfaccia della stessa, comprese le strutture ospedaliere e territoriali afferenti, in modo tale da garantire la cooperazione e la governance tra i nodi della Rete e la definizione di interoperabilità fra i servizi delle aziende sanitarie.

Secondo queste linee di indirizzo, il funzionamento della Rete Oncologica viene assicurato quando è presente l'effettiva evidenza di:

- una esplicita chiarezza del mandato politico/istituzionale;
- un governo unitario per la prevenzione, cura, riabilitazione e ricerca in campo oncologico;
- l'effettiva rappresentatività delle diverse articolazioni della rete, incluse le associazioni dei pazienti;
- strumenti chiari di governance e procedure definite di relazioni interaziendali.

Il modello organizzativo di rete deve:

- garantire equità di accesso alle cure e precoce presa in carico;
- essere basato sul quadro epidemiologico, sull'analisi dei fabbisogni e sulla definizione dei bacini di utenza;
- comprendere la precisa descrizione dei nodi e delle componenti della Rete;
- essere coerente con gli standard nazionali dell'accreditamento e con gli standard ospedalieri;

- supportare il paziente nell'intero percorso, sia per gli aspetti clinici sia per quelli amministrativi;
- favorire e implementare la ricerca clinica nell'ambito dell'organizzazione in rete.

L'approccio multidisciplinare caratteristico della Rete può essere variamente declinato, in base alla distribuzione sul territorio regionale, in un insieme di soluzioni logistiche vede in linea di massima quattro principali modelli organizzativi, descritti in modo analitico nel documento di cui all'Intesa Sato-Regioni del 30 ottobre 2014, quali:

1. Comprehensive Cancer Center (CCC): principali competenze e risorse concentrate in un unico centro con autonoma forza attrattiva territoriale. In questa strutturazione le principali competenze e risorse sono concentrate in unico centro che, rispetto ad un determinato territorio, sviluppa un'autonoma forza attrattiva basata principalmente sui livelli di competenza tecnico-professionale. Possono eventualmente essere attivati accordi sostanzialmente non strutturati con altri professionisti (o eventualmente strutture) sulla base di specifici contenuti tecnico-professionali.

2. Hub and Spoke (H&S): Il modello Hub & Spoke vede una serie di strutture di primo livello (Spoke), generalmente i dipartimenti oncologici intraospedalieri, collegati managerialmente a centri sovraordinati, di maggiore specializzazione diagnostica o terapeutica (Hub), che vengono identificati sulla base di specifiche caratteristiche e competenze. Ogni Spoke deve avere la possibilità di una assistenza qualificata completa che copra la massima parte della diagnosi e cura delle principali patologie oncologiche con la stessa qualità di prestazione degli Hub. Va in ogni caso considerato che questo modello possa non essere esclusivamente strutturale ma possa realizzarsi con modalità in tutto o in parte 'funzionali' (integrazione interdisciplinare di più strutture che agiscono in modo iperspecialistico sullo stesso ambito territoriale).

3. Cancer Care Network (CCN): integrazione organizzativa e centralizzazione di disponibilità di servizi senza definita gerarchia tra le Strutture. Questo modello privilegia l'integrazione organizzativa senza definire una chiara gerarchia fra strutture; in linea di massima il network organizza l'offerta di servizi di strutture specializzate in particolare nell'assistenza. È comunque presente un'autorità centrale che regola e orienta la offerta di servizi, stabilendo quindi le 'regole' di collaborazione.

4. Comprehensive Cancer Care Network (CCCN): esprime una relazione strutturata e organizzata, gestita da un'autorità centrale (la Regione) preposta alla macroprogrammazione, di istituzioni complementari, sinergiche e organizzate per un medesimo obiettivo di cura. Tale modello si caratterizza per il profilo inclusivo delle strutture competenti e delle relazioni collaborative già esistenti in Regione, si armonizza con la programmazione regionale orientata a individuare sia funzioni di alta specializzazione che garantiscano

l'erogazione di servizi specialistici sia funzioni e servizi da assicurare in prossimità del domicilio del paziente, mediante integrazione delle strutture territoriali nei percorsi assistenziali.

A livello regionale, con DCA 100/2020 è stato adottato il modello Hub&Spoke che ha suddiviso il territorio regionale in tre aree geografiche (Area Nord, Centro e Sud) recependo i dettami di cui al DPGR 18/2010 e al successivo DCA 64/2016 in tema di rete ospedaliera.

Tra i modelli organizzativi sopra indicati, quello individuato dalla Regione Calabria per il nuovo assetto programmatico è il **Comprehensive Cancer Care Network (CCCN)**.

L'esigenza di mettere insieme risorse disponibili ed un largo bacino d'utenza porta a privilegiare un modello tipo CCCN che, potenzialmente, rende il sistema capace di una più razionale pianificazione sia di breve che di medio-lungo periodo. Tale modello è inoltre in grado di aumentare l'efficacia e l'efficienza perché tende ad evitare duplicazioni e permette reingegnerizzazioni secondo modelli più cost-effective.

Si tratta innanzitutto di un network gestito da un'autorità centrale. Tende ad includere tutte le strutture presenti nel territorio a vario titolo competenti per la prevenzione, cura e riabilitazione del cancro; in questo senso può incorporare strutturazioni già esistenti (per es. Hub & Spoke) e risorse già disponibili (per es. CCC). Ne sono caratteristiche essenziali l'esistenza di legami organizzati (più o meno stringenti) tra le varie strutture e una pianificazione regionale (ed eventualmente nazionale) dell'uso delle risorse spiccatamente inclusiva e tendente alla individuazione di funzioni e ruoli specializzati. È fondamentale anche considerare che un modello tipo CCCN ha il valore aggiunto di garantire una assistenza di eccellenza "vicino casa" perché si basa sulla valorizzazione e specializzazione di tutte le strutture presenti su un dato territorio, integrandole in percorsi al servizio dei cittadini/pazienti e dei loro familiari. Infine, tale modello sembra essere quello più facilmente sostenibile, anche se è evidente la necessità di valutazioni formali.

È indispensabile, in tale contesto, raggiungere specifici obiettivi come:

- adottare in modo condiviso linee-guida (o PDTA);
- promuovere l'introduzione e l'uso ottimale di tecnologie avanzate, spesso anche costose;
- identificare all'interno del network le strutture più adatte per quei tumori per i quali sia comprovato il rapporto fra volumi trattati ed esito dei trattamenti e per le patologie rare o le situazioni di particolare complessità;
- garantire l'equità dell'accesso;

- strutturare il supporto alle attività di ricerca ;
- selezionare strutture di eccellenza a cui delegare la gestione di farmaci e/o procedure di alto costo.

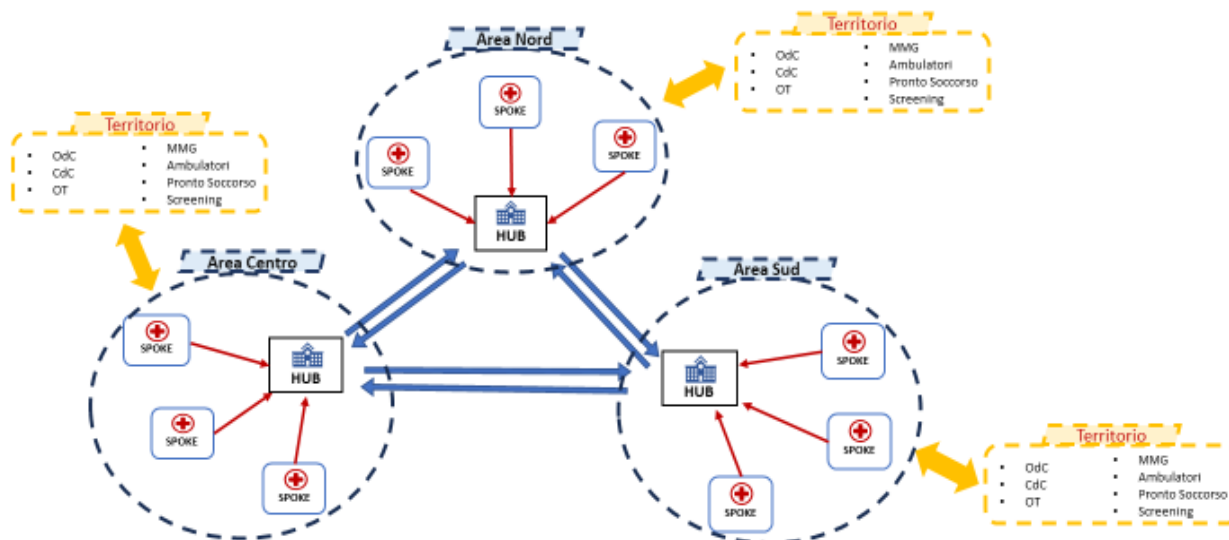
I potenziali vantaggi di tale sistema (CCCN) possono essere così riassunti:

- le strutture e i servizi sottoutilizzati possono essere pienamente utilizzati nel network funzionale, come può avvenire per attività di "nicchia" o di alta complessità;
- il network nel suo complesso può essere capace di acquisire nuove tecnologie insostenibili per una singola struttura ospedaliera;
- il network risponde, mediante l'integrazione funzionale dei percorsi, in modo capillare ai bisogni dei pazienti e delle loro famiglie;
- si evitano duplicazioni di servizi e apparecchiature;
- si rende possibile un'efficiente programmazione a breve e medio-lungo termine capitalizzando al meglio le risorse (in particolare professionali) disponibili;
- l'organizzazione di percorsi e di network garantisce una minore disuguaglianza nell'accesso alle cure, in particolare per quanto riguarda l'accessibilità a prestazioni di alta complessità
- la creazione di reti regionali integrate in un network nazionale permette di ridurre il problema della migrazione sanitaria.

Peraltro, occorre tenere in conto che il processo di riorganizzazione dell'assistenza pone alcune sfide non eludibili:

- gli obiettivi di qualità sono realistici solo se il network è in grado di gestire una "massa critica" di pazienti;
- allocare risorse in modo selettivo (per esempio per rafforzare determinati team multidisciplinari o per l'innovazione tecnologica) con decisioni condivise nel sistema (in particolare con i professionisti);
- rendere operativa l'integrazione non solo tra strutture ospedaliere ma anche del cosiddetto 'territorio' (cure primarie, campagne di prevenzione primaria, programmi di screening, assistenza domiciliare ecc.);
- attivare valutazioni di outcome, sull'intera popolazione regionale, dell'operato dell'intero network e non più solo valutazioni di performance di singole strutture;
- essere in grado di garantire nella pratica l'equità di accesso;
- sviluppare strategie di alleanza ed empowerment.

Di seguito si rappresenta il modello CCCN della Regione Calabria.



Nel modello sopra configurato CCCN, si definiscono i nodi della rete integrando il modello esistente (Hub & Spoke) con i servizi della rete territoriale.

Le strutture ospedaliere Hub (DEA II livello) si definiscono come centri di alta specialità, interagiscono in un'ottica di sinergia tra le tre Aree Vaste Geografiche (Nord, Centro, Sud), garantendo una maggiore uniformità possibile in termini di accesso e gestione clinica.

Nell'ottica della multidisciplinarietà della presa in carico, il ruolo degli Spoke (DEA I livello, Ospedali di Pronto Soccorso e Ospedali di Zona Disagiata) riveste lo snodo strategico di interazione tra l'offerta ospedaliera e quella territoriale. Nello specifico, gli Spoke si configurano come strutture di accesso diretto al fine di erogare un'assistenza qualificata e completa che copra la massima parte della diagnosi e cura delle principali patologie oncologiche.

Infine, le strutture di prossimità (Case di Comunità, Ospedali di Comunità, Ospedali Territoriali) . Sono i presidi sanitari organizzati più prossimi ai cittadini e potranno nel tempo assumere un ruolo sempre più significativo nella presa in carico dei bisogni del paziente oncologico, comprese le cure palliative. Nella misura in cui esse sono in corso di creazione e progettazione, una attenzione specifica andrà posta affinché servizi e competenze al loro interno possano sostenere un ruolo qualificato anche nei confronti di questi pazienti.

Coordinamento della rete

Il Dipartimento Interaziendale Regionale (DIAR) di Azienda Zero, a valenza funzionale, in qualità di modalità organizzativa, provvede alla predisposizione e al successivo coordinamento attuativo e al monitoraggio delle reti assistenziali, agendo sul coordinamento strategico e tecnico-operativo.

L'attività di coordinamento strategico sarà svolta dal **Coordinamento Regionale della Rete Oncologica**, costituito con DCA n. 92 del 23 marzo 2023. Il coordinamento strategico può avvalersi, inoltre, di professionisti delle strutture del SSR con specifiche competenze.

Il coordinamento tecnico-operativo della Rete Oncologica Regionale ha il compito di recepire e attuare gli indirizzi programmatici declinati nel Piano di Rete Oncologico, e di monitorare sul campo l'attività assistenziale, individuare le situazioni di criticità e le relative azioni di miglioramento, e proporre obiettivi di sviluppo della rete oncologica. In particolare, tale coordinamento è svolto per ogni area geografica dal **Coordinamento Oncologico d'Area** che comprende le diverse strutture di tutte le aziende ospedaliere e sanitarie provinciali di quell'area deputate all'assistenza del paziente oncologico, che avrà come centro di riferimento ospedaliero l'Hub dell'area.

Il Coordinamento Oncologico è così composto:

- Coordinatore d'Area dell'HUB
- Responsabili delle strutture Oncologiche Spoke e Ospedali Generali
- Direttori Sanitari di ASP in stretta collaborazione con i Direttori dei Distretti.

Di seguito viene rappresentato il Coordinamento della Rete e le singole responsabilità raccolte nella Matrice delle Responsabilità sul Coordinamento.

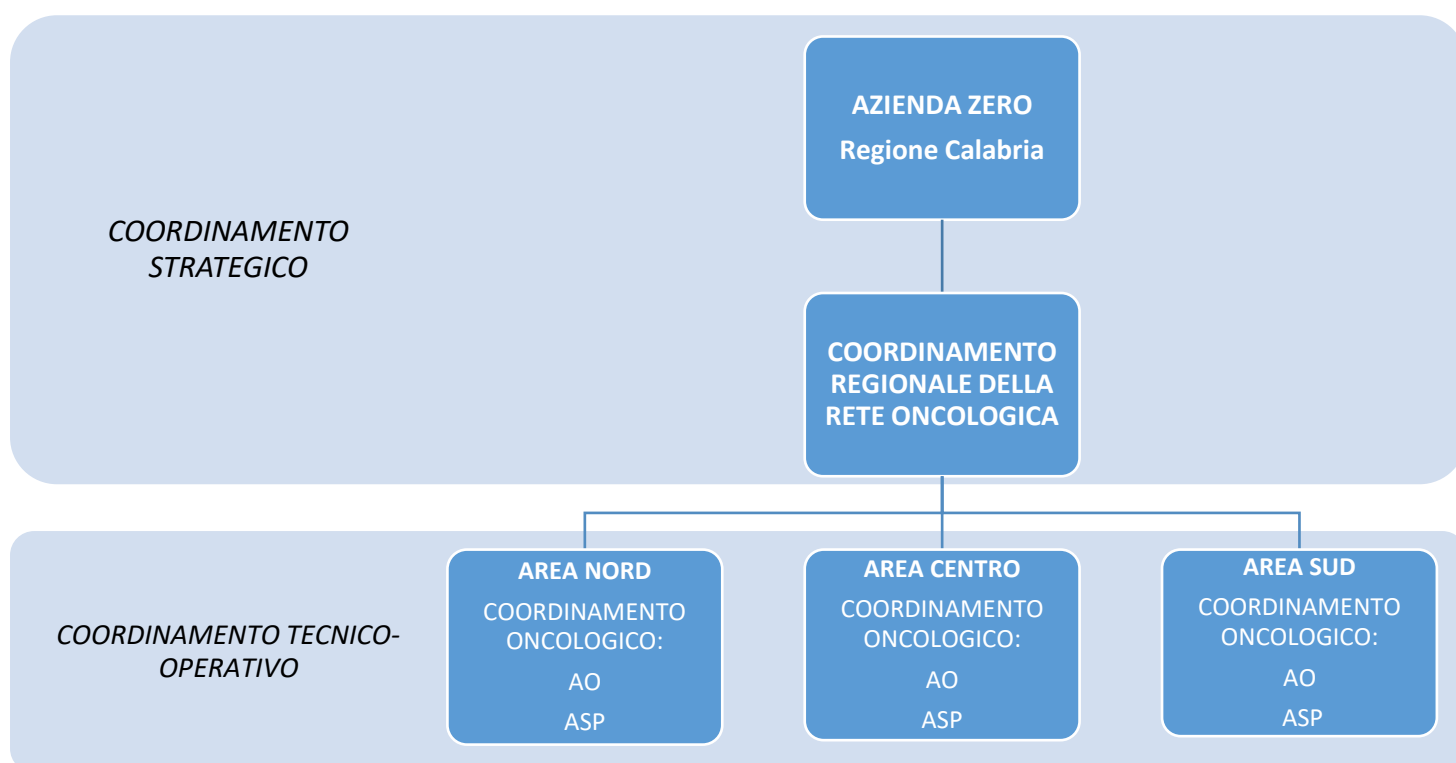


Tabella 10: matrice delle responsabilità del Coordinamento della Rete

Attività	Azienda Zero Regione Calabria	Coordinamento Regionale della Rete	Direttore Generale/Commissario	Coordinamento di Area
Redazione documento Rete Oncologica	R	R	C	C
Condivisione	R	R	R	R
Recepimento del documento di rete	C	C	R*	R
Monitoraggio della ROCal	R	C	C	C

R = Responsabile; C = Coinvolto; R* = Responsabile con specifiche competenze.

5. STRUTTURE DELLA RETE

Alla rete Oncologica della Regione Calabria (ROCAL), delineata secondo il modello Comprehensive Cancer Care Network (CCCN), contribuiscono tutte le strutture ospedaliere e territoriali previste dalla programmazione approvata nei DCA 197/2023 e 198/2023 e, per alcuni ambiti, anche gli erogatori privati accreditati.

Nell'ottica di programmazione futura, per consentire una graduale evoluzione sistemica della rete, allo stato si mantiene quanto previsto dal DCA 100/2020. La futura definizione di particolari sub articolazioni della rete, nel rispetto della prossimità e sicurezza delle cure e degli indicatori fissati a livello nazionale, verrà effettuata a seguito di una attività annuale di monitoraggio della rete.

Rete Ospedaliera

Nella configurazione della rete ospedaliera vigente approvata con DCA 198/2023, per la disciplina di Oncologia sono previste le strutture rappresentate nella tabella seguente.

Tabella 11: Posti letto e Strutture Complesse programmati nella rete ospedaliera per la disciplina di Oncologia

AREA GEOGRAFICA	CLASSIFICAZIONE E PRESIDIO	DENOMINAZIONE STRUTTURA	STABILIMENTO	DISCIPLINA	PL DH	PL DO	TOTALE POSTI LETTO	SC (INCARICHI)
CENTRO - KR	DEA I Liv.	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	-	ONCOLOGIA	10	-	10	1
CENTRO-CZ	DEA I Liv.	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	-	ONCOLOGIA	10	-	10	1
	DEA II Liv.	A.O.U. "R. DULBECCO"	Mater Domini Ospedale "Ciaccio"	ONCOLOGIA	32	8	40	2
	DEA II Liv.	A.O.U. "R. DULBECCO"	Mater Domini	ONCOLOGIA (MED. TRASL.)	-	-	-	1
CENTRO-VV	Osp. P.S.	OSPEDALE TROPEA	-	ONCOLOGIA	8	-	8	-
TOTALE CENTRO					60	8	70	5
NORD	DEA I Liv.	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	-	ONCOLOGIA	8	-	8	1
	DEA I Liv.	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	Paola	ONCOLOGIA	8	-	8	1
	DEA I Liv.	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	Rossano	ONCOLOGIA	8	-	8	1

	DEA II Liv.	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	Mariano Santo	ONCOLOGIA	17	9	26	1
TOTALE NORD					41	9	50	4
SUD	DEA I Liv.	OSPEDALE CIVILE LOCRI	-	ONCOLOGIA	8	-	8	1
	DEA I Liv.	P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI'	-	ONCOLOGIA	4	-	4	-
	DEA II Liv.	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	Presidio Ospedaliero E. Morelli	ONCOLOGIA	24	6	30	1
	Osp. P.S.	OSPEDALE 'TIBERIO EVOLI' - MELITO P.S.	-	ONCOLOGIA	4	-	4	-
TOTALE SUD					40	6	46	2
Totale complessivo					141	23	164	11

La disciplina di Oncologia prevista nelle strutture Hub e Spoke è contraddistinta dall'incremento dei posti letto di Day Hospital e da una dotazione variabile dei posti letto di Degenza Ordinaria.

Tabella 12: configurazione posti letto totali con l'utilizzo del 25% dei DH in regime di DO

PL Oncologia Nuova Programmazione (con 25% DH in DO)			
CLASSIFICAZIONE PRESIDIO	DO	DH	Totale
DEA II Livello	43	56	98
DEA I Livello	14	42	56
Totale	57	98	154

Il modello assistenziale del Day Service, permette di ridurre le attività di DH assicurando la presa in carico globale del paziente attraverso l'erogazione di un pacchetto predefinito di prestazioni ambulatoriali, gestite come un percorso (Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati PACC) e governate da uno specialista di riferimento. Tale modello consente di garantire una ottimizzazione dell'episodio di cura e favorisce il decentramento dei servizi oncologici e la loro capillare diffusione.

Le prestazioni incluse nei PACC sono quelle previste dal nomenclatore della specialistica ambulatoriale. All'interno della lista delle prestazioni previste dallo specifico percorso, lo specialista individua, caso per caso, le prestazioni da prescrivere; infatti, i PACC di day service sono gruppi ragionati di prestazioni che trovano indicazione per dare risposta a quesiti diagnostici per specifiche patologie/problemi e alle necessità terapeutiche.

L'erogazione delle prestazioni in Day Service avverrà anche negli ospedali di base e di zona disagiata, come di seguito riportato.

Tabella 13: Strutture ospedaliere con programmazione del servizio di oncologia

AREA GEOGRAFICA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CLASSIFICAZIONE PRESIDIO
CENTRO - CZ	OSPEDALE BASSO IONIO	Osp. P.S.
	OSPEDALE DI SOVERIA MANNELLI	P.O. Z. Dis.
NORD	OSPEDALE CARIATI	P.O. Z. Dis.
	OSPEDALE CIVILE S. GIOVANNI IN FIORE	P.O. Z. Dis.
	OSPEDALE PRAIA A MARE	Osp. P.S.
	P.O. BEATO ANGELO	P.O. Z. Dis.

	TREBISACCE	P.O. Z. Dis.
SUD	P.O. 'GIOVANNI XXIII'	Osp. P.S.

Osp P.S.: Ospedale Pronto Soccorso **P.O.Z. Dis:** Presidio Ospedaliero di Zona Disagiata

Nell'ottica della rimodulazione dell'assetto programmatico, tenendo conto delle evidenze ed evoluzioni cliniche e scientifiche che consentono anche un'ottimizzazione delle risorse implicate, sarà possibile trasferire l'offerta erogata attualmente in regime di day hospital su setting più appropriati, come il Day Service e le prestazioni ambulatoriali. Nell'ottica della continuità delle cure, la rimodulazione dei servizi garantiti sarà oggetto di graduale evoluzione a livello ospedaliero e territoriale. I posti in regime di Degenza Ordinaria si conserveranno nelle strutture ospedaliere di alta specialità.

Il day service ambulatoriale è un processo organizzativo già in atto e largamente utilizzato cui partecipano discipline differenti; ne consegue che occorrerà prevedere percorsi dedicati per l'iter diagnostico di valutazione e rivalutazione da realizzare, ed è necessario che le Aziende prevedano contenuti di multidisciplinarietà proprie del day service con una funzione di coordinamento organizzativo ed amministrativo per seguire il paziente e favorirne la presa in carico complessiva (agende dedicate, percorsi organizzativi, impegnative ecc.).

Nell'Allegato 2 vengono riportate tutte le strutture della rete con i relativi servizi.

Rete Territoriale

Negli ultimi decenni, le innovazioni diagnostiche e terapeutiche hanno contribuito ad un aumento della sopravvivenza dei malati oncologici, determinando cambiamenti nei modelli di presa in carico a favore di una maggiore diffusione sul territorio delle attività di follow up e terapie di mantenimento. L'aumentata sopravvivenza porta ad una fase di cronicizzazione della malattia con necessità di terapie, controlli, esami clinici ripetuti nel tempo, spesso per tutta la durata della vita.

La possibilità di controllare per lunghi periodi la malattia produce naturalmente un aumento nel ricorso ai servizi assistenziali, anche di bassa complessità, per il mantenimento e miglioramento dell'aspettativa e della qualità di vita.

La distanza dal luogo di cura e i disagi legati al viaggio per raggiungere le strutture d'offerta (*travel burden*) sono tra gli elementi che possono influenzare negativamente l'accesso, l'aderenza alle cure e di conseguenza la qualità della vita e la sopravvivenza dei pazienti.

Sono ancora tanti gli ostacoli che deve affrontare un malato di tumore: ostacoli di natura economica, sanitaria, sociale, psicologica e anche familiare, che spesso si acuiscono per i residenti nelle aree interne e quindi più decentrate. Anche per i pazienti cronici, la prossimità delle cure risulta sempre più determinante nel garantire migliori outcome e qualità di vita sia ai pazienti che ai propri caregiver, nonché per garantire una sanità più equa e sostenibile. In questo scenario, risulta naturale un decentramento sul territorio della presa in carico dei pazienti oncologici, in alcune fasi della malattia, nonché un potenziamento dei servizi

territoriali per la promozione di stili di vita e il rafforzamento dei programmi di prevenzione.

Il territorio spesso è ancora un erogatore di prestazioni scollegate tra di loro, servizi diversi a cui il paziente può rivolgersi (visione a silos) e attori che non vengono coinvolti nelle progettualità e rimangono ai margini del sistema (continuità assistenziale). I modelli di oncologia territoriale dovranno essere costruiti intorno alle necessità del paziente ed evitare che questi si trovi a dover interagire con servizi diversi per ottenere le prestazioni di cui ha bisogno. Inoltre, la presenza di percorsi strutturati in cui può essere inserito il paziente può contribuire a migliorare l'appropriatezza prescrittiva ed organizzativa.

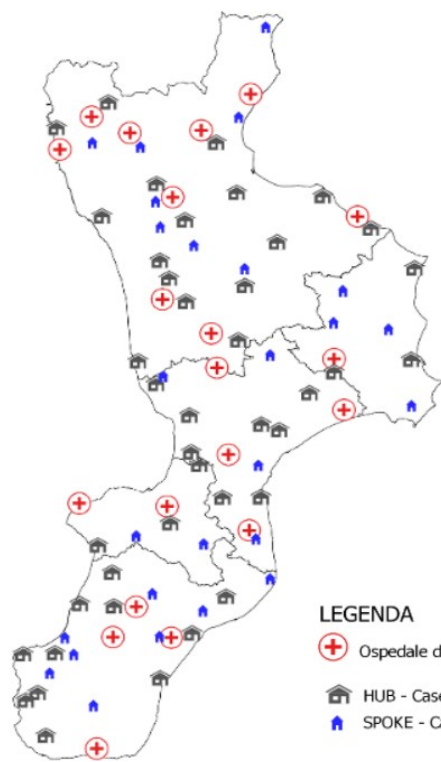
È di fondamentale importanza la realizzazione di modelli organizzativi per la presa in carico dei malati oncologici con l'integrazione tra strutture ospedaliere e territorio, prevedendo il trattamento oncologico domiciliare in tutte le situazioni cliniche che lo consentono, nonché (oltre alla somministrazione delle terapie) la semplificazione di alcune procedure che al momento richiedono l'accesso in ospedale.

L'attivazione di un approccio bio-psico-sociale anche grazie al coinvolgimento della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità, come previsto nel Patto per la Salute 2019-2021 per le cronicità.

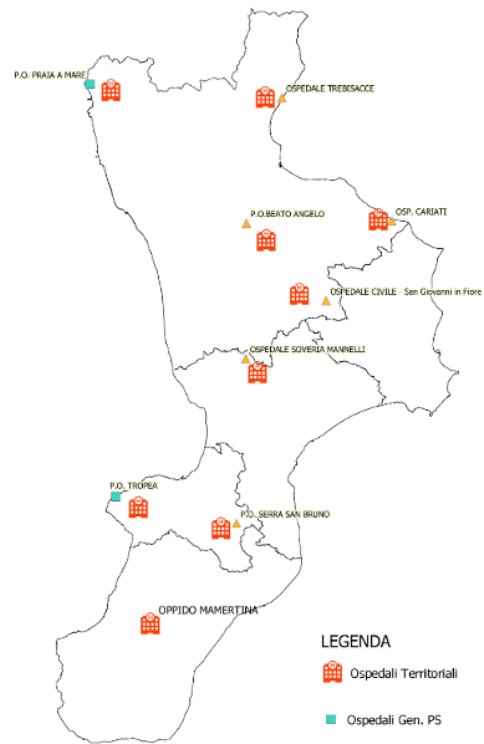
Anche nell'ambito della rete oncologica, le Case di Comunità (CdC), gli Ospedali di Comunità (OdC) e Ospedale Territoriale (OT) dovranno assumere il ruolo di presidi sanitari di prossimità

Tabella 14: strutture di prossimità programmate nel DCA 197/2023

ASP	CdC HUB	CdC SPOKE	Case della Comunità Totale	Ospedali di Comunità	Ospedali Territoriali
Catanzaro	8	4	12	4	1
Cosenza	16	8	24	9	5
Crotone	3	4	7	1	-
Vibo Valentia	3	2	5	2	2
Reggio Calabria	11	8	19	4	1
TOTALE	41	26	67	20	9



LEGENDA
 + Ospedale di Comunità
 HUB - Case della Comunità
 SPOKE - Case della Comunità



LEGENDA
 Ospedali Territoriali
 Ospedali Gen. PS
 Ospedali di Zona Disagiata - PSZD

I setting territoriali al centro del nuovo modello risultano essere la Casa della Comunità, gli Ospedali di Comunità, gli Ospedali Territoriali e principalmente il domicilio del paziente. Questa nuova organizzazione delle cure oncologiche non deve essere vista nell'ottica del decentramento delle cure al fine di ridurre meramente il carico di lavoro ospedaliero, ma come la possibilità di rispondere ai bisogni dei pazienti oncologici in alcune fasi del percorso assistenziale garantendo la qualità delle cure erogate e la sicurezza dei percorsi al pari del contesto ospedaliero, nonché la continuità tra setting di cura.

Per i pazienti fragili che hanno difficoltà a recarsi nei presidi ospedalieri il territorio non è più solo visto come erogatore di prestazioni ma come un punto di risposta al bisogno di salute nella sua totalità.

È necessario individuare quali servizi rispondano ai requisiti sopra descritti:

CdC /Odc/OT: ad esempio, valutazione clinica dei malati candidati alla terapia antitumorale o alla terapia di supporto ed erogazione della terapia; esami strumentali non invasivi (ECG, eco addome); procedure diagnostico-terapeutiche invasive eco-guidate (paracentesi, agoaspirati); visite follow-up; supporto psicooncologico; supporto nutrizionale; educazione terapeutica; gestione tossicità che non richiedano accesso in ospedale; ecc.

Assistenza Domiciliare Integrata: ad esempio, prelievi per esami ematochimici; terapie orali; ecc.

Le forme di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) vanno tenute distinte dalle Cure Palliative Domiciliari definite come un livello essenziale specifico e denominate come Unità di Cure Palliative Domiciliari, nell'ambito della rete di cure palliative per l'adulto e per il bambino.

Tale distinzione può non essere presente a livello organizzativo aziendale nella composizione dell'équipe purché i professionisti siano specificatamente formati in cure palliative come previsto dalla normativa vigente.

Le Cure Domiciliari si articolano in un livello Base e in Cure Domiciliari Integrate (ADI di I livello, ADI di II livello, ADI di III livello) e consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc., prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Le risposte assistenziali, differenziate per intensità e complessità, sono programmate a seguito della Valutazione Multidimensionale e della conseguente formulazione di un Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) che comprende, quando necessario, anche il Piano di Riabilitazione Individuale (PRI).

Tale valutazione multidimensionale è effettuata dall'unità valutativa che garantisce anche la rivalutazione periodica della persona assistita e definisce criteri di dimissione o passaggio ad altri setting assistenziali. Periodicamente deve essere effettuata la rivalutazione del PAI e dell'eventuale PRI.

6. TRANSIZIONE TRA SETTING E SERVIZI DI PROSSIMITÀ

Per ogni fase di malattia del paziente oncologico dovrebbe essere individuato il modello assistenziale più appropriato (ospedaliero e territoriale o integrato fra i due) favorendo la flessibilità e lo spostamento nell'ambito dei diversi setting assistenziali.

Il movimento del paziente lungo l'intero arco del "Comprehensive Cancer Care Network" coinvolge diversi tipi di percorsi e prevede le transizioni tra i vari setting assistenziali per raggiungere gli obiettivi specifici.

L'esigenza alla dimissione ospedaliera di sostenere e supportare i processi di assistenza territoriale sanitaria e sociosanitaria ha portato ad individuare setting di cure alternative all'ospedale per acuti e soluzioni organizzative per le cure domiciliari (*transitional care*).

Transitional care si definisce come: "Gamma di servizi integrati finalizzati a promuovere un più rapido recupero della malattia, prevenire ricoveri ospedalieri non necessari, supportare le dimissioni dall'ospedale nei tempi giusti, ottimizzare l'autosufficienza e l'indipendenza nella quotidianità di vita".

Nel contesto del transitional care, pertanto, si inseriscono l'insieme delle azioni volte a garantire il Coordinamento e la continuità delle cure in ambito territoriale che il paziente riceve presso il proprio domicilio, nelle strutture territoriali di cure intermedie (ospedali di comunità, case della comunità) o durante il trasferimento tra diversi livelli di cura, nell'ottica anche di sostegno alla rete familiare.

Il transitional care nasce per fornire supporto nel processo di dimissione e per garantire la continuità assistenziale diminuendo di fatto le riammissioni negli ospedali.

Le COT (Centrale Operativa Territoriale) rappresenta il riferimento per le cure di transizione facilitando e monitorando i processi territoriali per i pazienti fragili, cronici e non autosufficienti partendo dall'attivazione dei servizi territoriali in collegamento con la POAC.

Gli operatori COT prendono in carico le transizioni di setting in collegamento funzionale con gli snodi della rete territoriale ed ospedaliera assicurando il monitoraggio il percorso di cura del paziente.

La COT non è aperta al pubblico per cui il paziente fragile non ha accesso diretto ma il suo bisogno sarà preso in carica dalla rete dei professionisti che si interfacciano tramite la COT.

La Centrale Operativa Territoriale è gestita da personale infermieristico qualificato e opportunamente formato che ha il compito di effettuare una rilevazione del bisogno e di attivare, all'interno della rete dei servizi, il percorso più appropriato a rispondere al bisogno medesimo.

Il modello di presa in carico del paziente oncologico si inserisce in un processo di rete integrata tra offerta ospedaliera e territoriale attraverso la presenza di un'équipe multidisciplinare che opera secondo logiche multi-setting. Nell'équipe sono presenti tutte le figure coinvolte nel processo di presa in carico a partire dal MMG operanti nelle strutture territoriali, il farmacista che svolge una funzione di counselor relativamente all'erogazione delle terapie orali, con un ruolo di facilitatore del processo di ricognizione e riconciliazione dei farmaci erogati, l'infermiere degli ambulatori con funzione di case-manager che concorre con gli altri specialisti alla presa in carico appropriata e all'adeguato follow-up dell'intervento realizzato.

Il ruolo dello specialista ospedaliero, invece, è anche quello di definire il setting assistenziale più appropriato. In seconda istanza, il recettore territoriale, qualora se ne ravvisasse una necessità subentrante, può confrontarsi con qualunque altro specialista.

Questa condivisione a monte della presa in carico permette che eventuali attività a più bassa complessità clinica-organizzativa possono essere svolte da professionisti non specialisti e in un setting che non è quello ospedaliero. Questo in un'ottica di maggior valore aggiunto per il paziente e per i suoi caregiver ma anche in un'ottica di maggiore sostenibilità della rete dei servizi assistenziali.

Tra i requisiti strutturali e organizzativi necessari ad una ottimale presa in carico risulta di fondamentale importanza la condivisione della cartella clinica tra ospedale e setting territoriali e quindi tra professionisti che fanno parte del percorso di cura del paziente oncologico (specialista ospedaliero di oncologia, MMG, infermiere, case manager, etc.).

Al fine di dare attuazione al percorso sopra descritto, si rende necessaria la formalizzazione documentale dell'atto di presa in carico del paziente oncologico sul territorio, anche attraverso la definizione di documenti relativi alla presa in carico e alla dimissione protetta.

7. RETE DELLE CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE

Hospice e Cure palliative

Il ruolo delle Cure Palliative nell'ambito oncologico è di particolare importanza nelle fasi avanzate e terminali di malattia al fine di controllare i sintomi, supportare le terapie specifiche e favorire il miglioramento della qualità della vita. Ambiti di intervento delle Cure Palliative sono la prevenzione, l'identificazione, la valutazione e il trattamento dei sintomi fisici, dei disturbi funzionali, dei problemi psicologici, sociali e spirituali del paziente durante tutto il decorso della malattia. I destinatari della presa in carico sono il paziente e la sua rete di affetti intesi come un soggetto unico, portatore di valori e di istanze e con bisogni complessi.

La Rete locale di cure palliative (RLCP) è una aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate in un ambito territoriale definito a livello regionale attraverso tre setting assistenziali: Ospedale, Domiciliare (compresa l'assistenza ambulatoriale e nelle residenze per anziani) e in Hospice. L'integrazione delle cure palliative nel percorso di malattia del paziente oncologico deve avvenire precocemente e successivamente queste devono essere accessibili in ogni fase della malattia. Questa integrazione si esemplifica nel concetto delle Cure Simultanee/Cure Palliative Precoci.

Per cure simultanee (CS) si intende l'inserimento precoce delle cure palliative nel percorso di cura oncologico attivo; si definiscono pertanto come un modello organizzativo "mirato a garantire la presa in carico globale del malato oncologico attraverso un'assistenza continua, integrata e progressiva fra terapie oncologiche e cure palliative quando l'outcome non sia principalmente la sopravvivenza del malato" (linee Guida AIOM/SICP). Le CS garantiscono il setting di cura più appropriato durante le diverse traiettorie della malattia, riducono i costi di assistenza e l'uso di chemioterapia negli ultimi 30 giorni di vita, migliorano la comunicazione oncologo clinico-paziente e l'ansia e la depressione dei caregiver. Sono la vera cerniera di connessione e integrazione tra i servizi ospedalieri e quelli territoriali dedicati al malato oncologico o oncoematologico in fase avanzata, con lo scopo di anticiparne i bisogni ed evitarne l'abbandono, sia concomitante al trattamento oncologico e presente anche nelle fasi successive.

Nei centri di riferimento di oncologia e radioterapia (di cui al par. 9.7) deve essere disponibile una procedura condivisa per l'accesso al team di cure palliative per la valutazione dei pazienti, che partecipi agli incontri multidisciplinari di patologia e che venga coinvolto nei PDTA di tutti i tipi di tumore, e una procedura scritta con indicatori di processo e di esito. Un maggior coinvolgimento dei MMG, e della medicina territoriale tutta, nelle Early Palliative Care permetterebbe maggior sostegno per il paziente specie nell'assistenza domiciliare.

Per garantire un servizio ottimale si prevede almeno 1 unità di cure palliative per HUB (Area Nord, Centro e Sud).

Al momento, su scala regionale, sono previsti:

- 2 posti letto nell'azienda Ospedaliero Universitaria Dulbecco.
- 6 posti letto nell'azienda Ospedaliera di Cosenza.

Come riportato precedentemente, con il DCA n. 77/2015 è stata prevista la Rete Regionale delle cure palliative che trova la sua strutturazione nel DCA 197/2023, la nuova programmazione della rete Territoriale.

Si riportano le strutture Hospice, sia pubbliche che private, attualmente attive e in programmazione.

Tabella 15: posti letto Hospice riportati nel DCA 197/2023

ASP	Denominazione	Distretto Sanitario	Comune	Posti letto	Pubblico / Privato	Stato
Cosenza	Ex PO S. Giuseppe Moscati	Jonio Nord	Cassano Allo Jonio	10	Pubblico	Attivo
Cosenza	Villa Gioiosa	Valle Crati	Montalto Uffugo	10	Privato	Attivo
Cosenza	Ex PO di Rogliano	Cosenza Savuto	Rogliano	14		In programmazione
Catanzaro	San Vitaliano	Catanzaro	Catanzaro	10	Privato	Attivo
Catanzaro	S. Andrea Apostolo	Soverato	S. Andrea Apostolo	10	Privato	Attivo
Crotone	San Dionigi	Unico Aziendale	Crotone	10	Privato	Attivo
Vibo Valentia	PO Tropea	Tropea	Tropea	10		In programmazione
Reggio Calabria	Ex PO Siderno	Jonico	Siderno	10		In programmazione
Reggio Calabria	Via delle stelle	Centro	Reggio Calabria	10		Attivo

Nello specifico, il DCA 197/2023, summenzionato, nel rispetto degli standard previsti dal DM 77/2022, pianifica un fabbisogno regionale di 148 posti letto da dedicare agli Hospice e un totale di 594 trattamenti domiciliari per Cure Palliative (4 pro/die per posto letto).

Di seguito si rappresenta la distribuzione per ogni ASP dei posti letto Hospice e delle cure domiciliari:

Tabella 16: fabbisogno Posti Letto Hospice per ASP

ASP	Popolazione attuale (al 01/01/2022)	Fabbisogno Posti letto
Cosenza	674.543	54
Catanzaro	343.673	27
Crotone	163.553	13
Vibo Valentia	151.558	12
Reggio di Calabria	522.127	42
TOTALE	1.855.454	148

Tabella 17: fabbisogno Trattamenti Domiciliari Cure Palliative per ASP

ASP	Popolazione attuale (al 01/01/2022)	Fabbisogno Trattamenti Domiciliari
Cosenza	674.543	216
Catanzaro	343.673	110
Crotone	163.553	52
Vibo Valentia	151.558	48
Reggio di Calabria	522.127	167
TOTALE	1.855.454	594

8. ORGANIZZAZIONE E SERVIZI DELLA RETE

L'organizzazione della rete oncologica è caratterizzata dalla precoce intercettazione della domanda e la tempestiva presa in carico della persona.

Il modello organizzativo CCCN prevede un network, coordinato a livello regionale, comprendente:

- Medicina Generale (MMG) / Pediatria di Libera Scelta (PLS);
- Aziende Sanitarie Provinciali (ASP)/Presidi Ospedalieri Spoke;
- Centro di riferimento ospedaliero per elevata complessità (HUB)

Dal punto di vista operativo, il percorso assistenziale viene realizzato attraverso:

- Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta;
- Servizi di prevenzione e screening oncologico;
- Porta oncologica di Accesso e di Continuità di cura (POAC);
- Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM);
- Servizi di prossimità previsti nella rete Territoriale.

MMG

Medicina Generale (MMG), promuovono azioni di prevenzione, indirizzano il paziente verso il percorso appropriato e seguono il decorso clinico della persona.

Il MMG svolge le seguenti attività:

- sensibilizzazione ed educazione alla salute per le azioni di prevenzione primaria in collaborazione
- con l’Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC);
- identificazione delle persone target o a rischio per l’invio al programma di screening regionale;
- proattività e appropriatezza secondo i PDTA nella richiesta di prestazioni diagnostiche nella fase di sospetto clinico;
- attivazione del percorso nella rete oncologica con l’invio alla Porta Oncologica di Accesso e Continuità
- (POAC) in presenza di un sospetto o diagnosi clinica;
- sorveglianza degli effetti dei farmaci oncologici;
- continuità assistenziale sulla salute della persona e “follow up a lungo termine” al fine di riconoscere patologie correlate o nuovi tumori.

Il MMG insieme all’IFeC, è collegato con gli altri nodi della rete ed è informato sul percorso assistenziale al fine del mantenimento della continuità delle cure.

Servizi di prevenzione e Screening Oncologico

La prevenzione costituisce l’obiettivo di sanità pubblica rivolto a ridurre le malattie prevenibili e evitabili.

A livello regionale il Centro di Riferimento Regionale per gli Screening Oncologici (CRRSO) ha i seguenti compiti: identificare le strategie e le azioni a supporto delle attività di screening; monitorare, revisionare ed aggiornare i PDTA; pianificare campagne di comunicazione ed attività di prevenzione; elaborare ed analizzare i dati, con la redazione di report a livello regionale.

Ogni ASP garantisce l’offerta dei percorsi di prevenzione e di diagnosi precoce dei tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto, previsti nei livelli essenziali di assistenza.

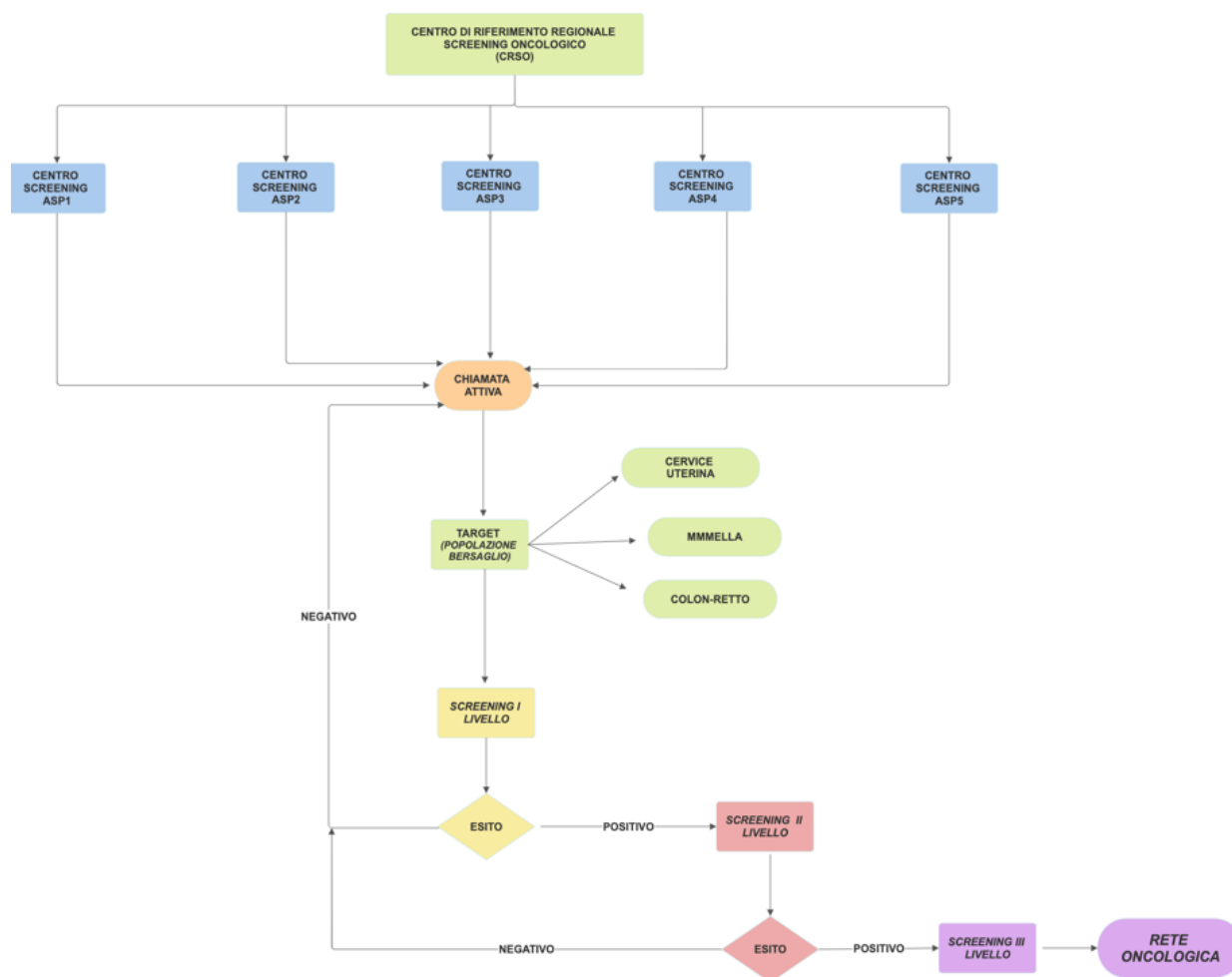
La popolazione target dei tre screening è così rappresentata:

- **Screening tumore della mammella**
 - Donne 50-69 anni per mammografia bilaterale (ripetizione ogni 2 anni);
- **Screening tumore della cervice uterina**
 - Donne 25-64 anni per Pap-test (ripetizione ogni 3 anni);

- Donne 30-64 anni per test HPV-DNA (ripetizione ogni 5 anni);
- **Screening tumore del colon-retto**
 - Donne e Uomini 50-69 anni test per ricerca del sangue occulto nelle feci (ripetizione ogni 2 anni).

I programmi di screening garantiscono l'accesso, la diagnosi, il completamento diagnostico e l'eventuale invio al centro di riferimento. L'accesso ai programmi avviene attraverso inviti con chiamata attiva o accesso spontaneo. L'attività diagnostica viene svolta nei Centri di I livello presso i quali vengono eseguiti i test di screening e la registrazione dei dati. Nei centri di II livello viene eseguito il completamento diagnostico secondo i protocolli previsti. In presenza di diagnosi accertata è previsto che la persona venga presa in carico presso la POAC o direttamente dal centro specialistico di riferimento. Le attività di prevenzione e screening svolte sul territorio dalle Associazioni devono essere programmate e condivise con la ASP competente per territorio.

Di seguito si rappresenta il percorso regionale relativo allo screening.



Di seguito si riporta il dettaglio dei centri di esecuzione e successiva analisi dei test di screening, aggiornati all'anno 2022 ma in fase di implementazione.

Per ogni ASP è presente n. 1 Centro Screening oncologici che si occupa delle attività precedentemente

riassunte, avendo a disposizione i seguenti centri erogatori o di analisi dei test:

- **Screening cervice uterina**

- ASP Cosenza: n. 18 ambulatori
- ASP Catanzaro: n. 9 ambulatori
- ASP Crotone: n. 4 ambulatori
- ASP Reggio Calabria: n. 15 ambulatori
- ASP Vibo Valentia: n. 4 ambulatori

- **Screening mammella**

- ASP Cosenza: n. 4 centri diagnostici
- ASP Catanzaro: n. 3 centri diagnostici
- ASP Crotone: n. 1 centro diagnostico
- ASP Reggio Calabria: n. 0 centri diagnostici
- ASP Vibo Valentia: n. 2 centri diagnostici

- **Screening colon-retto** (si fa riferimento ai laboratori analisi pubblici che processano il test SOF)

- ASP Cosenza: n. 2 laboratori di analisi
- ASP Catanzaro: n. 1 laboratorio di analisi
- ASP Crotone: n. 1 laboratorio di analisi
- ASP Reggio Calabria: n. 1 laboratorio di analisi
- ASP Vibo Valentia: n. 1 laboratorio di analisi

Nell'ambito delle attività di screening al paziente con sospetto diagnostico forte verrà rilasciata certificazione da parte dell'oncologo per un'esenzione ticket - 048 - provvisoria di due mesi da parte dell'ASP.

[Porta Oncologica Di Accesso e di Continuità Di Cura \(POAC\)](#)

La Porta Oncologica di Accesso e di Continuità di cura (POAC) rappresenta sede per l'accoglienza e l'accesso del paziente nella rete e per facilitare il collegamento fra i nodi della rete nell'intero percorso che va dal sospetto diagnostico alle diverse fasi della malattia. La POAC sarà dotata di personale deputato all'accoglienza e all'informazione del paziente che ha avuto una diagnosi di patologia oncologica accertata o che presenti un sospetto. Per una completa presa in carico tali servizi supportano il paziente anche nella gestione di eventuali aspetti di natura burocratica.

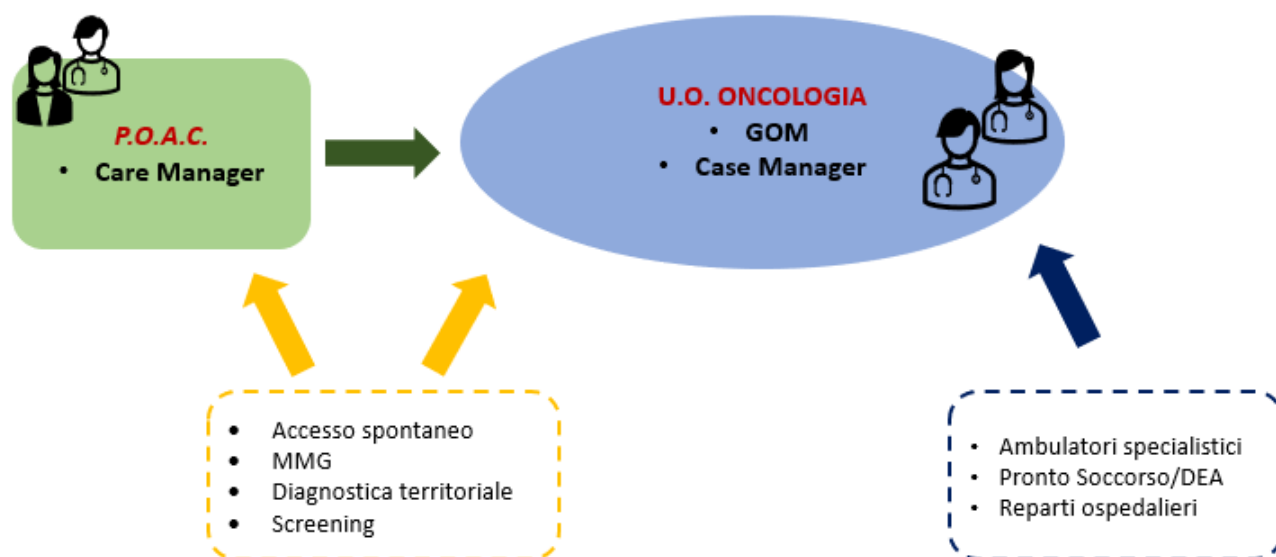
Nella Porta Oncologica di Accesso e di Continuità di cura (POAC) è istituita la figura professionale del Care Manager, che coordina l'attività e costituisce la figura di collegamento con il Gruppo Oncologico

Multidisciplinare (GOM) previsto nel Centro di riferimento ospedaliero individuato.

La POAC sarà a disposizione dei pazienti anche una volta che questi siano stati avviati al PDTA per patologia per gli accessi successivi, se durante il percorso necessitano di esami diagnostici effettuabili nelle strutture territoriali di prossimità, e per svolgere le pratiche burocratiche necessarie.

Nei punti di accesso gli operatori previsti per assicurare la globalità dell'accoglienza e l'umanizzazione dei percorsi di cura oncologici saranno: un infermiere e un amministrativo già previsti nell'organico della struttura territoriale di appartenenza, destinati al ruolo di cui trattasi negli orari stabiliti.

Tale modalità di presa in carico permetterà il contatto diretto con le strutture ospedaliere nell'ambito dei percorsi diagnostico-terapeutici previsti nella rete.



Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM)

Il team multidisciplinare/multiprofessionale determina l'integrazione e l'interrelazione tra le varie professionalità comprendendo al proprio interno medici di diverse discipline, infermieri e altri operatori sanitari che, dopo una valutazione complessiva del paziente, stabiliscono insieme il PDTA più appropriato, tenendo conto di protocolli di riferimento discussi e approvati dal gruppo, o ricorrendo collegialmente a trattamenti sperimentali dopo l'approvazione del Comitato Etico.

Il team garantisce un approccio sistemico dell'atto assistenziale, aumentando la tempestività degli interventi e al contempo migliorandone il coordinamento.

Il GOM è costituito da:

- Oncologo medico
- Chirurgo
- Anatomo Patologo
- Radioterapista oncologo
- Radiologo
- Medico Nucleare
- Specialista chirurgo/medico
- Riabilitatore
- Psiconcologo
- Palliativista/algologo
- Infermiere (Case Manager)

Il GOM potrà avvalersi di ulteriori figure professionali necessarie alla gestione del paziente (cardiologo oncologico, nutrizionista, etc...)

Ad esso afferiscono tutte le strutture/servizi dell'area di pertinenza coinvolte nel processo di cura, assistenza e riabilitazione, dei Nuclei di Cure Palliative/Hospice territoriali.

Tra le competenze dei GOM risultano le seguenti:

- Discussione collegiale dei casi clinici e definizione del piano diagnostico terapeutico individuale
- Indicazioni di linee guida per patologia (se utile e fattibile Proposta e stesura di LG regionali)
- Redazione ed elaborazione dei PDTA
- Aggiornamento della letteratura
- Elaborazione e/o partecipazione a programmi di ricerca clinica di interesse multidisciplinare e raccolta dei dati relativi alla stessa
- Attività seminariali e formative

I GOM devono essere istituiti e attivati, con atto formale, per le patologie neoplastiche a maggior impatto epidemiologico, sono i seguenti:

- Mammella
- Colon-retto
- Rene-Prostata-vescica
- Polmone-pleura
- Ovaio-cervice uterina e endometrio

- Esofago e stomaco
- Fegato, Vie Biliari e Pancreas
- Melanoma
- Tumori rari

Con nota prot. 510355 del 17/11/2023 vengono definiti i gruppi di lavoro per patologie e PDTA.

Ulteriori GOM potranno essere attivati in relazione alle eventuali casistiche a maggiore incidenza sul territorio.

Il Team multidisciplinare/ multiprofessionale previsto nel GOM è responsabile della definizione e della gestione del percorso di cura, nelle sue varie fasi, e svolge la sua attività con una metodologia proattiva per la persona e i suoi caregiver.

Il team multidisciplinare può richiedere la *second opinion* consultando quindi altri professionisti all'interno del CCCN regionale. A tal proposito la *second opinion* costituisce uno strumento di approfondimento e di valore scientifico che può essere richiesto dal team multidisciplinare o dal paziente.

Laboratoristica

Anatomia Patologica

Le attività svolte dall'Anatomia Patologica sono essenziali per l'intero servizio sanitario con l'obiettivo di favorire la condivisione delle conoscenze, la standardizzazione di procedure, l'omogeneità diagnostica, l'implementazione della digital pathology, la modalità e la tempistica di refertazione. L'uniformità dei sistemi di codifica delle diagnosi permette di disporre in modo organico e strutturato delle diverse metodologie ai fini diagnostici e prognostici. prevedendo l'applicazione e l'interpretazione di microscopia ottica, immunoistochimica, metodiche di ibridazione in situ e analisi delle alterazioni geniche su tessuto tumorale e DNA tumorale circolante anche alla luce degli sviluppi delle tecnologie di Next Generation Sequencing (NGS) di cui sono primariamente responsabili. Le Anatomie Patologiche verranno organizzate sulla base delle dotazioni tecnologiche e delle capacità funzionali delle strutture e sarà dotata dei seguenti strumenti:

- sistemi di allestimento digitale dei preparati istologici, anche ai fini della condivisione per l'esecuzione di consulti o second opinion;
- programmi di controllo di qualità sia nell'ambito della diagnostica istopatologica che della valutazione dell'espressione di biomarcatori prognostici e predittivi;
- sistema informativo per la refertazione e la raccolta dei dati clinico-patologici;
- procedure di trasferimento dei campioni verso i centri di riferimento per le determinazioni molecolari

complesse e di rientro presso il centro inviante del referto e del materiale inviato.

Di seguito si riportano le strutture di Anatomia Patologica previste dal DCA 198/2023.

Tabella 18: strutture programmate nel DCA 198/2023 per la disciplina Anatomia Patologica

AREA GEOGRAFICA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	STABILIMENTO	CLASSIFICAZIONE PRESIDIO	DISCIPLINA
CENTRO - KR	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	-	DEA I Liv.	ANATOMIA PATOLOGICA
CENTRO - CZ	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	-	DEA I Liv.	ANATOMIA PATOLOGICA
	A.O.U. "R. DULBECCO"	A.O. "MATER DOMINI"	DEA II Liv.	ANATOMIA PATOLOGICA
	A.O.U. "R. DULBECCO"	Ospedale Pugliese	DEA II Liv.	ANATOMIA PATOLOGICA
CENTRO-VV	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA	Ospedale Vibo Valentia	DEA I Liv.	ANATOMIA PATOLOGICA
NORD	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	Ospedale Cetraro	DEA I Liv.	ANATOMIA PATOLOGICA
	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	Ospedale Rossano	DEA I Liv.	ANATOMIA PATOLOGICA
	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	P.O. Annunziata	DEA II Liv.	ANATOMIA PATOLOGICA
	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	-	DEA I Liv.	ANATOMIA PATOLOGICA
SUD	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	Presidio Ospedaliero Riuniti	DEA II Liv.	ANATOMIA PATOLOGICA
	OSPEDALE CIVILE LOCRI	-	DEA I Liv.	ANATOMIA PATOLOGICA

Genetica Medica

Il Molecular Tumor Board multidisciplinare (MTBR-CAL) è stato istituito con DCA 48/2023.

I Centri specialistici individuati per l'esecuzione dei test molecolari di profilazione genomica estesa in Next Generation Sequencing (NGS) in Regione Calabria sono:

- 1) CIS Laboratorio di Genomica funzionale Università Magna Graecia-AOU Mater Domini, Catanzaro;
- 2) UOSD Genetica Medica GOM Reggio Calabria;
- 3) U.O. Genetica Medica Mater Domini Catanzaro

Il coordinamento del MTB è affidato a un Patologo Molecolare dell'AOU Mater Domini di Catanzaro.

Gli obiettivi del MTB sono quelli di definire le indicazioni in materia di:

- selezione dei pazienti;
- selezione dei test molecolari da eseguire;
- individuazione dei laboratori accreditati;
- criteri per la definizione delle tariffe;
- analisi e valutazione dei casi sottoposti o da sottoporre ai test molecolari con report mutazionale (con eventuale coinvolgimento di ulteriori specialisti qualora i casi da analizzare lo richiedano);
- audit su esperienze cliniche;
- funzioni di second opinion;
- monitoraggio della casistica oncologica regionale;
- interfaccia con registri dei tumori regionali.

Quanto previsto dal MTBR-CAL disciplinato nel DCA 48/2023, viene riportato nella nuova rete ospedaliera programmata con DCA 198/2023. Di seguito si riportano le strutture di Genetica Medica previste nei due HUB della regione Calabria.

Tabella 19: strutture programmate dal DCA 198/2023 per la disciplina Genetica Medica

AREA GEOGRAFICA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	STABILIMENTO	CLASSIFICAZIONE PRESIDIO	DISCIPLINA
CENTRO - CZ	A.O.U. "R. DULBECCO"	A.O. "MATER DOMINI"	DEA II Liv.	GENETICA MEDICA
SUD	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	-	DEA II Liv.	GENETICA MEDICA

A fronte del protocollo di Intesa tra la Regione e l'Università della Calabria, approvato con DCA 242/2023, per l'AO di Cosenza si rappresenta che si sta procedendo all'istituzione di un centro specialistico da integrare nel Molecular Tumor Board Regionale.

Radioterapia

I tre centri di Radioterapia oncologica presenti negli Hub che dispongono delle tecnologie e dei sistemi informatici necessari per attuare la complementarità dei trattamenti radioterapici, sono di seguito rappresentati.

Tabella 20: strutture programmate nel DCA 198/2023 per la disciplina Radioterapia Oncologica

AREA GEOGRAFICA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	STABILIMENTO	CLASSIFICAZIONE PRESIDIO	DISCIPLINA
-----------------	-------------------------	--------------	--------------------------	------------

NORD	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	P.O. Annunziata	DEA II Liv.	RADIOTERAPIA ONCOLOGICA
CENTRO	A.O.U. "R. DULBECCO"	Ospedale Pugliese	DEA II Liv.	RADIOTERAPIA ONCOLOGICA
SUD	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	Presidio Ospedaliero Riuniti	DEA II Liv.	RADIOTERAPIA ONCOLOGICA

Con DCA 215/2018 viene accreditata la struttura Marrelli Hospital e rientra a far parte della rete per il servizio di radioterapia.

Con DCA 88/2018 è stato attivato il Dipartimento interaziendale regionale per la Radioterapia Oncologica.

9. ASSISTENZA PSICO-ONCOLOGICA

La psico-oncologia si propone di assicurare un supporto psicologico e psicoterapeutico competente ed adeguato a chi affronta o ha affrontato una malattia che coinvolge la persona e il suo sistema di vita da un punto di vista biologico, cognitivo, emotivo, relazionale, sociale e spirituale.

È fondamentale sia per un adeguato supporto psicologico e una precoce riabilitazione della persona malata nella famiglia, nel sistema lavorativo e nella società civile in generale, sia per il benessere mentale dell'équipe curante e per la sua formazione alle abilità comunicative e alla relazione con il paziente.

La patologia neoplastica e i suoi trattamenti possano avere profonde ripercussioni sulla sfera psicologica del paziente e dei suoi familiari e possano causare una sofferenza multidimensionale definita dalla comunità scientifica mondiale con il termine di distress.

Nella maggior parte dei casi il ruolo di caregiver necessita di supporto psicologico. Il carico psicologico e pratico è estremamente gravoso considerando sia le ore dedicate all'assistenza al paziente (in media circa 40 per settimana), sia il tipo di attività implicata come ad esempio il trasporto, il supporto morale e psicologico, i rapporti con l'équipe curante la gestione delle attività quotidiane, il supporto alle prescrizioni mediche, alla cura e all'igiene personale

Ne consegue, quindi, la necessità di una formazione specifica in questa disciplina, come raccomandato dalle linee-guida internazionali di area psicologica e psichiatrica, finalizzata ad una presenza stabile di specialisti psico-oncologi nei gruppi multidisciplinari. All'interno dei PDTA oncologici sarebbe opportuno anche prevedere la valutazione e il monitoraggio del trattamento degli aspetti psicologici, con particolare riferimento ai tumori eredo-familiari.

10. POLITICA DEL FARMACO

La gestione della patologia tumorale è sempre più complessa e necessita di un approccio integrato tra tutti

gli attori coinvolti: istituzioni, medici, farmacisti, psicologi, infermieri, altri operatori sanitari e non, amministratori, e naturalmente i pazienti e i loro familiari.

La terapia farmacologica, in particolare quella della patologia tumorale, riveste elementi di elevata complessità a partire dallo sviluppo di un nuovo farmaco sino ad arrivare alle modalità di somministrazione specifiche dei farmaci oncologici, con l'ausilio dei più sofisticati dispositivi medici, nonché al monitoraggio dell'appropriatezza d'uso e dei possibili eventi avversi; inoltre vede l'impiego di considerevoli risorse economiche.

L'avanzamento delle conoscenze e delle tecniche di analisi molecolare rappresenta un fondamentale progresso nell'ambito della medicina personalizzata. Questo sviluppo apre nuovi scenari terapeutici che richiedono l'implementazione di laboratori adeguati, in grado di manipolare composti con assoluta sterilità al fine di garantire gli elevati standard di qualità e sicurezza necessari per l'innovazione terapeutica. La medicina personalizzata e terapia avanzata si riferisce ai nuovi prodotti medicinali che utilizzano la terapia genica, la terapia cellulare e l'ingegneria tissutale. Le nuove frontiere aperte dalla ricerca clinica e gli orizzonti spalancati dalla farmacogenomica e dalla farmacogenetica, in particolare in campo onco-ematologico, ci stanno orientando sempre di più verso la **“medicina di precisione”**.

In tale ambito il connubio Farmacia Ospedaliera /farmacista/Farmacia Clinica è inscindibile, considerato il ruolo centrale nella gestione dei farmaci antitumorali, come ribadito dalla Raccomandazione Ministeriale n. 14 dove tale posizione è sottolineata e ribadita: ...c) ***Schemi di terapia***. *Le decisioni terapeutiche sono riconducibili ad un numero elevato ma ben noto di schemi terapeutici standard, che vengono personalizzati dal medico oncologo sulla base delle condizioni cliniche del paziente e successivamente condivisi con la Farmacia ospedaliera per la valutazione degli aspetti tecnico farmaceutici, regolatori e logistici correlati alla preparazione...* La rete delle UFA regionali è composta dalle tre strutture collocate negli HUB che fungono da riferimento per ogni area. Le UFA provvederanno alla definizione di specifici protocolli di distribuzione condivisi e standardizzati a livello regionale ed opereranno nel rispetto delle normative di settore.

11. GOVERNO E SOSTENIBILITA' DELLA RETE ONCOLOGICA

L'adozione di modelli innovativi deve seguire un approccio graduale che permetta l'accumulazione di know-how e di capitale organizzativo necessari all'attuazione degli stessi. Nel governo e nella sostenibilità della rete gli aspetti fondamentali da considerare sono:

- impatto delle risorse umane necessarie all'attivazione e integrazione dei singoli percorsi;
- impatto organizzativo ed economico delle UFA;
- impatto delle attività legate agli screening oncologici;
- impatto della digitalizzazione del sistema.

Professionisti e operatori: formazione e attività di aggiornamento

I professionisti sanitari sono uno dei pilastri fondamentali dell'attuazione della rete oncologica. Numerosi professionisti prendono in carico i pazienti oncologici (medici specialisti, infermieri, fisioterapisti, psicologi, ecc.), professionisti che possono essere già dipendenti delle aziende sanitarie ed essere coinvolti in questi nuovi servizi territoriali o assunti ex novo. Il personale coinvolto deve avere una chiara collocazione funzionale e organizzativa all'interno dell'organigramma aziendale ed essere adeguatamente motivato.

Il personale dedicato e di conseguenza il paziente, possono percepire il decentramento sul territorio come la creazione di un'oncologia di minor valore rispetto a quella erogata negli ospedali. È necessario, quindi, condividere con i professionisti una visione dei nuovi modelli come opportunità per avvicinarsi al paziente, anche uscendo fisicamente dalle mura dell'ospedale.

Nell'ottica della omogeneizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici in ambito regionale, è di fondamentale importanza l'aggiornamento del personale coinvolto, anche attraverso iniziative quali audit clinico assistenziale, attività di ricerca, gruppi di miglioramento, apprendimento con FAD.

Ulteriore aspetto da tenere in considerazione è la gestione del rischio, tramite misure atte a garantire la sicurezza delle attività dei clinici e professionisti sanitari coinvolti (ad esempio, responsabilità legale somministrazioni farmaci extra ospedalieri) anche nei rapporti con le figure professionali già presenti sul territorio (MMG e altri professionisti).

Programma di implementazione rete oncologica regionale

Con il Decreto del Ministro della Salute 8 novembre 2023, recante i criteri e le modalità di riparto, tra le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, del "Fondo per l'implementazione del Piano nazionale 2023-2027 – PON", calcolati sulla base della popolazione residente e della stima della prevalenza.

Come disciplinato da tale Decreto la Regione Calabria ha provveduto le linee strategiche prioritarie, non già finanziate da altre risorse.

Di seguito si declinano le linee strategiche relative alle seguenti sezioni oggetto di rete:

- ACCOGLIENZA E PRESA IN CARICO
- PIANO DI COMUNICAZIONE ED INFORMAZIONE
- RETE ONCOLOGICA DIGITALIZZATA

LINEE STRATEGICHE

ACCOGLIENZA E PRESA IN CARICO

- Attivazione della POAC come punto di informazione e accoglienza sulle principali tematiche oncologiche ai pazienti che ne facciano richiesta in un'ottica di presa in carico globale, attraverso anche l'individuazione di un numero verde dedicato.
- Elaborazione di attività formative degli operatori in relazione al percorso di assistenza, nella logica di lavoro multidisciplinare ed integrato.
- Formazione di pazienti e caregiver da parte delle associazioni di volontariato.
- Sistema di rilevazione e monitoraggio della qualità e della soddisfazione della persona presa in carico.

PIANO DI COMUNICAZIONE ED INFORMAZIONE

- Creazione di un piano di comunicazione regionale in merito alla diffusione del percorso del paziente oncologico (screening, trattamento, follow-up, riabilitazione), attraverso l'utilizzo di tutti i canali digitali ma anche tradizionali (es. spot televisivi, giornali, volantinaggio, cartellonistica, ...)
- Sviluppo del portale web dedicato alla rete per pazienti e operatori.
- Promuovere e realizzare eventi di sensibilizzazione e campagne di comunicazione con il coinvolgimento delle Associazioni di volontariato e associazioni di pazienti.

RETE ONCOLOGICA DIGITALIZZATA

- Implementazione piattaforma in cloud e interoperabilità per l'accesso alle informazioni cliniche e assistenziali dai diversi professionisti coinvolti
- Uniformare i processi di digitalizzazione per la tracciabilità dei dati clinici (es. campioni biologici sottoposti ad esami, diagnostica per immagini...)

Nell'Allegato 3 si riporta il cronoprogramma relativo alle linee strategiche nell'arco temporale 2023-2027.

Si rappresentano di seguito gli indicatori di monitoraggio delle attività previste.

INDICATORI DI MONITORAGGIO

ACCOGLIENZA E PRESA IN CARICO

- Numero di POAC attivate
- Attivazione numero verde dedicato
- Numero Eventi formativi realizzati
- Report annuale andamento qualità e soddisfazione utenti

PIANO DI COMUNICAZIONE ED INFORMAZIONE

- Attivazione del portale web
- Numero di utenti registrati al portale web
- Numero di eventi/campagne di comunicazione realizzati

RETE ONCOLOGICA DIGITALIZZATA

- Fruibilità e completezza dei dati relativi alla rete oncologica
- Numero di accessi al portale da parte di pazienti, operatori e familiari
- Alimentazione dei flussi informativi specifici (es. anatomia patologica, radiodiagnostica...)

La Regione Calabria, come disciplinato dall'art. 2 comma 4 del DM sopracitato, entro il 30 settembre di ciascun anno, trasmetterà la relazione dello stato di avanzamento complessivo del programma e il raggiungimento degli obiettivi annuali.

12. STRUMENTI DELLA RETE

PDTA

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA), come richiamato anche dal documento adottato dalla Conferenza Stato-Regioni il 17 aprile 2019 relativo alla "Revisione delle Linee Guida organizzative e delle raccomandazioni per la Rete Oncologica", rappresenta la modalità organizzativo-funzionale più efficiente per la gestione delle patologie oncologiche, consente di creare collegamenti funzionali tra gli operatori e tra i nodi della rete. I principi che ispirano la costruzione dei PDTA sono rappresentati dalla presa in carico complessiva del paziente, dalla continuità terapeutica relativa a tutto il percorso di malattia che va dalla fase iniziale a quella terminale, dalla multiprofessionalità e multidisciplinarietà dell'approccio diagnostico-terapeutico assistenziale, dall'appropriatezza dei trattamenti erogati sostenuta da adeguate evidenze scientifiche, dal corretto utilizzo delle risorse del SSN, dalla tracciabilità e verifica periodica dei risultati in termini di percorso e di esito, con il coinvolgimento anche delle associazioni di pazienti. A tal proposito è indispensabile che le persone con diagnosi confermata siano prese in carico dal gruppo multidisciplinare, in coerenza con quanto previsto dallo specifico PDTA di patologia.

Il Coordinamento della Rete Oncologica Regionale individua quali sono le patologie per l'elaborazione dei PDTA, in base a criteri di incidenza/prevalenza della patologia, criticità legate al percorso assistenziale o presenza di strutture e competenze adeguate.

Le attività di definizione, elaborazione e coordinamento dei PDTA saranno svolte dai relativi GOM.

L'informatizzazione dei PDTA consentirà la possibilità di effettuare audit periodici che faciliteranno un confronto con gli altri PDTA della stessa patologia in tutta la Regione, in modo da rendere non solo il più possibile equa ed omogenea l'offerta sanitaria ma anche avviarla al miglioramento continuo su tutto il territorio di competenza.

Agire sull'appropriatezza degli interventi terapeutico-assistenziali consentirà di migliorare la qualità dei trattamenti unitamente alla maggiore integrazione dei servizi, nell'ottica della razionalizzazione dell'offerta, tenendo conto di una concreta riorganizzazione e standardizzazione dei processi di cura, monitorandone l'impatto clinico, organizzativo ed economico.

Ogni PDTA sarà oggetto di misurazione e valutazione attraverso un set di indicatori di struttura, di esito e di processo con relativa tempistica, utili anche per una revisione periodica degli stessi.

Carta dei Servizi

La Rete Oncologica deve rendere disponibile la Carta dei Servizi, quale strumento ai cittadini per promuovere l'informazione, la trasparenza, la partecipazione ed il miglioramento della qualità dei servizi sanitari.

Tale documento deve contenere informazioni riguardanti le modalità di accesso per le prime visite e la diagnostica clinico-strumentale con i tempi di attesa, comunicazione della diagnosi e del programma terapeutico, terapia chirurgica, terapia medica, radioterapia e relative tempistiche, nonché le informazioni sulla struttura e sul personale, su eventuali servizi offerti per rendere il percorso oncologico quanto più rispettoso delle esigenze attinenti alla sfera biopsicosociale della persona e le modalità di accesso alle informazioni di ritorno e di tutela della riservatezza.

Le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini offrono un contributo rilevante nell'assistenza sociosanitaria ed è fondamentale la loro presenza all'interno della rete oncologica: nella carta dei servizi sarà evidenziato l'elenco delle associazioni presenti nella rete, i protocolli di collaborazione stipulati e le modalità operative di ognuno di loro.

La Carta dei Servizi di Rete deve essere coerente con la Carta dei Servizi delle Aziende Sanitarie, e viceversa, in modo da assicurare la corrispondenza delle informazioni tra i nodi della rete stessa.

Qualità e Umanizzazione delle Cure

Il miglioramento continuo della qualità è un obiettivo primario di tutti i sistemi sanitari moderni superando l'approccio autoreferenziale o la prassi affidata alla buona volontà e alla casualità. Tale miglioramento, nel senso di capacità organizzativa e integrazione diviene prioritario in una Rete Oncologica Regionale.

L'umanizzazione delle cure è considerata una vera e propria strategia di approccio alla cura che nasce da un'esigenza di riorganizzazione dell'intero sistema sanitario e di adeguamento alle trasformazioni in atto in oncologia.

Elemento di particolare importanza è ricoperto anche dalla valutazione dell'appropriatezza clinica ed organizzativa delle prestazioni allo scopo di evitare ai pazienti accertamenti diagnostici inutili, terapie non indicate, consentire un risparmio economico per una oculata gestione delle risorse e delle liste d'attesa. Anche l'appropriatezza clinica e organizzativa è da intendersi in molti aspetti come una dimensione della sicurezza.

13. COLLABORAZIONI E SINERGIE

In funzione delle necessità la ROCal valuterà l'attivazione di collaborazioni con:

- a) Università
- b) altre reti cliniche regionali per i temi di possibili integrazioni
- c) associazioni di volontariato attive in Regione
- d) Centri specialistici di altre regioni con convenzioni da definire per l'oncologia pediatrica e i tumori rari

Associazioni e Partecipazione dei cittadini

L'implementazione di nuovi modelli di oncologia diffusa non può prescindere dal coinvolgimento degli stakeholder locali tramite la condivisione dell'iniziativa sul piano politico locale, il coinvolgimento delle associazioni di volontariato di pazienti.

Rafforzare il ruolo del volontariato e dell'associazionismo in campo oncologico è fondamentale per integrare o completare l'offerta istituzionale.

È inoltre fondamentale il monitoraggio e la valutazione dei nuovi modelli, inclusa la valutazione dell'esperienza dei pazienti. L'implementazione di pratiche sanitarie di valore include la valutazione dell'esperienza del paziente e il coinvolgimento dello stesso nella scelta degli interventi sanitari e con quale modalità questi vengono erogati. Numerosi studi hanno dimostrato come il coinvolgimento dei pazienti oncologici e anche dei caregiver, il sostegno e la disponibilità degli operatori sanitari migliorino l'esperienza del paziente.

Il processo decisionale condiviso è un processo che coinvolge attivamente pazienti e operatori sanitari ed è attualmente il centro dell'assistenza e della relazione di cura. Lo scopo di questo processo è che i pazienti abbiano un ruolo partecipativo nelle decisioni relative alla loro cura.

Università e Ricerca

L'oncologia è una delle branche della medicina in cui l'attività clinica si affianca a un'intensa attività di ricerca. I modelli di oncologia proposti dovranno garantire al personale sanitario opportunità di ricerca clinica e traslazionale e ai pazienti la possibilità di partecipare a trial clinici. L'implementazione di nuovi modelli

rappresenta un'opportunità per indagare il ruolo e le attività delle professioni sanitarie e favorire la ricerca basata sulla raccolta di dati nel mondo reale (RWE), strutturando flussi dati per la raccolta di esiti prodotti dall'oncologia diffusa.

Attraverso l'implementazione della rete oncologica è possibile ottenere un potenziamento della ricerca oncologica, in quanto consente una più facile conduzione di studi clinici con conseguenti effetti positivi per le strutture assistenziali, in termini di incremento della specializzazione e di accesso a terapie sperimentali innovative per i pazienti oncologici.

Nello specifico la ricerca organizzativa deve rendere evidenti gli ambiti formativi da supportare in maniera specifica che si riferiscono al personale presente negli snodi di rete e nei Punti di Accesso, la ricerca qualitativa si fonda sull'utilizzo di strumenti quali l'intervista semi strutturata e strutturata, il focus group, il brainstorming, i questionari e il diario che permettono la raccolta di dati qualitativi.

La ricerca traslazionale implica necessariamente la creazione di team multidisciplinari, condotta dalle Aziende Ospedaliere Universitarie in sinergia con tutte le strutture del Servizio Sanitario Regionale, la predisposizione di Protocolli di Ricerca sarà in condivisione con tutti i nodi della rete.

Lo sviluppo di strategie terapeutiche innovative e di precisione si basa sulla dettagliata caratterizzazione del profilo genomico tumorale, che può fornire informazioni utili nella scelta della migliore terapia per il singolo paziente, superando gli attuali approcci standardizzati, come la chemioterapia e la radioterapia. La medicina di precisione ha cambiato radicalmente questo panorama, consentendo una cura più personalizzata, efficace e mirata.

Questa evoluzione è avvenuta grazie a studi continui e al perfezionamento delle tecnologie utilizzate per l'analisi del DNA delle cellule tumorali (le cosiddette tecnologie di NGS, Next Generation Sequencing) che sono in grado di identificare le mutazioni genetiche specifiche che guidano la crescita del tumore. Le mutazioni del tumore possono essere attaccate da farmaci mirati a bersaglio molecolare, progettati per inibire specifiche alterazioni molecolari presenti nelle cellule tumorali.

La regione Calabria terrà conto delle evoluzioni scientifiche attuali al fine di garantire un equo accesso alle cure a tutti i cittadini.

Accordi di programma extraregionali

Nell'ottica di un consulto multidisciplinare e multiprofessionale di secondo livello ("SECOND OPINION") volto a confrontare, confermare o modificare una prima diagnosi o una indicazione terapeutica, anche nell'ambito dell'oncologia pediatrica e dei tumori rari, può essere considerata come possibilità l'integrazione con percorsi extraregionali già consolidati.

In tal modo è possibile ottenere una piena partecipazione al processo di decision making da parte del paziente, una approfondita discussione su opportunità diagnostico/terapeutiche tra clinici e miglioramento di appropriatezza di cura.

Comitato Etico

In ambito oncologico, come in altri percorsi assistenziali complessi, l'etica assume una rilevanza per tutte le indicazioni connesse alle particolari condizioni di fragilità del paziente e del caregiver.

Con DCA n. 131 del 16 maggio 2023 si dà attuazione a quanto previsto dai Decreti del Ministro della Salute del 26 gennaio, del 27 gennaio e del 30 gennaio 2023 (G.U. n. 31 del 07/02/2023), istituendo n. 1 Comitato Etico Territoriale (CET), denominato "Comitato Etico Regione Calabria".

I Comitati Etici sono competenti in via esclusiva per la valutazione delle sperimentazioni cliniche sui dispositivi medici e sui medicinali per uso umano di fase I, II, III e IV per gli aspetti compresi nella parte II dell'art. 7 del regolamento (UE) n. 2014/536 e congiuntamente con l'Autorità competente, per la valutazione degli aspetti relativi al protocollo di studio, compresi nella parte I della relazione di valutazione del regolamento (UE) n. 2014/536. I CET sono, altresì, competenti in via esclusiva per la valutazione di indagini cliniche sui dispositivi medici e di studi osservazionali farmacologici.

14. PIANO DI COMUNICAZIONE

La comunicazione è uno strumento di supporto volto a fornire informazioni comprensibili e chiare ai cittadini, sia per le persone facenti parte del percorso diagnostico-terapeutico sia per i caregiver coinvolti.

La ROCal deve comunicare attraverso la diffusione di supporti informativi e ulteriori iniziative i suoi valori, i suoi punti di forza, le modalità di gestione e di utilizzo dei servizi che offre, l'efficienza della sua organizzazione e la sua attenzione nei confronti dei pazienti, della comunità e del territorio.

In questo ambito verranno effettuate alcune attività riguardanti:

- preparazione per ciascun PDTA di uno strumento informativo e formativo relativo al percorso di patologia specifico (a carico del GOM);
- inserimento di funzioni di informazione e ascolto presso ogni POAC, con individuazione di un **numero verde dedicato** (a carico del Coordinamento Oncologico di Area);
- attivazione di un **portale web** dedicato anche come strumento di informazione/educazione sanitaria e di supporto al percorso assistenziale, contenente le campagne informative, i percorsi di prevenzione e di cura, le informazioni relative alle strutture inserite nella Rete oncologica regionale e alle Associazioni specifiche inserite nella Sanità partecipata (a carico del Coordinamento Strategico).

Il sito potrà essere articolato in due sezioni dedicate, rispettivamente, ai cittadini e ai professionisti. L'area dedicata alle persone conterrà le informazioni aggiornate relative a percorsi di prevenzione e cura, ai centri di riferimento ed ai servizi attivi. L'area per i professionisti ospiterà la documentazione relativa ai PDTA di patologia, i report assistenziali, i progetti di ricerca in atto.

In linea con quanto già previsto per la partecipazione dei cittadini, teso a miglioramento della customer satisfaction, e, nella specifica fattispecie della ROCal, vengono utilizzati specifici canali di comunicazione

tradizionali, facilmente visibili per favorire l'accesso e la presa in carico.

I servizi dedicati a tale contesto provvederanno ad elaborare gli indirizzi di informazione e comunicazione alle varie categorie di destinatari (Istituzioni, utenti, medici di medicina generale, altri operatori sanitari, associazioni di volontariato ecc.).

15. RETE ONCOLOGICA DIGITALIZZATA

Nella gestione collaborativa e multidisciplinare del paziente, in ottica di *continuum of care*, risulta prioritario concentrare investimenti per il superamento della raccolta, trattamento e visualizzazione dei dati clinici per i vari setting assistenziali, anche attraverso connessioni tra le varie reti intraregionali ed extraregionali distinte per Best Practices.

Nella condivisione di informazioni e nella richiesta della *second opinion*, tra le strutture della rete oncologica, risulta di fondamentale importanza attuare una implementazione fattiva di strumenti di digitalizzazione.

Nella logica della cooperazione anche interregionale la regione Calabria ha avviato una collaborazione con la regione Campania, nello specifico con L'Istituto Nazionale Tumori Fondazione "Giovanni Pascale", riconosciuto a livello internazionale.

La predetta collaborazione consta di diversi aspetti clinici e tecnico informatici, in particolare si tratta di *second opinion* e del riuso della piattaforma informatica della rete oncologica campana utile al governo della rete oncologica regionale anche alla luce della sostenibilità della rete.

16. REGISTRO TUMORI

Con la Legge regionale 12 febbraio 2016, n. 2, è stato istituito il Registro tumori di popolazione della Regione Calabria e il relativo Centro di Coordinamento superando il progetto allegato alla DGR n. 289/2010. Le finalità e i principi del Registro sono riportati all'art.1 di detta legge.

Si specifica che è stata avanzata una proposta di legge del Consiglio Regionale, la 202 XII del 17 ottobre 2023, che mira ad integrare la l.r. n. 2/2016 al fine di superare alcune criticità che ne limitano la piena attuazione nel perseguimento dei relativi principi e delle finalità.

Si presenta quale nuova sede del Centro di Coordinamento il Dipartimento regionale competente in materia di tutela della salute con il compito, tra gli altri, di fissare e aggiornare i criteri e le procedure per il corretto funzionamento dei Registri Tumori provinciali. Si propone, altresì, di conferire al Dirigente Generale del Dipartimento regionale competente in materia di tutela della salute, o un suo delegato, le funzioni di Coordinatore del Centro nonché di integrare le sue attività, conferendo allo stesso anche una funzione di monitoraggio e di valutazione dell'operato dei registri provinciali proponendo, all'occorrenza, azioni rispetto alla risoluzione di eventuali problematiche.

Il Centro di Coordinamento avrà, inoltre, il compito di proporre azioni finalizzate al miglioramento della

prevenzione, della diagnosi e della terapia della patologia oncologica nel territorio della Regione Calabria, in sinergia con il Coordinamento regionale della rete oncologica.

Allo stato, come evidenziato nel DCA 100/2020, sono accreditati AIRTUM 3 Registri Tumori per la Regione: Catanzaro, Cosenza e Reggio Calabria, ma risulta attualmente aggiornato solo il registro di Reggio Calabria. Con la proposta di legge di cui sopra, si costituiranno 5 registri, uno per ogni provincia; al fine di rendere pienamente utilizzabili e fruibili tutti i registri si prevede di implementare, dal punto di vista normativo e tecnologico, l'attuale sistema informativo regionale.

17. TELEMEDICINA

Al fine di una presa in carico complessiva, creando un continuum organizzativo/professionale, un'adeguata infrastruttura informatica consentirebbe la fruibilità delle informazioni cliniche e assistenziali dai diversi professionisti coinvolti. Nell'attivazione dei servizi si prevede l'uso di soluzioni di telemedicina, in particolare un più ampio utilizzo della televista e di sistemi di teleconsulto che permettano di ridurre i tempi e gli spostamenti di esecuzione di attività a bassa intensità e specializzazione direttamente sul territorio o al domicilio del paziente. La telemedicina sarà impiegata sia nelle attività puramente relative al territorio sia su quelle relative all'assistenza ospedaliera, come nel caso del monitoraggio precoce della tossicità farmaco correlata.

L'oncologia diffusa rappresenta un'opportunità per promuovere la telemedicina: il teleconsulto, per un'interazione a distanza tra professionisti e condivisione dati clinici, il telemonitoraggio e il telecontrollo come supporto per il controllo domiciliare degli effetti dei trattamenti, la gestione dei sintomi e la televista quale alternativa alla visita di controllo in presenza per utenti ad esempio clinicamente stabili, lontani dall'ospedale o in condizioni di fragilità.

La regione Calabria recepisce il DM 77/2022 attraverso il DCA 197/2023 in cui vengono declinate le funzioni e le attività relative all'applicazione della telemedicina nell'ambito dell'assistenza territoriale.

18. MONITORAGGIO DELLA RETE

I dati relativi ai volumi e agli esiti della disciplina oncologica verranno monitorati attraverso gli indicatori previsti dal PNE e dal Nuovo Sistema di Garanzia.

ALLEGATO 1: volumi prestazioni specialistiche relative ai codici 99.25.1; 99.25.3; 89.7; 89.01 – anno 2022

ASP	Struttura Erogatrice	Tipologia Prestazione Specialistica	Totale
Cosenza	poliambulatorio p.o rossano	99251 - terapia antitumorale con infusione di farmaci per neoplasie solide	3797
	poliambulatorio p.o rossano	8901 - anamnesi e valutazione, definite brevi	693
	poliambulatorio p.o rossano	897 - visita generale	558
	poliambulatorio p.o rossano	99253 - terapia antitumorale con farmaci orali o per iniezione intramuscolare o sottocutanea e istillazioni vescicali per tumori solidi	447
	poliambulatorio p.o rossano Totale		5495
	poliambulatorio p.o. san giovanni in fiore	99251 - terapia antitumorale con infusione di farmaci per neoplasie solide	128
	poliambulatorio p.o. san giovanni in fiore	8901 - anamnesi e valutazione, definite brevi	104
	poliambulatorio p.o. san giovanni in fiore	897 - visita generale	36
	poliambulatorio p.o. san giovanni in fiore Totale		268
	poliamb.osped.di castrovillari	99251 - terapia antitumorale con infusione di farmaci per neoplasie solide	2129
	poliamb.osped.di castrovillari	99253 - terapia antitumorale con farmaci orali o per iniezione intramuscolare o sottocutanea e istillazioni vescicali per tumori solidi	680
	poliamb.osped.di castrovillari	8901 - anamnesi e valutazione, definite brevi	574
	poliamb.osped.di castrovillari	897 - visita generale	137
	poliamb.osped.di castrovillari Totale		3520
	presidio ospedaliero paola	99251 - terapia antitumorale con infusione di farmaci per neoplasie solide	3176
	presidio ospedaliero paola	8901 - anamnesi e valutazione, definite brevi	1492
	presidio ospedaliero paola	99253 - terapia antitumorale con farmaci orali o per iniezione intramuscolare o sottocutanea e istillazioni vescicali per tumori solidi	1426
	presidio ospedaliero paola	897 - visita generale	357
	presidio ospedaliero paola Totale		6451
	centro salute mentale cosenza	8901 - anamnesi e valutazione, definite brevi	6
	centro salute mentale cosenza	897 - visita generale	1
	centro salute mentale cosenza Totale		7
	capt casa della salute trebisacce	8901 - anamnesi e valutazione, definite brevi	24
	capt casa della salute trebisacce	897 - visita generale	10
	capt casa della salute trebisacce Totale		34
Crotone	pol. osped. civ. s.giov.di dio	8901 - anamnesi e valutazione, definite brevi	1824

ASP	Struttura Erogatrice	Tipologia Prestazione Specialistica	Totale
	pol. osped. civ. s.giov.di dio	99253 - terapia antitumorale con farmaci orali o per iniezione intramuscolare o sottocutanea e istillazioni vescicali per tumori solidi	995
	pol. osped. civ. s.giov.di dio	897 - visita generale	928
	pol. osped. civ. s.giov.di dio Totale		3747
	poliambulatorio corso messina	897 - visita generale	598
	poliambulatorio corso messina	8901 - anamnesi e valutazione, definite brevi	174
	poliambulatorio corso messina Totale		772
	poliamb. di mesoraca	897 - visita generale	116
	poliamb. di mesoraca	8901 - anamnesi e valutazione, definite brevi	23
	poliamb. di mesoraca Totale		139
	poliambulatorio ciro' marina	897 - visita generale	204
	poliambulatorio ciro' marina	8901 - anamnesi e valutazione, definite brevi	89
	poliambulatorio ciro' marina Totale		293
Catanzaro	ospedale di lamezia terme Giovanni Paolo II	99251 - terapia antitumorale con infusione di farmaci per neoplasie solide	2125
	ospedale di lamezia terme Giovanni Paolo II	8901 - anamnesi e valutazione, definite brevi	1634
	ospedale di lamezia terme Giovanni Paolo II	99253 - terapia antitumorale con farmaci orali o per iniezione intramuscolare o sottocutanea e istillazioni vescicali per tumori solidi	1016
	ospedale di lamezia terme Giovanni Paolo II	897 - visita generale	790
	ospedale di lamezia terme Giovanni Paolo II Totale		5565
	ospedale di soveria mannelli	8901 - anamnesi e valutazione, definite brevi	114
	ospedale di soveria mannelli	897 - visita generale	40
	ospedale di soveria mannelli	99251 - terapia antitumorale con infusione di farmaci per neoplasie solide	4
	ospedale di soveria mannelli	99253 - terapia antitumorale con farmaci orali o per iniezione intramuscolare o sottocutanea e istillazioni vescicali per tumori solidi	1
	ospedale di soveria mannelli Totale		159
	ospedale di soverato basso ionio	99251 - terapia antitumorale con infusione di farmaci per neoplasie solide	735
	ospedale di soverato basso ionio	8901 - anamnesi e valutazione, definite brevi	322
	ospedale di soverato basso ionio	99253 - terapia antitumorale con farmaci orali o per iniezione intramuscolare o sottocutanea e istillazioni vescicali per tumori solidi	317
	ospedale di soverato basso ionio	897 - visita generale	285
	ospedale di soverato basso ionio Totale		1659
Vibo Valentia	poliambulatorio s. s. b.	8901 - anamnesi e valutazione, definite brevi	203
	poliambulatorio s. s. b.	897 - visita generale	108

ASP	Struttura Erogatrice	Tipologia Prestazione Specialistica	Totale
	poliambulatorio s. s. b.	897 - prima visita escluso: le prime visite specificamente codificate nella prima visita il problema clinico principale del paziente è affrontato per la pr	48
	poliambulatorio s. s. b. Totale		359
	p.o. tropea	99251 - terapia antitumorale con infusione di farmaci per neoplasie solide	925
	p.o. tropea	8901 - anamnesi e valutazione, definite brevi	583
	p.o. tropea	99253 - terapia antitumorale con farmaci orali o per iniezione intramuscolare o sottocutanea e istillazioni vescicali per tumori solidi	418
	p.o. tropea	897 - visita generale	318
	p.o. tropea	897 - prima visita escluso: le prime visite specificamente codificate nella prima visita il problema clinico principale del paziente è affrontato per la pr	134
	p.o. tropea Totale		2378
Reggio Calabria	polo sanitario nord	8901 - anamnesi e valutazione, definite brevi	215
	polo sanitario nord	897 - visita generale	150
	polo sanitario nord Totale		365
	polo sanitario sud	897 - visita generale	32
	polo sanitario sud	8901 - anamnesi e valutazione, definite brevi	26
	polo sanitario sud Totale		58
	p.o. di locri	99253 - terapia antitumorale con farmaci orali o per iniezione intramuscolare o sottocutanea e istillazioni vescicali per tumori solidi	1128
	p.o. di locri	99251 - terapia antitumorale con infusione di farmaci per neoplasie solide	932
	p.o. di locri	8901 - anamnesi e valutazione, definite brevi	716
	p.o. di locri	897 - visita generale	363
	p.o. di locri Totale		3139
	ospedale t.evoli melito p.s.	8901 - anamnesi e valutazione, definite brevi	2819
	ospedale t.evoli melito p.s.	99251 - terapia antitumorale con infusione di farmaci per neoplasie solide	2365
	ospedale t.evoli melito p.s.	99253 - terapia antitumorale con farmaci orali o per iniezione intramuscolare o sottocutanea e istillazioni vescicali per tumori solidi	605
	ospedale t.evoli melito p.s.	897 - visita generale	487
	ospedale t.evoli melito p.s. Totale		6276
	casa della salute scilla	8901 - anamnesi e valutazione, definite brevi	58
	casa della salute scilla	897 - visita generale	51
	casa della salute scilla Totale		109
	poliamb. special. cittanova	897 - visita generale	26
	poliamb. special. cittanova	8901 - anamnesi e valutazione, definite brevi	21

ASP	Struttura Erogatrice	Tipologia Prestazione Specialistica	Totale
	poliamb. special. cittanova Totale		47
	poliamb. special. taurianova	8901 - anamnesi e valutazione, definite brevi	79
	poliamb. special. taurianova	897 - visita generale	69
	poliamb. special. taurianova Totale		148
AO Cosenza	azienda ospedaliera cosenza	99251 - terapia antitumorale con infusione di farmaci per neoplasie solide	7442
	azienda ospedaliera cosenza	99253 - terapia antitumorale con farmaci orali o per iniezione intramuscolare o sottocutanea e istillazioni vescicali per tumori solidi	2172
	azienda ospedaliera cosenza	8901 - anamnesi e valutazione, definite brevi	1649
	azienda ospedaliera cosenza	897 - visita generale	561
	azienda ospedaliera cosenza	897 - prima visita escluso: le prime visite specificamente codificate nella prima visita il problema clinico principale del paziente è affrontato per la pr	43
	azienda ospedaliera cosenza Totale		11867
AO Dulbecco	azienda ospedaliera pugliese de lellis	99251 - terapia antitumorale con infusione di farmaci per neoplasie solide	7455
	azienda ospedaliera pugliese de lellis	8901 - anamnesi e valutazione, definite brevi	3756
	azienda ospedaliera pugliese de lellis	99253 - terapia antitumorale con farmaci orali o per iniezione intramuscolare o sottocutanea e istillazioni vescicali per tumori solidi	2936
	azienda ospedaliera pugliese de lellis	897 - visita generale	1514
	azienda ospedaliera pugliese de lellis Totale		15661
	azienda ospedaliero universitaria mater domini catanzaro	99251 - terapia antitumorale con infusione di farmaci per neoplasie solide	6023
	azienda ospedaliero universitaria mater domini catanzaro	8901 - anamnesi e valutazione, definite brevi	2386
	azienda ospedaliero universitaria mater domini catanzaro	897 - visita generale	987
	azienda ospedaliero universitaria mater domini catanzaro	99253 - terapia antitumorale con farmaci orali o per iniezione intramuscolare o sottocutanea e istillazioni vescicali per tumori solidi	868
AO Reggio Calabria	azienda osped. bianchi melacrino morelli	99251 - terapia antitumorale con infusione di farmaci per neoplasie solide	5005
	azienda osped. bianchi melacrino morelli	99253 - terapia antitumorale con farmaci orali o per iniezione intramuscolare o sottocutanea e istillazioni vescicali per tumori solidi	1324
	azienda osped. bianchi melacrino morelli	8901 - anamnesi e valutazione, definite brevi	1019
	azienda osped. bianchi melacrino morelli	897 - visita generale	735
	azienda osped. bianchi melacrino morelli Totale		8083

ASP	Struttura Erogatrice	Tipologia Prestazione Specialistica	Totale
Totale prestazioni ambulatoriali per i codici: 99.25.1; 99.25.3; 89.7; 89.01			86863

Allegato 2: strutture della rete con relative discipline e/o servizi

Classificazione Struttura	Denominazione struttura/stabilimento	Codice Disciplina	Disciplina	PL Day hospital	PL Degenza ordinaria
DEA I Liv.	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	03	ANATOMIA PATOLOGICA	-	-
DEA I Liv.	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	64	ONCOLOGIA	8	-
DEA I Liv.	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI Totale			8	-
DEA I Liv.	OSPEDALE CIVILE LOCRI	03	ANATOMIA PATOLOGICA	-	-
DEA I Liv.	OSPEDALE CIVILE LOCRI	64	ONCOLOGIA	8	-
DEA I Liv.	OSPEDALE CIVILE LOCRI Totale			8	-
DEA I Liv.	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	03	ANATOMIA PATOLOGICA	-	-
DEA I Liv.	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	64	ONCOLOGIA	10	-
DEA I Liv.	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO Totale			10	-
DEA I Liv.	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	03	ANATOMIA PATOLOGICA	-	-
DEA I Liv.	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	64	ONCOLOGIA	8	-
DEA I Liv.	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA Totale			8	-
DEA I Liv.	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	03	ANATOMIA PATOLOGICA	-	-
DEA I Liv.	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	64	ONCOLOGIA	8	-
DEA I Liv.	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO Totale			8	-
DEA I Liv.	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA	03	ANATOMIA PATOLOGICA	-	-
DEA I Liv.	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA Totale			-	-
DEA I Liv.	P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI'	64	ONCOLOGIA	4	-
DEA I Liv.	P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI' Totale			4	-
DEA I Liv.	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	03	ANATOMIA PATOLOGICA	-	-
DEA I Liv.	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	64	ONCOLOGIA	10	-
DEA I Liv.	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME Totale			10	-
DEA II Liv.	A.O.U. "R. DULBECCO"	03	ANATOMIA PATOLOGICA	-	-
DEA II Liv.	A.O.U. "R. DULBECCO"	105	GENETICA MEDICA	-	-
DEA II Liv.	A.O.U. "R. DULBECCO"	64	ONCOLOGIA	32	8
DEA II Liv.	A.O.U. "R. DULBECCO"	64	ONCOLOGIA (CURE PALLIATIVE)	1	1
DEA II Liv.	A.O.U. "R. DULBECCO"	64	ONCOLOGIA (MED. TRASL.)	-	-

Classificazione Struttura	Denominazione struttura/stabilimento	Codice Disciplina	Disciplina	PL Day hospital	PL Degenza ordinaria
DEA II Liv.	A.O.U. "R. DULBECCO"	74	RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	-	-
DEA II Liv.	A.O.U. "R. DULBECCO"	96	TERAPIA DEL DOLORE	-	-
DEA II Liv.	A.O.U. "R. DULBECCO" Totale			33	9
DEA II Liv.	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	03	ANATOMIA PATOLOGICA	-	-
DEA II Liv.	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	105	GENETICA MEDICA	-	-
DEA II Liv.	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	64	ONCOLOGIA	24	6
DEA II Liv.	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	74	RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	-	-
DEA II Liv.	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	96	TERAPIA DEL DOLORE	-	-
DEA II Liv.	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI Totale			24	6
DEA II Liv.	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	03	ANATOMIA PATOLOGICA	-	-
DEA II Liv.	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	64	ONCOLOGIA	17	9
DEA II Liv.	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	74	RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	-	-
DEA II Liv.	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	96	TERAPIA DEL DOLORE	6	10
DEA II Liv.	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA Totale			23	19
Osp. P.S.	OSPEDALE BASSO IONIO	SO	SERVIZIO ONCOLOGIA	-	-
Osp. P.S.	OSPEDALE BASSO IONIO Totale			-	-
Osp. P.S.	OSPEDALE PRAIA A MARE	SO	SERVIZIO ONCOLOGIA	-	-
Osp. P.S.	OSPEDALE PRAIA A MARE Totale			-	-
Osp. P.S.	OSPEDALE 'TIBERIO EVOLI' - MELITO P.S.	64	ONCOLOGIA	4	-
Osp. P.S.	OSPEDALE 'TIBERIO EVOLI' - MELITO P.S. Totale			4	-
Osp. P.S.	OSPEDALE TROPEA	64	ONCOLOGIA	8	-
Osp. P.S.	OSPEDALE TROPEA Totale			8	-
Osp. P.S.	P.O. 'GIOVANNI XXIII'	SO	SERVIZIO ONCOLOGIA	-	-
Osp. P.S.	P.O. 'GIOVANNI XXIII' Totale			-	-
P.O. Z. Dis.	OSPEDALE CARIATI	SO	SERVIZIO ONCOLOGIA	-	-
P.O. Z. Dis.	OSPEDALE CARIATI Totale			-	-
P.O. Z. Dis.	OSPEDALE CIVILE S. GIOVANNI IN FIORE	SO	SERVIZIO ONCOLOGIA	-	-
P.O. Z. Dis.	OSPEDALE CIVILE S. GIOVANNI IN FIORE Totale			-	-
P.O. Z. Dis.	OSPEDALE DI SOVERIA MANNELLI	SO	SERVIZIO ONCOLOGIA	-	-
P.O. Z. Dis.	OSPEDALE DI SOVERIA MANNELLI Totale			-	-
P.O. Z. Dis.	P.O. BEATO ANGELO	SO	SERVIZIO ONCOLOGIA	-	-
P.O. Z. Dis.	P.O. BEATO ANGELO Totale			-	-
P.O. Z. Dis.	TREBISACCE	SO	SERVIZIO ONCOLOGIA	-	-
P.O. Z. Dis.	TREBISACCE Totale			-	-
Totale complessivo				148	34