

**COMMISSARIO AD ACTA**

**per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario
Deliberazione del Consiglio dei ministri in data 03.08.2023**

DECRETO**N. 82****IN DATA 06-05-2024****OGGETTO: RETE ONCOLOGICA REGIONALE DEL MOLISE (ROR MOLISE). APPROVAZIONE.**

L'Istruttore/Responsabile d'Ufficio

ERMANN0 PAOLITTO

Il Direttore del Servizio
SERVIZIO PREVENZIONE, VETERINARIA E
SICUREZZA ALIMENTARE

MICHELE COLITTI

Il Direttore Generale per la Salute

DOTT.SSA LOLITA GALLO

IL COMMISSARIO AD ACTA

AFFIANCATO DAL SUB COMMISSARIO AD ACTA

RICHIAMATA la delibera adottata in data 3 agosto 2023 dal Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie, con la quale:

- l'Avv. Marco Bonamico è stato nominato quale Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR molisano, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni;
- il dott. Ulisse di Giacomo è stato nominato quale Subcommissario unico per l'attuazione del Piano di rientro con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione del mandato commissariale sia con riferimento agli aspetti economico-patrimoniali, finanziari che assistenziali;

VISTO l'Accordo sul Piano di rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico della Regione Molise, stipulato ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e il Presidente della Regione Molise in data 27 marzo 2007, poi recepito con Delibera di Giunta Regionale del 30 marzo 2007, n. 362;

ATTESO che il contenuto del presente atto è pienamente coerente con gli obiettivi del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario e con il Programma Operativo 2023-2025;

RICHIAMATO l'Accordo Stato - Regioni del 3 agosto 2016, recante: *"Accordo concernente l'intervento straordinario per l'emergenza economico-finanziario del Servizio Sanitario della Regione Molise e per il riassetto della gestione del Servizio Sanitario Regionale ai sensi dell'art. 1 comma 604 della Legge 23 Dicembre 2014, n. 190"* (Repertorio Atti n. 155/CSR del 03/08/2016);

DATO ATTO che il presente decreto è conforme a quanto previsto nella citata delibera del Consiglio dei ministri del 3 agosto 2023;

ATTESO che tanto rileva a titolo di istruttoria tecnica in fatto ed in diritto del responsabile del procedimento, secondo le disposizioni di cui alla legge regionale n.10 del 23 marzo 2010 e ss.mm. e ii;

VISTO il D.lgs. del 30 dicembre 1992, n. 502, recante *"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421"* e ss.mm. e ii.;

VISTO il D.M. 2 aprile 2015, n.70, concernente *"Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"*;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017 *"Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"*;

VISTO l'Accordo, ai sensi del punto 8.1 dell'Allegato 1 al decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 sul documento *"Linee guida per la revisione delle reti cliniche – Le reti tempo dipendenti"* (Rep. Atti n. 14/CSR del 24/01/2018);

VISTA l'Intesa, ai sensi dell'art 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente il Patto per la Salute per gli anni 2019-2021 (Rep. Atti n. 209/CSR del 18 dicembre 2019);

VISTA la Legge Regionale 1° aprile 2005, n. 9, *"Riordino del Servizio Sanitario Regionale"* e ss. mm. e ii.;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 25 dell'11.04.2017 recante *"Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente il "Documento tecnico di indirizzo per ridurre i burden del cancro - Anni 2014-2016" (Rep. n.144/CSR del 30 ottobre 2014). Recepimento."*;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 44 del 18 luglio 2017 rubricato *"Intesa ai sensi dell'art 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003 n. 131, sul documento recante" Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia"* (Rep. N. 185/CSR del 18 dicembre 2014). Recepimento.";

CONSIDERATO che con l'Intesa Stato Regioni 144/CSR del 30 ottobre 2014 è stata recepita la *"Guida per la costituzione di reti oncologiche regionali"*, quale strumento di riferimento nella programmazione ed attuazione

delle reti oncologiche, al fine di consentire alle Regioni e alle Province autonome di utilizzare al meglio - nell'ambito della propria autonoma attività di programmazione - le proprie risorse per la lotta contro il cancro;

PRESO ATTO che la citata Intesa Stato Regioni 185/CSR del 18 dicembre 2014 prevede che *“in una logica di rete oncologica integrata, è necessario individuare percorsi omogenei di diagnosi e terapia e relativi protocolli, definire a livelli organizzativi il setting assistenziale, fissare criteri per quanto possibile standardizzati per la progettazione, la strutturazione, il finanziamento e l’accreditamento delle varie breast unit, al fine di migliorare la qualità, l’appropriatezza, la sicurezza di questo specifico percorso oncologico.”*;

CONSIDERATA la necessità di procedere mediante un percorso univoco e condiviso teso alla strutturazione delle reti cliniche regionali mediante la definizione di Piani di rete;

PRESO ATTO di quanto previsto dall’Accordo, ai sensi del punto 8.1 dell’Allegato 1 al Decreto Ministeriale del 2 aprile 2015 n. 70 sul documento *“Linee guida per la revisione delle reti cliniche - Le reti tempo dipendenti”* (Rep. Atti n.14/CSR del 24/01/2018) nel quale, al paragrafo 2.1.1, si stabilisce che *«il modello organizzativo di rete adottato deve garantire equità e tempestività di accesso alle cure affinché si conseguano i migliori risultati in termini di qualità ed umanizzazione delle cure erogate ai cittadini ...»*;

ATTESO che il modello di *governance* individuato al paragrafo 2.1 dell’Accordo sopra citato prevede che *«La Rete Regionale per ogni ambito assistenziale deve essere recepita e formalizzata attraverso un Atto regionale che espliciti le scelte di politica sanitaria volte anche alla realizzazione di modelli organizzativi innovativi, con la definizione degli aspetti programmatici e di indirizzo predisponenti le condizioni per la loro realizzazione, con l’obiettivo di migliorare la qualità dei servizi ai cittadini anche tramite opportune modalità di comunicazione»*;

CONSIDERATO che il modello organizzativo di cui al documento *“Linee guida per la revisione delle reti cliniche - Le reti tempo dipendenti”* citato, *«deve essere coerente con gli standard definiti dalla normativa nazionale vigente con particolare riferimento a quanto previsto dal D.M. n. 70/2015 nel suo complesso e, nello specifico, dal punto 5 dello stesso Decreto»*;

RICHIAMATO il Decreto del Ministero della Salute del 2 aprile 2015, n. 70 citato, che prevede, all’articolo 1, comma 2, che le Regioni provvedono *“[C] ad adottare il provvedimento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto (p.l.) per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, nonché i relativi provvedimenti attuativi [C]”*;

RILEVATO che la nuova dotazione complessiva di posti letto della Regione Molise è stata determinata entro i limiti fissati dal DM 70/2015, pur tenendo conto delle necessità assistenziali di ciascun bacino regionale nonché delle peculiarità ed eccellenze delle singole strutture e, pertanto, i posti letto programmati per singola struttura e singolo reparto per la componente sia pubblica che privata, risultano essere in piena coerenza con le disposizioni vigenti;

CONSIDERATE le peculiarità strutturali e sistemiche caratterizzanti la configurazione dell’assetto assistenziale del Molise e, dunque, della presenza di un’unica azienda sanitaria corrispondente all’intero territorio regionale;

PRESO ATTO del Decreto del Commissario ad Acta n. 16 del 04/03/2020 con il quale è stato istituito *“l’organismo regionale di coordinamento governance e monitoraggio delle Reti cliniche”*;

RICHIAMATO il Decreto del Commissario ad Acta n.17 del 04/03/2022 con il quale è stato istituito il *“Coordinamento della Rete oncologica”*;

RICHIAMATO il Decreto del Commissario ad Acta n. 53 del 30/11/2023 avente ad oggetto *“Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della l. 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, concernente il “Piano Oncologico Nazionale: documento di pianificazione e indirizzo per la prevenzione e il contrasto del cancro 2023 – 2027” del 26 gennaio 2023, Rep. Atti n. 16/CSR. Recepimento. Intesa, ai sensi dell’articolo 4, comma 9-ter, del decreto-legge 29 dicembre 2022, n. 198, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 febbraio 2023, n. 14, come modificato dall’articolo 8, del decreto-legge 22 giugno 2023, n. 75, sullo schema di decreto del Ministro della Salute di ripartizione del fondo per l’implementazione del Piano Oncologico Nazionale 2023-2027. ID monitor 5337 (Rep. Atti n. 240/CSR del 19 ottobre 2023) - Recepimento. Decreto Ministero della Salute 8 novembre 2023 recante “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”. Approvazione linee strategiche prioritarie regionali”*;

RICHIAMATO altresì il DCA n. 79 del 03.05.2024 rubricato *“Approvazione Programma Operativo 2023-2025”*;

TENUTO CONTO dell’invio SIVEAS n. 98 del 22 settembre 2023 con cui è stato trasmesso in preventiva approvazione il Piano di Rete oncologica Regionale del Molise;

PRESO ATTO del parere del Ministero della Salute e del Ministero dell'economia e delle finanze (Molise – DGPROGS – 03/04/2024 – 0000072 – P), acquisito al protocollo regionale al n. 46071/2024, con il quale sono state formulate alcune osservazioni sul documento “Rete Oncologica Regionale del Molise (ROR Molise)” nonché la richiesta di esporre nel documento l’impatto economico;

RITENUTO di dover recepire le osservazioni formulate nel parere ministeriale sopra richiamato al fine di poter adottare il documento Rete Oncologica Regionale del Molise (ROR Molise);

CONSIDERATO che la Regione Molise ha inteso adottare una strutturazione di tale rete oncologica nella quale l’attività si realizzi con un’offerta unitaria governata attraverso un sistema integrato ospedale/territorio, con il concorso di tutte le figure professionali necessarie e nei *setting* assistenziali appropriati;

RITENUTO opportuno utilizzare, a tale fine, il modello “*Cancer Care Network*”, con una forte territorializzazione, che assicuri l’accesso alla rete di tutta la popolazione distribuita sul territorio, in un forte legame con le strutture ospedaliere che consenta di regolare e orientare l’offerta dei servizi e stabilire le corrette norme di collaborazione;

RILEVATO che nella scelta del modello organizzativo della rete oncologica si è tenuto conto della realtà specifica regionale e delle dimensioni delle strutture di riferimento, al fine di consentire un migliore utilizzo delle risorse e, soprattutto, una maggiore attenzione alla medicina di prossimità e dell’empowerment del paziente rispetto all’organizzazione delle reti che vede la centralità dei soli posti letto ospedalieri;

CONSIDERATO, altresì, che nella programmazione della rete oncologica regionale si è inteso definire un sistema di accessi diffusi sul territorio che consentano al cittadino di entrare nei percorsi di cura direttamente o comunque in prossimità del proprio luogo di residenza (P.O.R.T.O.);

RITENUTO, pertanto, necessario approvare il documento “*Rete oncologica Regionale del Molise (ROR Molise)*”, allegato al presente atto, quale parte integrante e sostanziale (Allegato 1), integrato con le osservazioni riportate nel parere del Ministero della Salute e del Ministero dell’economia e delle finanze (Molise – DGPROGS – 03/04/2024 – 0000072 – P);

RITENUTO di dare mandato alla Direzione Generale per la Salute affinché proceda a tutti gli adempimenti necessari all’attuazione di quanto previsto nel presente provvedimento;

RITENUTO, altresì, di trasmettere il presente provvedimento al Direttore Generale dell’A.S.Re.M. per tutti gli adempimenti di propria competenza;

DATO ATTO che l’oggetto del presente decreto rientra nell’ambito del mandato commissariale rispondendo all’obiettivo di cui al punto “*iv. Programmazione ed attuazione del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete di emergenza-urgenza e delle reti tempo dipendenti, in coerenza con il fabbisogno assistenziale in coerenza con il DM n. 70/2015 e in coerenza con le indicazioni dei Tavoli tecnici di monitoraggio*” della deliberazione del Consiglio dei ministri del 3 agosto 2023;

RITENUTO di stabilire che tutto quanto non espressamente previsto nel presente documento sia regolamentato ai sensi e per gli effetti della normativa di riferimento, comunque applicabile in materia;

su conforme proposta del Direttore del competente Servizio, previa istruttoria del funzionario incaricato, col parere favorevole del Direttore Generale per la Salute e d’intesa con il Subcommissario ad acta, come risultante dalle sottoscrizioni apposte sul frontespizio del presente provvedimento

DECRETA

Articolo 1

È approvato il documento “Rete oncologica Regionale del Molise (ROR Molise)”, allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale (Allegato 1).

Articolo 2

Sono demandati alla Direzione Generale per la Salute gli adempimenti necessari all’attuazione di quanto previsto nel presente provvedimento.

Articolo 3

Il presente decreto è notificato al Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria Regionale del Molise, al quale viene dato mandato di mettere in atto ogni utile iniziativa finalizzata ad assicurare il rispetto delle disposizioni emanate.

Articolo 4

Il presente provvedimento è trasmesso al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e delle Finanze, nonché pubblicato nel Bollettino Ufficiale e sul sito internet della Regione Molise.

IL SUBCOMMISSARIO AD ACTA
ULISSE DI GIACOMO

IL COMMISSARIO AD ACTA
MARCO BONAMICO

Documento informatico sottoscritto con firma digitale ai sensi dell'Art.24 del D.Lgs. 07/03/2005, 82

Azienda Sanitaria
Regionale Molise



RETE ONCOLOGICA REGIONALE DEL MOLISE

(ROR Molise)

Sommario

1.	PREMESSA.....	4
1.1	Normativa di riferimento.....	6
	Normativa nazionale	6
	Normativa Regione MOLISE	7
	Provvedimenti dell’Azienda Sanitaria Regione Molise.....	8
2.	CONTESTO EPIDEMIOLOGICO	9
2.1	Epidemiologia delle neoplasie.....	9
2.2	Il Molise	10
3.	LA RETE ONCOLOGICA REGIONALE DEL MOLISE.....	21
3.1	I modelli di rete	21
3.2	Obiettivi della Rete oncologica del Molise	22
3.3	Il modello organizzativo della RORM	22
3.4	Strutture della Rete Oncologica della Regione Molise.....	23
3.4.1.	Rete Ospedaliera	23
3.4.2.	Rete Territoriale	26
3.4.3	Cure Palliative.....	29
3.5	Organizzazione e servizi della Rete.....	30
	3.5.1. Servizi di accoglienza e accettazione –Ruolo del territorio.....	31
	3.5.2 Transizione tra setting Ruolo della COT(Centrale Operativa Territoriale)	33
	3.5.3 Ruolo degli Ospedali.....	34
	3.5.4 Screening	34
4.	GOVERNO DELLA RETE ONCOLOGICA	35
4.1	Piano di rete.....	37
4.2	GOM (Gruppi Oncologici Multidisciplinari)	38
5.	STRUMENTI DELLA RETE	41
5.1	Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)	41
5.2	Carta dei Servizi	41
5.3	Telemedicina	42
5.4	Farmaceutica	43
	5.4.1 Il sistema della preparazione centralizzata dei farmaci.....	43
5.5	Sistema informativo regionale oncologico e controllo di gestione.....	44
5.6	Riskmanagement	44
5.7	Formazione continua.....	44
5.8	Qualità e Umanizzazione	45
5.9	Registro Tumori del Molise (RTM).....	45

5.10	Informazione e comunicazione	46
5.11	Collaborazioni	46
6.	IMPATTO ECONOMICO-FINANZIARIO DEL PIANO	47
7.	MONITORAGGIO DELLA RETE	47

1. PREMESSA

Negli ultimi dieci anni, con l'aumento dell'invecchiamento della popolazione i casi di tumore nel mondo sono aumentati di più di un terzo ed il cancro è la seconda causa di morte al mondo dopo le malattie cardiovascolari.

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.

La necessità di un'organizzazione in Rete deriva dalla complessità dei bisogni sanitari.

Uno dei requisiti indispensabili per il funzionamento di una Rete Oncologica è rappresentato dall'attivazione di 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.

I nodi e le componenti della Rete sono definiti attraverso l'analisi epidemiologica, dei fabbisogni e dei bacini di utenza, in coerenza con gli standard nazionali dell'accreditamento e con gli standard ospedalieri, supportando il paziente rispetto alle problematiche di tipo burocratico per ridurre il disagio, dandogli la possibilità di potersi concentrare e dedicare esclusivamente alle cure cui sarà sottoposto.

Al fine di promuovere la qualità dell'assistenza, la sicurezza delle cure, l'uso appropriato delle risorse e ridurre significativamente il "peso" della malattia neoplastica sulla popolazione residente, la regione Molise 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 dei malati.

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, 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 il DM 70 annovera la rete oncologica.

Il territorio e la popolazione della Regione Molise richiedono di modulare le Reti in funzione delle caratteristiche territoriali e demografiche, e dell'epidemiologia delle patologie neoplastiche sul territorio regionale.

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 individuare le 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 programmatica, anche e soprattutto nei processi decisionali clinico organizzativi che saranno rappresentati nei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le patologie considerate.

I PDTA, infatti, rappresentano gli strumenti che, nella rete, definiscono il ciclo di cura come un percorso clinico integrato tra i diversi livelli di assistenza e di presa in carico, al fine di uniformare le prestazioni e le procedure alle linee guida delle società scientifiche e alla letteratura internazionale, rapportandole al contempo, alla realtà territoriale in una logica di multidisciplinarietà, multi-professionalità, multi-setting e *multi-level*.

1.1 Normativa di riferimento

Normativa nazionale

- Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2006-2008
- Piano Sanitario Nazionale 2010-2012
- Intesa 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 10/2/2011 "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 UNITA D ICURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE"
- Intesa 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.
- Decreto del Ministero della Salute di concerto col Ministero di Economia e Finanza "MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE" 2022
- DM del 29.04.2022 "Approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare»
- Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Telemedicina-Linee di indirizzo nazionali".
- 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", sul quale è stato sancito l'Accordo dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in data 17aprile 2019 (rep. atti n. 57/CSR);
- Piano Oncologico Nazionale: documento di pianificazione e indirizzo per la prevenzione e il contrasto del cancro 2023-2027
- Requisiti essenziali per la valutazione delle performances delle reti oncologiche AGENAS (Approvato conferenza Rep. atti n.165/CSR del 26 luglio 2023.
- Intesa, 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. Rep. atti n.99/CSR del 10 maggio 2023.

Normativa Regione Molise

- Piano Sanitario della Regione Molise per il triennio 2008-2010 (D.G.R.n.1249 del 24.10.2007).
- DCA n.46 del 8 luglio 2015 “Linee guida per lo sviluppo della Rete delle Cure Palliative e di Terapia del Dolore Pediatriche nella regione Molise Approvazione della rete della Terapia del Dolore nella Regione Molise”.
- DCA n.52 del 12 settembre 2016 con oggetto: “Accordo sul Programma Operativo Straordinario 2015-2018 della Regione Molise. (Rep. Atti n.155/CSR del 03/08/2016). Provvedimenti”.
- DCA n. 25 del 11.04.2017 con oggetto: “Intesa ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il «documento tecnico di indirizzo per ridurre il burden del cancro-anni 2014-2016» (Rep.n.144/CSR del 30 ottobre 2014). Recepimento”.
- DCA n. 44 del 18.07.2017 con oggetto “Intesa ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, sul documento recante «Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia» (Rep. n.185/CSR del 18 dicembre 2014). Recepimento”.
- Legge Regionale 06 ottobre 2017, n.14 recante “Istituzione dei registri di patologie di rilevante interesse sanitario e di particolare complessità (BURM 11/10/2017 n. 55 – 15238 – Edizione straordinaria).
- DCA n. 39 dell’11.03.2018 con oggetto: “Decreti del Commissario ad Acta n. 7 del 2 febbraio 2017 e n. 16 del 28 febbraio 2017 - Approvazione dell'Atto Aziendale dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise - A.S.Re.M. Provvedimenti”
- DCA n.16 del 04.03.2020 recante: "Istituzione "Organismo regionale di coordinamento governance e monitoraggio delle Reti cliniche". "Accordo, ai sensi del punto 8.1 dell'Allegato 1 del Decreto Ministeriale 20 aprile 2015, n.70, sul documento «Linee guida per la revisione delle reti cliniche - Le reti tempo dipendenti» (Rep. Atti n.14/CSR del 24/01/2018) – Recepimento”.
- DCA n. 17 del 04.03.2020 recante: "Coordinamento della rete oncologica. Istituzione".
- DCA 95 del 30.09.2021 ad oggetto “Test genomici per carcinoma mammario - DM 18 maggio 2021 - (G.U. n. 161 del 7 luglio 2021) – Programma regionale”
- DCA 65 del 21.06.2021 ad oggetto: “Ex art.20 legge 67/88. Decreto del ministero dell'interno del 19/03/2015: sicurezza antincendio delle strutture sanitarie ASREM - approvazione progetto di prima fase denominato "Ospedale Cardarelli di Campobasso".
- DCA n. 9 del 22.02.2022 avente ad oggetto: “Piano nazionale ripresa e resilienza (PNRR) - missione 6-salute componente M6C1 – reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Investimenti 1.1- 1.2.2- 1.3. Piano degli interventi relativo alla linea di investimento PNRR M6 C1 - reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale – Provvedimenti”.
- DCA n. 11 del 16.03.2022 rubricato “Linee di indirizzo operative per la gestione dei servizi di telemedicina per la Regione Molise – Approvazione”.

Provvedimenti dell’Azienda Sanitaria Regione Molise

- DDG n.301 del 27/03/2018 recante “Atto Aziendale ASREM - Modifiche ed integrazioni”.
- DDG n.364 del 25/03/2022 recante “Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale – PDTA – per neoplasie della mammella - Approvazione”.
- DDG n. 1322 del 30/10/2019 recante “Gruppo Multidisciplinare Breast Unit - Costituzione”.
- DDG n. 1029 del 16/12/2020 recante “Convenzione con l'associazione donatori di sangue - FRATRES – Mirabello Sannitico – in ossequio all'Accordo recepito con DCA n. 62 del 23/11/2016 in premessa richiamato, secondo lo schema-tipo dell'allegato 1 dell'Accordo Stato – Regioni del 14 aprile 2016 - Disciplinare a "Gestione dell'attività associativa delle associazioni e federazioni dei donatori di sangue" – Stipula”.
- DDG N.65 del 23.01.2022 ad oggetto “Procedura per la prescrizione del test genomico in donne con neoplasia di mammella in stadio precoce – Approvazione”.

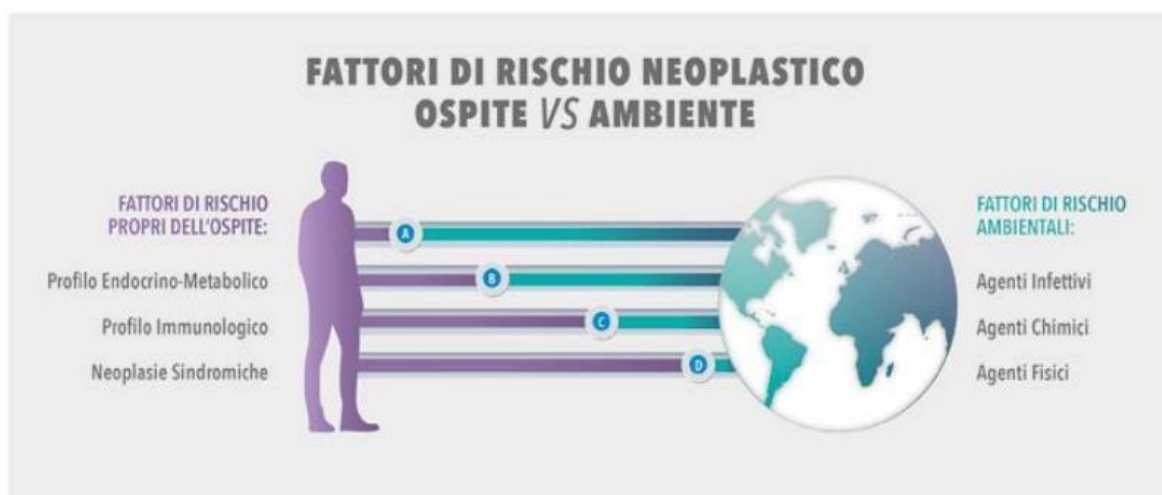
2. CONTESTO EPIDEMIOLOGICO

2.1 Epidemiologia delle neoplasie

Si stima che nel 2023 in Italia siano stati diagnosticati 395.000 nuovi casi di tumori, di cui 208.000 negli uomini e 187.000 nelle donne, con un incremento di circa 18.000 casi rispetto al 2020. La pandemia da Covid-19 ha rallentato gli interventi di prevenzione primaria e secondaria, determinando numerosi cambiamenti nella pratica medica dovuti ai tentativi di arginare i contagi. La sospensione dei programmi di screening, imposta dalla gestione dell'emergenza sanitaria da COVID-19, ha arrestato l'individuazione di nuovi tumori posticipandone conseguentemente le diagnosi negli anni successivi (1).

Queste cifre evidenziano un andamento crescente delle neoplasie soprattutto nelle regioni ove si registra un invecchiamento della popolazione e laddove sono maggiormente frequenti ulteriori fattori di rischio, quali il fumo di sigaretta, l'obesità, la sedentarietà, l'abuso di alcol, ecc..

Da ciò si evince come nella patogenesi della malattia neoplastica concorrano vari fattori, tra cui l'azione oncogena degli agenti ambientali, le abitudini e gli stili di vita, il profilo proprio dell'ospite nell'ottica della visione olistica One Health, basata sul riconoscimento che la salute umana, la salute animale e la salute dell'ecosistema siano legate indissolubilmente.



Alcune tipologie di tumore si differenziano per epidemiologia.

Relativamente alla localizzazione, nella seguente tabella sono riportati i tumori più frequenti nel 2023, distinti per genere.

UOMINI			DONNE		
SEDE NEOPLASTICA	CASI	%	SEDE NEOPLASTICA	CASI	%
Prostata	41.000	19,8	Mammella	55.900	30,0
Polmone	29.800	14,3	Colon-retto	23.700	12,7
Colon-retto	26.800	12,9	Polmone	14.000	7,4
Vescica	23.700	11,4	Endometrio	10.200	5,5

(1) AIOM-AIRTUM "I Numeri del Cancro in Italia - 2023"

2.2 Il Molise

Dal 2014 è attivo il Registro Tumori (RT) della Regione Molise, che incardina il Registro di Incidenza, il Registro dei Mesoteliomi (COR-Mesoteliomi) e il Registro dei Tumori Naso-faringei (COR-ReNaTuNS).

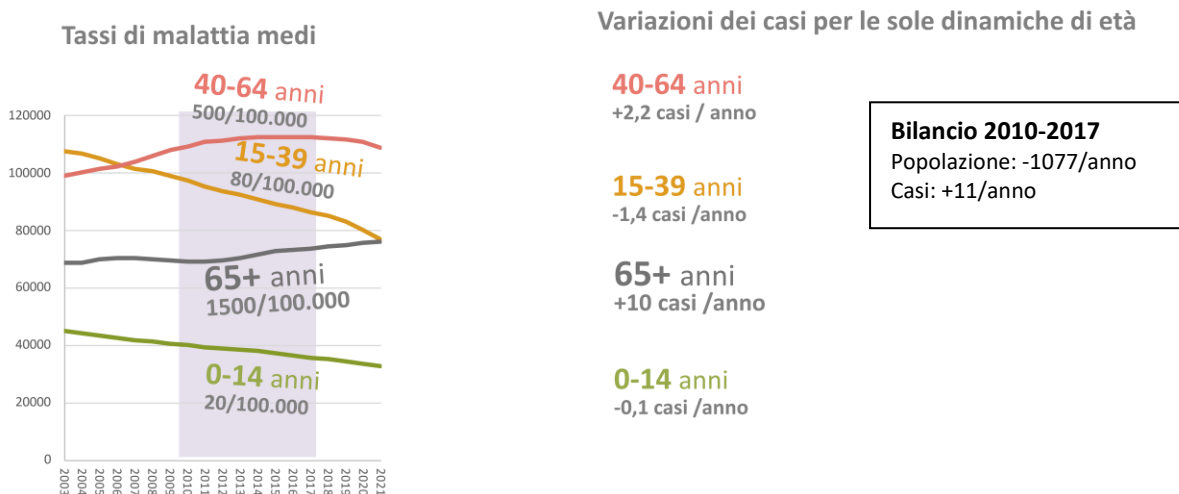
Il COR-Mesoteliomi e il COR-ReNaTuNS sono registri per patologie professionali, coordinati dall'INAIL e resi obbligatori con il D.Lgs. n. 9 aprile 2008, n. 81.

Il RT Molise è un registro generale di popolazione, centralizzato, che raccoglie i casi di tumori della popolazione residente in regione con il compito di descrivere il fenomeno neoplastico e le sue variazioni territoriali e temporali attraverso misure di incidenza e di mortalità. Il Registro può intraprendere progetti di studio e di ricerca sullo sviluppo di tali patologie.

Nel gennaio 2024 è stato pubblicato il II° Rapporto sui dati del Registro Tumori della Regione Molise per gli Anni 2010/2017, da cui si evince che la popolazione molisana ha subito una notevole riduzione, passando dai 315.939 abitanti (162.000 Femmine e 153.849 Maschi) del 1° gennaio 2010 ai 308.400 (156.747 Femmine e 151.653 Maschi) del 31 dicembre 2017, con una perdita complessiva media/per anno di 1.077 abitanti (-763 donne/anno e -314 uomini/anno).

Si registra un incremento nelle classi d'età "40-64 anni" e "65+ anni", a fronte di una costante riduzione delle classi di età "0-14 anni" e "15-39 anni".

L'andamento demografico si ripercuote anche sui tassi medi di malattia (-0,1 casi/anno fra 0-14 anni; -1,4 casi/anno fra i 15-39 anni; +2,2 casi/anno fra i 40-64 anni; +10 casi/anni 64+anni) con un bilancio complessivo nel 2010/2017 di +11 casi/anno, nonostante la riduzione di 1.077 abitanti/anno.



Il calo demografico è stato registrato anche negli anni successivi; nel 1° gennaio 2021 il territorio molisano registra 294.294 abitanti (149.430 Femmine e 144.864 Maschi).

Mediamente i tumori diagnosticati in regione sono 1.801/anno, di cui 1.003 sono tumori maschili (56%) e 798 tumori femminili (44%).

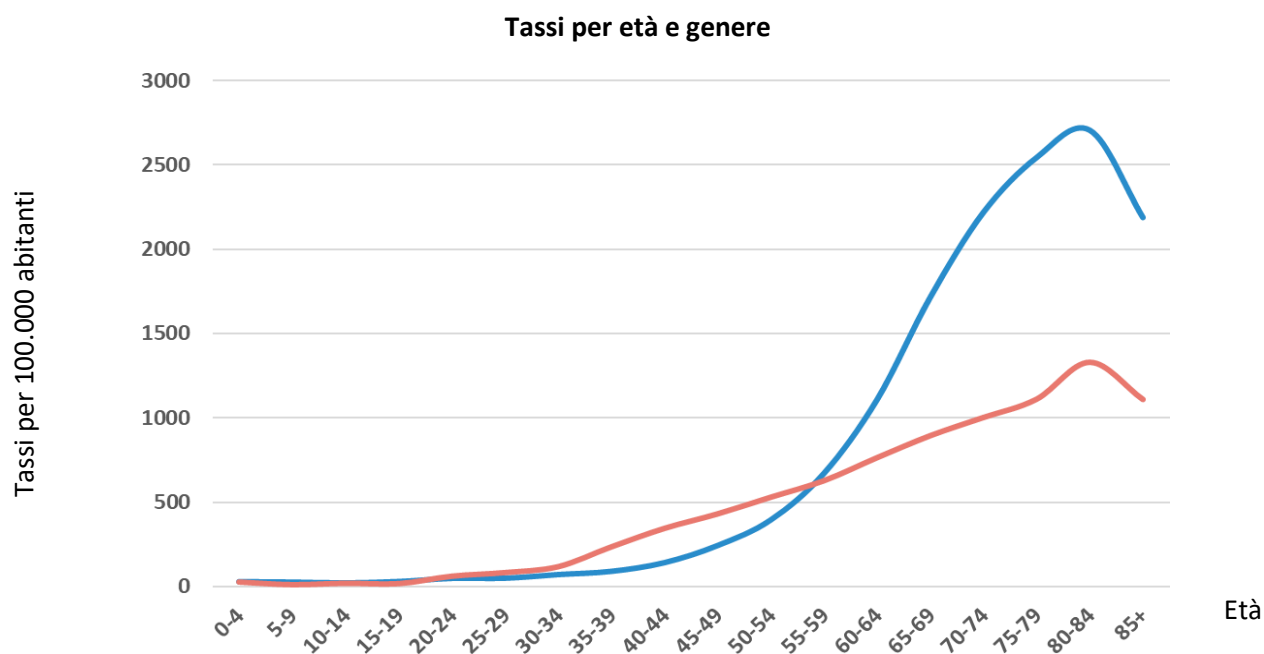


1801
tumori / anno

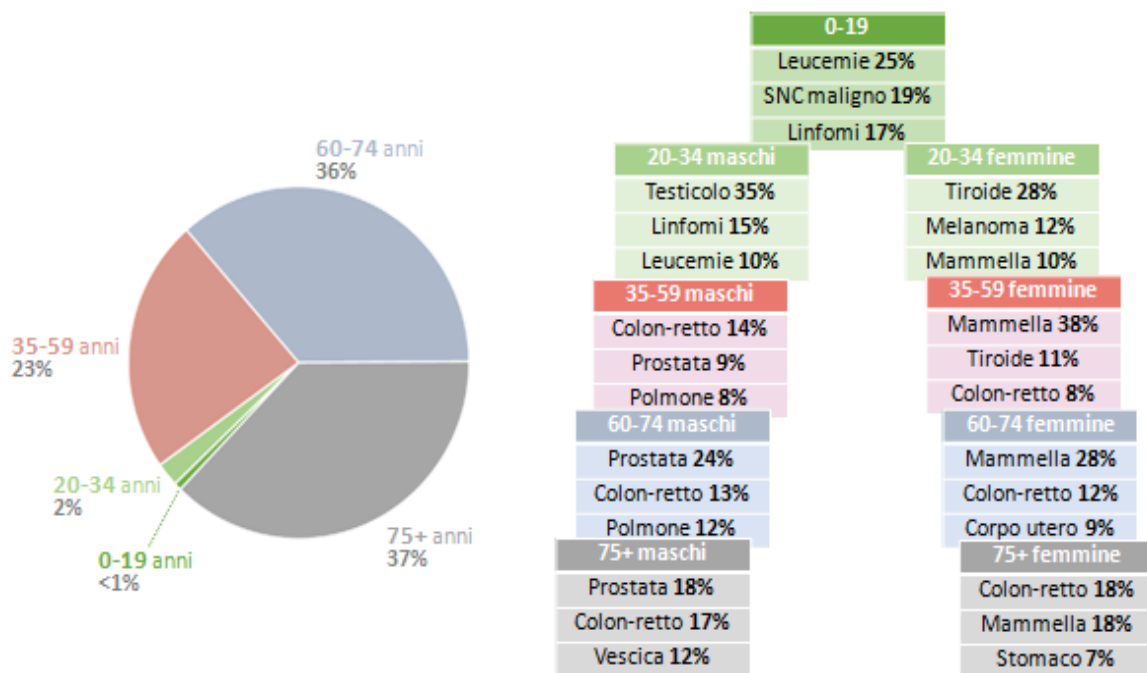
1003
(56%)
tumori maschili

798 (44%)
tumori femminili

Il grafico sottostante rappresenta la distribuzione dei tassi per età e genere, evidenziando una crescita dei tumori femminili dai 25 anni circa (tumori della sfera genitale femminile), che incrociere la curva dei tumori maschili verso i 55 anni con un trend iniziale in crescita per tali tumori a partire dai 40-44 anni circa.



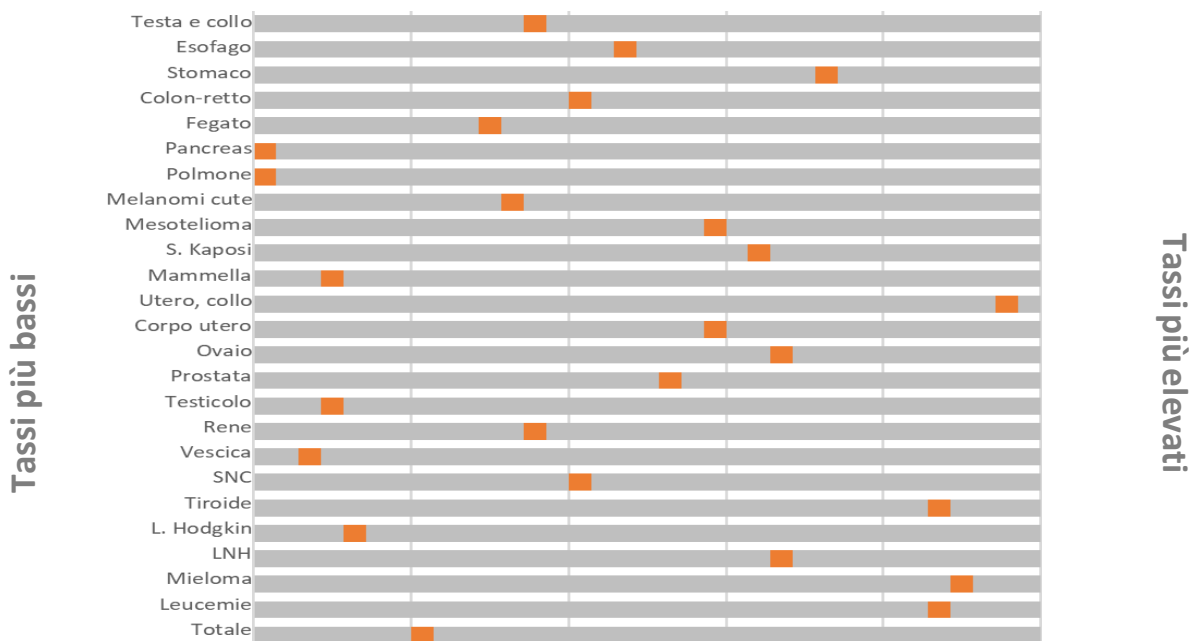
Il grafico seguente rappresenta la prevalenza dei tumori per fasce d'età.



Casi incidenti nella popolazione residente in Regione Molise, esclusi i carcinomi cutanei e i tumori SNC non maligni. Anni 2013-2017

I dati nazionali presentati dai 35 Registri Tumori Italiani alla call dello IARC del 2022 (fra cui anche il registro Tumori della regione Molise), pubblicati in “Cancer Incidence in Five Continents. Vol. XII” di ottobre 2023, evidenziano che il tasso di incidenza dei tumori è più alto nelle regioni del nord. Il Molise è collocato negli ultimi posti relativamente al tumore al polmone alla mammella.

Il grafico seguente mostra la graduatoria per neoplasia per la Regione Molise.



Il maggior peso dell'incidenza delle neoplasie si colloca nelle classi di età 35-59 anni e 60+ anni.

Si rappresentano di seguito i dati relativi alla mortalità per tumori nel 2021, estrapolati dalla banca dati ISTAT. Il numero totale dei morti per patologia neoplastica è di 4.241.

Dataset: Mortalità per territorio di evento				
Tipo dato		morti		
Territorio		Molise		
Selezione periodo		2021		
Sesso		maschi	femmine	totale
Causa iniziale di morte - European Short List				
totale		2108	2133	4241
tumori		483	381	864
tumori maligni		453	362	815
di cui tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni		94	31	125
di cui tumori maligni del colon, del retto e dell'ano		57	52	109
di cui altri tumori maligni		54	47	101
di cui tumori maligni del seno		..	60	60
di cui tumori maligni del pancreas		30	28	58
di cui tumori maligni della prostata		49	..	49
tumori non maligni (benigni e di comportamento incerto)		30	19	49
di cui tumori maligni dello stomaco		24	24	48
di cui tumori maligni della vescica		33	6	39
di cui tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici		24	11	35
di cui leucemia		10	12	22
di cui tumori maligni delle labbra, cavità orale e faringe		14	6	20
di cui tumori maligni di altre parti dell'utero		..	19	19
di cui tumori maligni del rene		13	6	19
di cui melanomi maligni della cute		6	12	18
di cui altri tumori maligni del tessuto linfatico/ematopoietico		10	8	18
di cui tumori maligni dell'ovaio		..	17	17
di cui tumori maligni del cervello e del sistema nervoso centrale		7	8	15
di cui morbo di hodgkin e linfomi		10	5	15
di cui tumori maligni della laringe		8	1	9
di cui tumori maligni dell'esofago		7	..	7
di cui tumori maligni della cervice uterina		..	7	7
di cui tumori maligni della tiroide		3	2	5

Dati estratti il 16 Apr 2024 08:23 UTC (GMT) da I.Stat

Dall'analisi della tabella, si evince che, in linea con i dati nazionali, il tumore del polmone e del colon-retto sono le patologie gravate da maggiore letalità.

Dai dati del Programma Nazionale Esiti, relativi agli anni 2020/2021, si rilevano i volumi di attività che le Unità Operative chirurgiche, afferenti agli ospedali della rete, hanno effettuato in favore dei cittadini molisani affetti da malattia neoplastica (SDO con diagnosi principale "neoplasia" e procedura principale "chirurgia maggiore").

Si evidenzia come la patologia neoplastica mammaria rappresenti il volume di maggiore attività presso le strutture ASReM ed è centralizzata prevalentemente presso il P.O. Cardarelli di Campobasso. Ciò è dovuto all'istituzione della Breast Unit presso l'Ospedale di Campobasso e alla conseguente centralizzazione degli interventi sulle neoplasie della mammella, prima effettuati anche negli altri ospedali ASReM e all'attivazione del GOM per le neoplasie della mammella (DDG ASReM n. 1322/2019).

Persiste comunque una significativa mobilità extraregionale.

L'attività chirurgica sulla neoplasia del colon-retto è dispersa tra tutti gli ospedali della rete e le strutture extraregionali.

Per la patologia urologica (prostata-rene-vescica) emerge una significativa mobilità passiva dell'utenza verso ospedali extraregionali.

Le neoplasie dell'ovaio e dell'utero sono trattate prevalentemente presso il Responsible Research Hospital, ex Gemelli Molise.

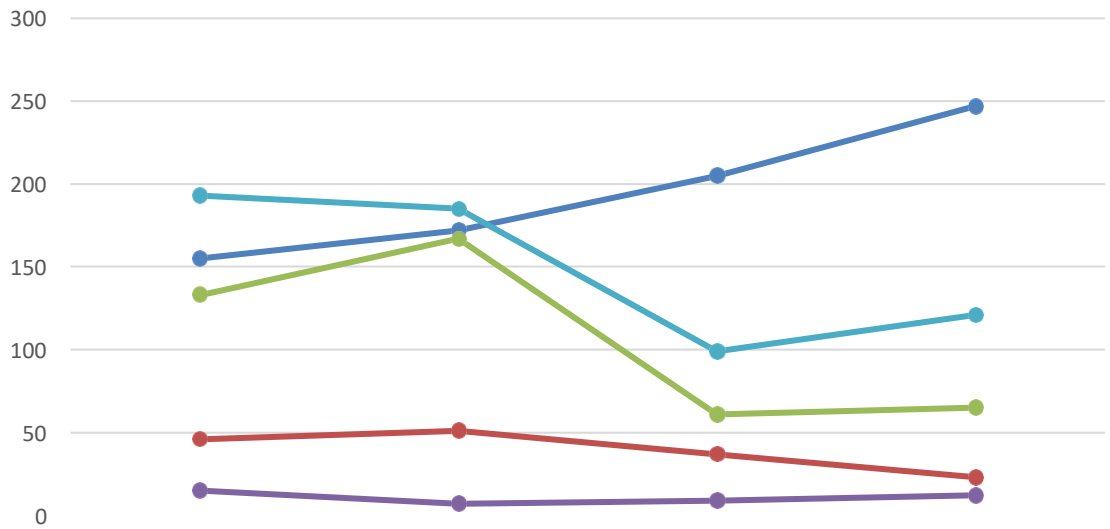
Volumi 2020-2021		OSPEDALE "A. CARDARELLI"	OSPEDALE S. TIMOTEO-TERMOI	COMPLESSO OSPEDALIERO ISERNIA	CASA DI CURA VILLA MARIA SRL	CASA DI CURA PRIVATA VILLA ESTHER s.r.l.	GEMELLI MOLISE S.P.A. - CAMPOBASSO	NEUROMED I.R.C.C.S.	
MAMMELLA	2020	90	3	2	2	1	39	0	
	2021	79	1	5	2	4	37		
POLMONE	2020	15	0	1	0	0	11	0	
	2021	18					18		
PROSTATA	2020	13	2	0	0	1	0	0	
	2021	32	1			6			
GINECOLOGICI	OVAIO	2020	0	1	2	0	0	22	0
		2021		2	2			28	
	UTERO	2020	1	2	3	0	0	83	0
		2021	1	3	4			97	
COLON-RETTO	Volume di ricoveri per intervento chirurgico TM colon	2020	34	20	24	0	5	46	0
		2021	15	18	24		5	71	
	Volume di interventi in laparoscopia per TM colon	2020	1	2	0	0	1	11	0
		2021	5		2		3	27	
	Volume di ricoveri per intervento chirurgico TM retto	2020	3	1	1	0	2	19	0
		2021		3	4		2	23	
Stomaco	2021	2	1	5		2	17		
Pancreas	2021			1		1	3		

*PNE AGENAS

*Gemelli Molise dal 2023 cambia nome in Responsible Research Hospital

Dall'estrazione effettuata da Molise Dati relativamente ai ricoveri ospedalieri con diagnosi principale "neoplasia" e con procedure chirurgiche varie si rileva l'andamento negli anni 2018-2021 delle strutture della rete impegnate nella gestione chirurgica dei malati oncologici.

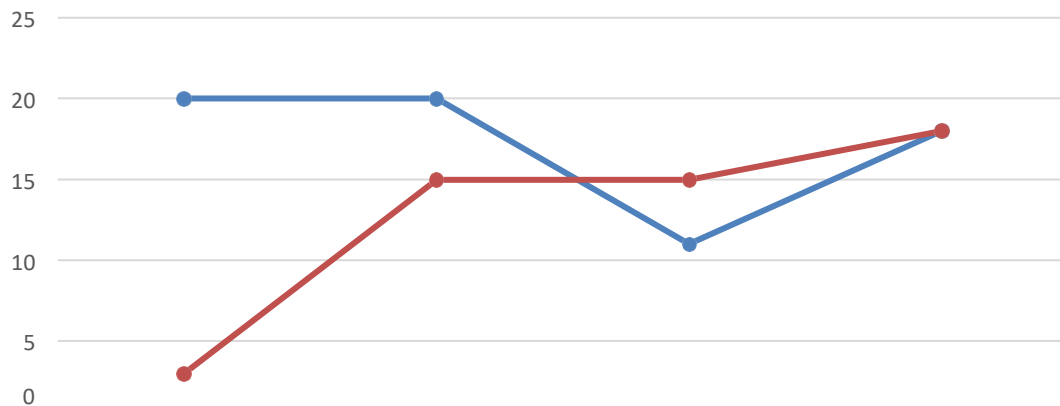
TUMORE MAMMELLA



	2018	2019	2020	2021
P.O. Cardarelli	155	172	205	247
P.O.S. Timoteo	46	51	37	23
P.O. Venezia	133	167	61	65
Villa Maria	15	7	9	12
Gemelli Molise*	193	185	99	121

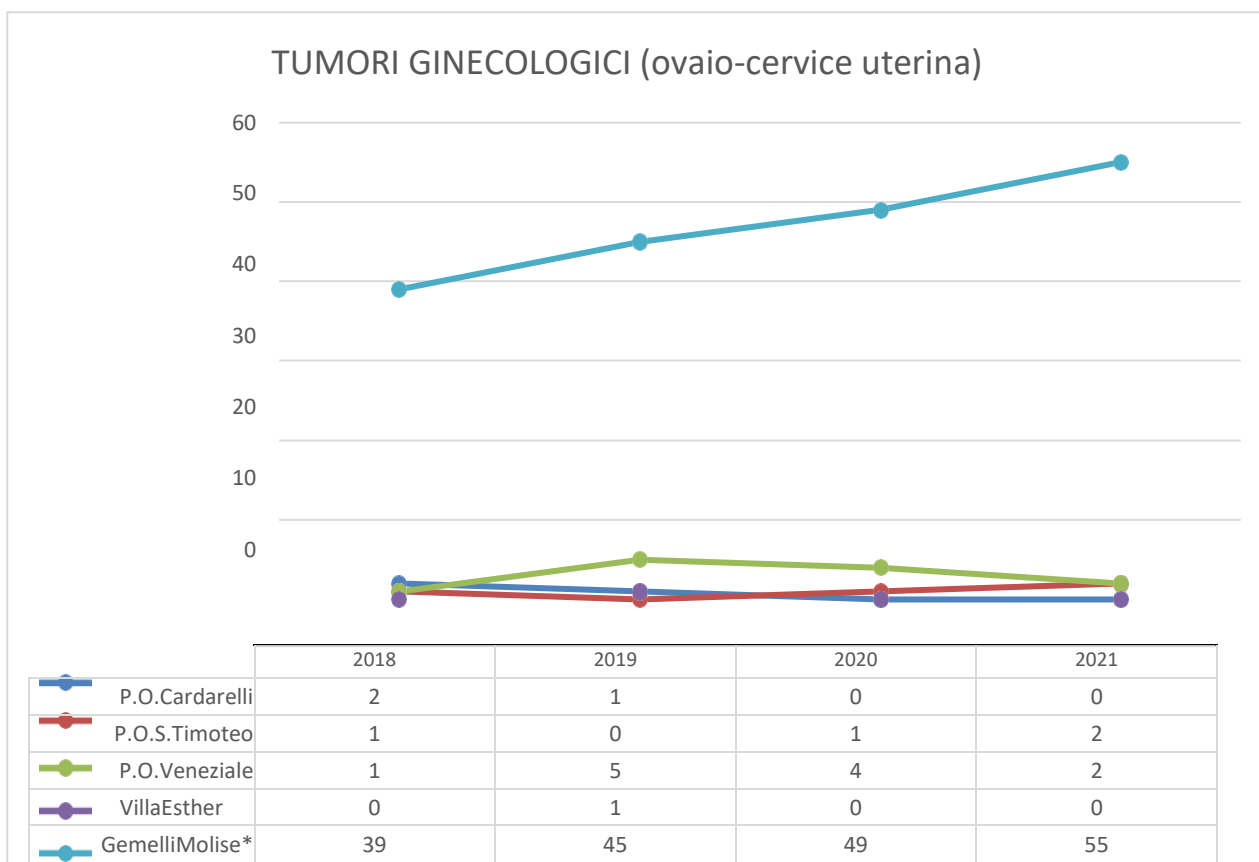
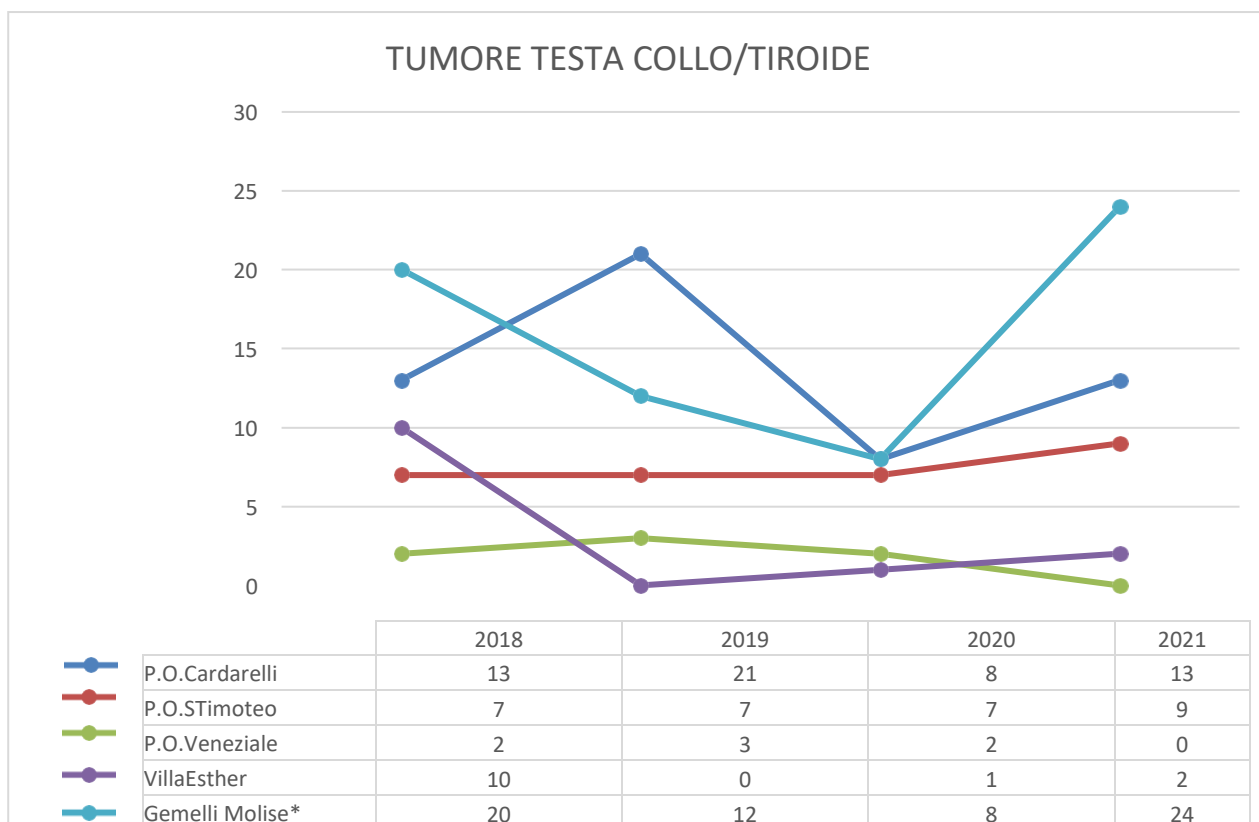
*Gemelli Molise dal 2023 cambia nome in Responsible Research Hospital

TUMORE POLMONE



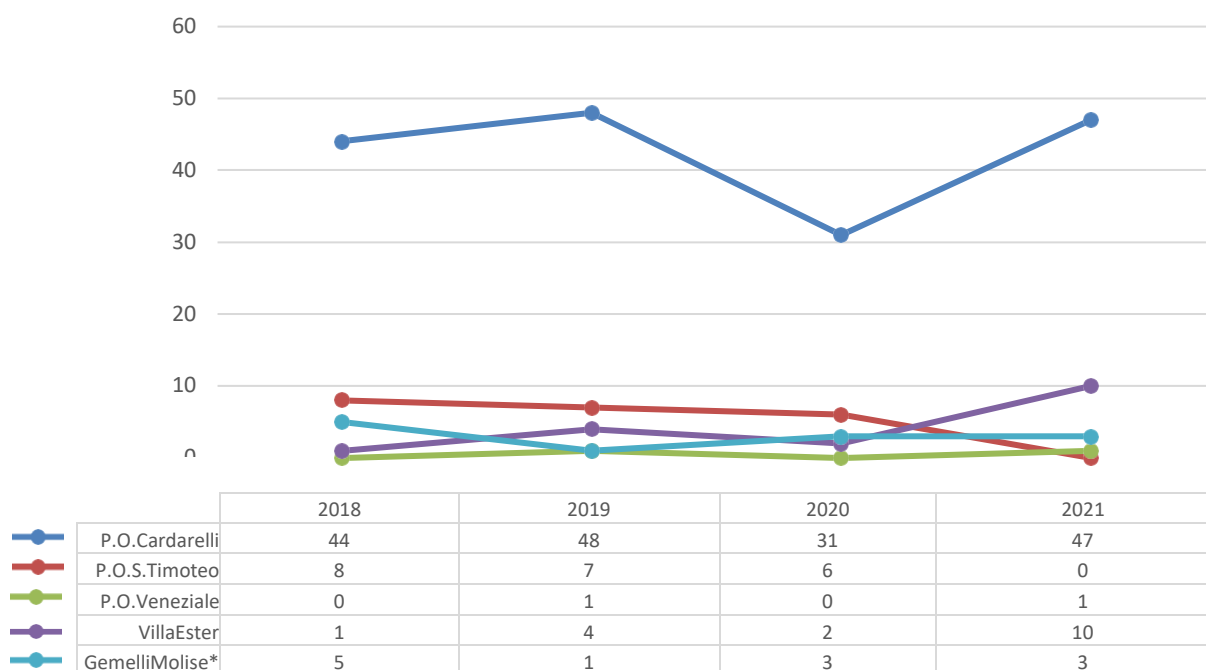
	2018	2019	2020	2021
Gemelli Molise*	20	20	11	18
P.O. Cardarelli	3	15	15	18

*Gemelli Molise dal 2023 cambia nome in Responsible Research Hospital



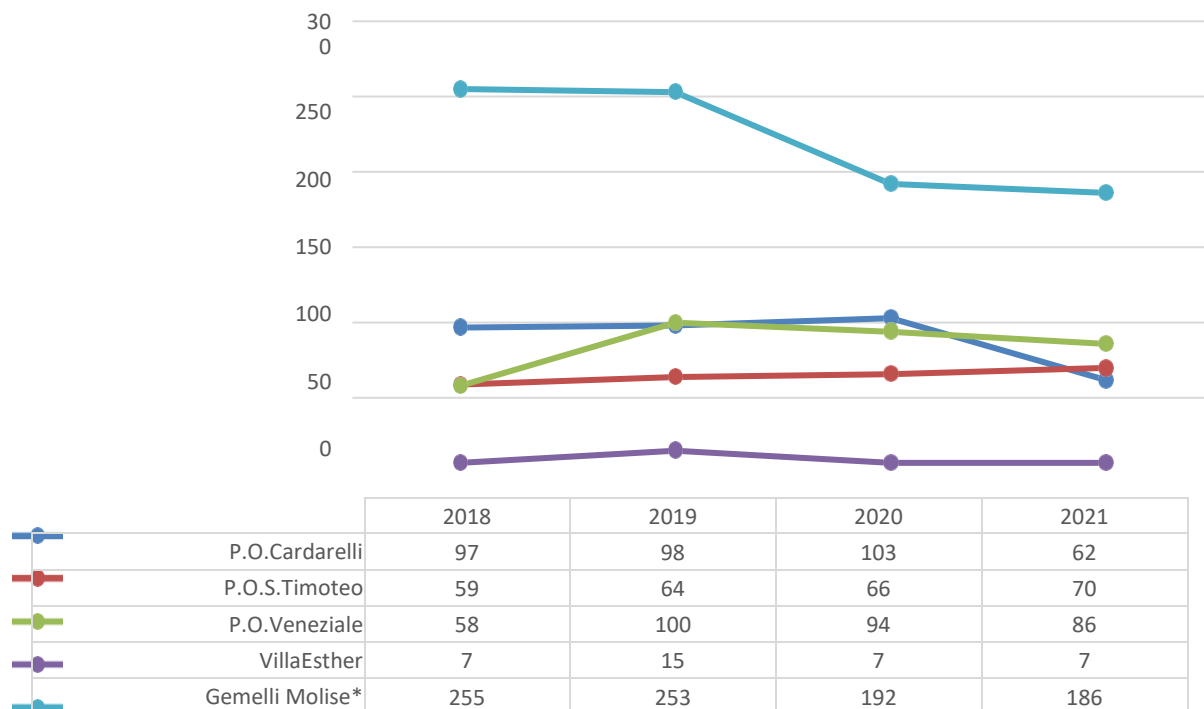
*Gemelli Molise dal 2023 cambia nome in Responsible Research Hospital

TUMORI UROLOGICI (vescica-testicolo-rene-prostata)

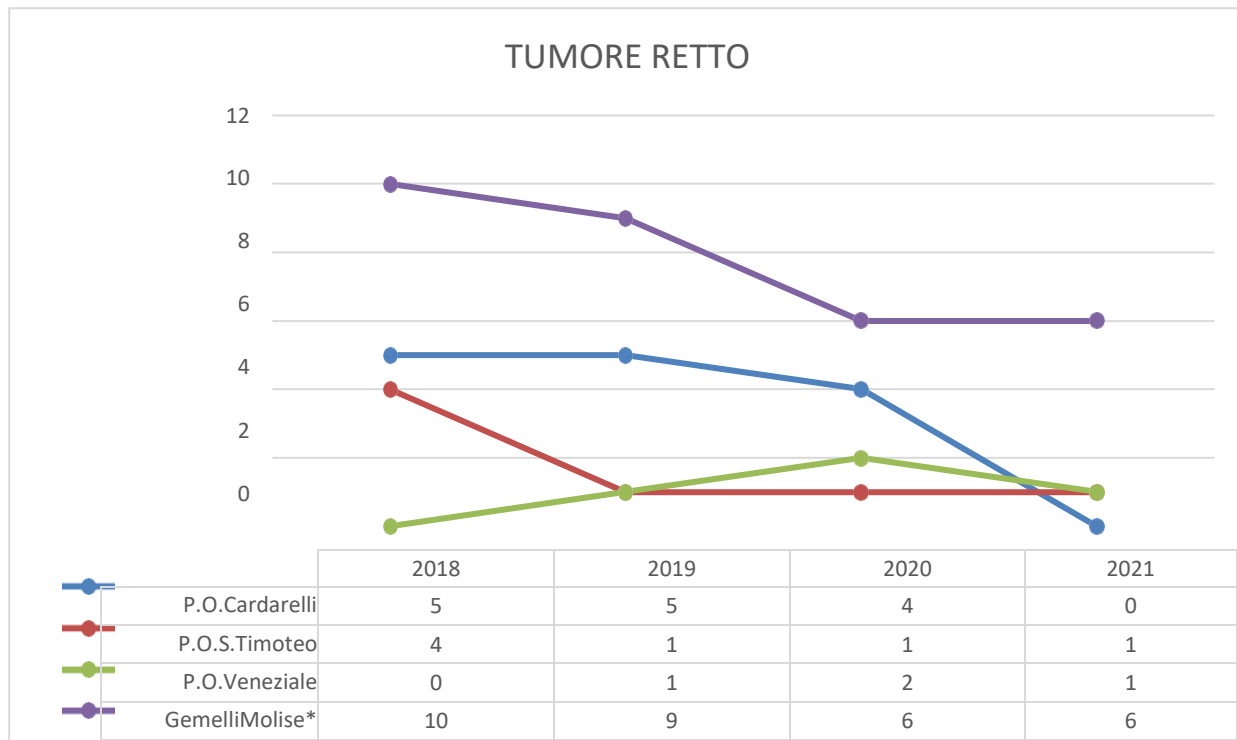


*Gemelli Molise dal 2023 cambia nome in Responsible Research Hospital

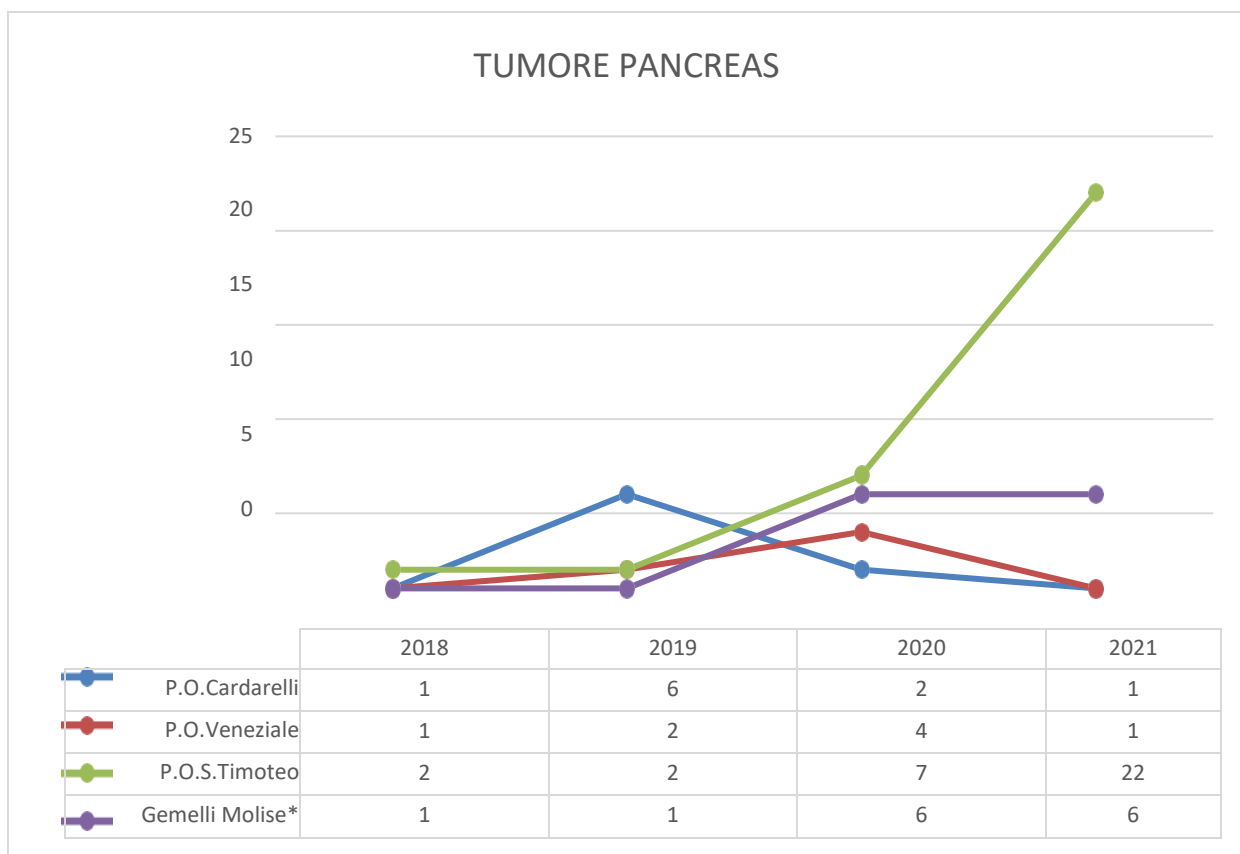
TUMORE COLON-RETTO



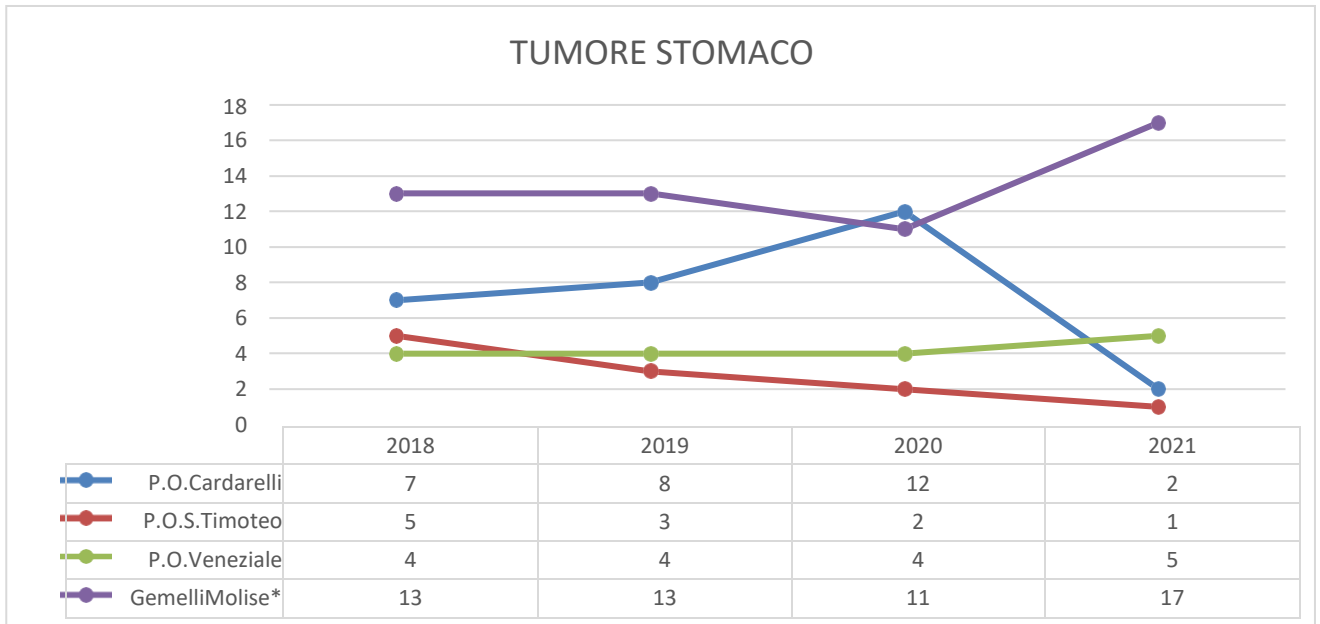
* Gemelli Molise dal 2023 cambia nome in Responsible Research Hospital



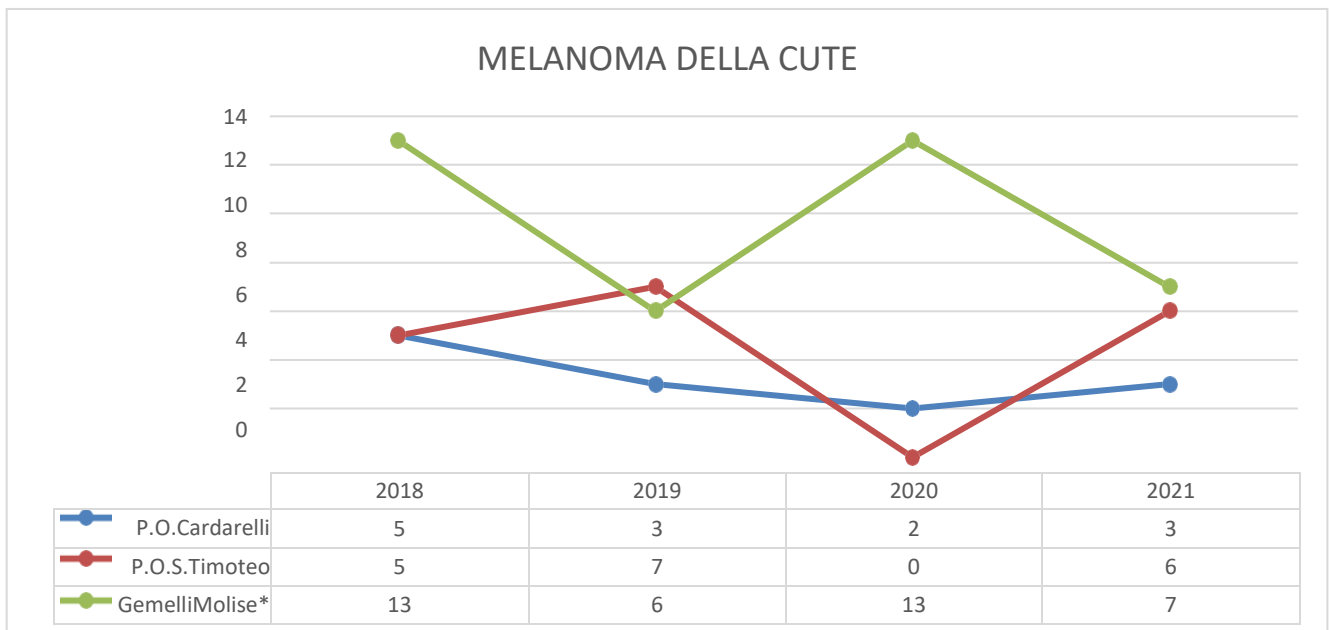
*Gemelli Molise dal 2023 cambia nome in Responsible Research Hospital



*Gemelli Molise dal 2023 cambia nome in Responsible Research Hospital



*Gemelli Molise dal 2023 cambia nome in Responsible Research Hospital



FONTE MOLISE DATI

*Gemelli Molise dal 2023 cambia nome in Responsible Research Hospital

Si evidenzia la necessità di strutturare la rete in modo da recuperare la mobilità passiva offrendo ai molisani un capillare sistema di presa in carico ed un percorso che garantisca la qualità delle prestazioni e la sicurezza delle cure in un processo di accountability presso i cittadini e di collaborazione con i medici del territorio.

In questa direzione si muove anche l'organizzazione della rete delle cure palliative territoriali che svolge la propria attività presso l'Hospice di Larino e presso il domicilio dei pazienti.

ANNO 2021	HOSPICE		C.P. DOMICILIARE	
	<i>ONCOLOGICI</i>	<i>NONONCOLOGICI</i>	<i>CP DIBASE</i>	<i>CPSPECIALISTICHE</i>
RICOVERI	175	41		
PRESE INCARICO			122	139
TOTALE	216		261	

Report delle attività relative UOS Cure Palliative 2021

3. LA RETE ONCOLOGICA REGIONALE DEL MOLISE

La necessità di riorganizzare e ristrutturare l'offerta sanitaria nel settore dell'oncologia in coerenza con le necessità assistenziali della popolazione residente in Molise e con la normativa vigente, richiedono di potenziare e incrementare strumenti e servizi appropriati alla prevenzione, all'assistenza diagnostico/terapeutica, alla ricerca, ai percorsi di fine vita dei pazienti affetti da patologia neoplastica.

Si rende necessaria quindi una organizzazione coordinata in rete delle strutture al fine di stimolare azioni uniformi, centrate sul paziente, garantendo la migliore qualità possibile delle cure.

La Rete Oncologica è 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. 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” (*).

Uno dei requisiti indispensabili per il funzionamento di una Rete Oncologica è rappresentato dall'attivazione di un modello organizzativo, in grado di prevedere l'integrazione multiprofessionale, con la costituzione di gruppi tumore – specifici, che adottano in modo condiviso percorsi di cura che rappresentano un riferimento per tutti i professionisti impegnati nella Rete.

*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” 2019

3.1 I modelli di rete

L'approccio multidisciplinare/multiprofessionale deve essere inevitabilmente declinato in relazione alla distribuzione sul territorio regionale secondo un modello organizzativo applicabile alla Rete Oncologica adottato in funzione delle caratteristiche delle strutture della Rete, delle condizioni orografiche del territorio, del fabbisogno della popolazione.

I documenti nazionali di riferimento forniscono indicazioni e specifiche rispetto al funzionamento e al monitoraggio delle reti oncologiche, prevedendo un insieme di soluzioni organizzative che vede in linea di massima quattro principali modelli organizzativi fondamentali:

- a. *Comprehensive Cancer Center (CCC).*
- b. *Hub and Spoke (H&S).*
- c. *Cancer Care Network (CCN).*
- d. *Comprehensive Cancer Care Network (CCCN).*

I quattro modelli sono descritti in modo analitico nel documento di cui all'Intesa Stato-Regioni del 30/10/2014, fermo restando il principio che la centralità e la solidità delle connessioni specifiche della Rete devono essere considerati gli elementi caratterizzanti e obbligatori, e che il modello debba adattarsi alla configurazione organizzativa, logistica, territoriale e demografica della Regione.

3.2 Obiettivi della Rete oncologica del Molise

- Assicurare la presa in carico dell'assistito ed accompagnarlo nell'intero percorso assistenziale, attuando piani diagnostico-terapeutici, riducendo le liste di attesa e perseguendo la continuità assistenziale tra ospedale e territorio.
- Individuare e coordinare tutte le professionalità e le Istituzioni coinvolte nella prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione oncologica, ottenendo la loro integrazione nell'ottica del miglioramento continuo della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia delle cure.
- Adottare in modo condiviso linee guida, strategie di prevenzione e PDTA condivisi da adottare da parte dei professionisti di tutte le strutture coinvolte nel processo di cura del malato neoplastico. L'organizzazione in rete con PDTA garantisce una minore disuguaglianza nell'accesso alle cure, in particolare per quanto riguarda l'accessibilità a prestazioni di alta complessità.
- Organizzare la condivisione degli strumenti utilizzati da parte di tutte le figure professionali coinvolte nell'assistenza oncologica: sistemi informativi, cartelle telematiche, linee guida, registri per patologia, etc.
- Assicurare equità nell'accesso ai servizi e ai trattamenti, il superamento delle disomogeneità territoriali e la riduzione dei disagi logistici e di orientamento dei pazienti.
- Valorizzare e coordinare le risorse messe a disposizione dal volontariato operativo sul territorio.

3.3 Il modello organizzativo della RORM

Perché tutto questo possa realizzarsi, il "**Comprehensive Cancer Care Network (CCCN)**" caratterizzato dalla gestione dell'intero percorso, dalla prevenzione primaria, diagnosi, trattamento, follow-up, fine vita rappresenta il modello organizzativo prescelto per ottimizzare risorse e risultati della Rete Oncologica Molisana.

Nel contesto orografico, demografico ed organizzativo della Regione Molise il modello **Comprehensive Cancer Care Network (CCCN)** consente di garantire la maggiore uniformità possibile in termini di accesso, di gestione clinica, di governance della Rete Oncologica della Regione Molise (RORM) *nel principio della efficacia, qualità e sicurezza delle cure, dell'efficienza, della centralità del paziente e dell'umanizzazione delle cure, nel rispetto della dignità della persona*".

Tale modello infatti mette insieme le risorse disponibili ed un largo bacino d'utenza, e di conseguenza rende il sistema capace di una più razionale pianificazione sia di breve che di medio/lungo periodo. Un modello di tipo CCCN ha il valore aggiunto di garantire un'assistenza di eccellenza di prossimità, in quanto 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.

Il sistema 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 mirando all'integrazione tra ospedale e territorio. Il CCCN consente di mettere in rete i servizi, assicurando un approccio di prossimità, privilegiando un'integrazione organizzativa fra più strutture, organizzando l'offerta di servizi di strutture distribuite sul territorio coordinate da un'autorità centrale che regola e orienta l'offerta di servizi, stabilendo quindi le "regole" di collaborazione.

Il modello **Comprehensive Cancer Care Network** appare, tra quelli proposti dal **Documento tecnico di**

Indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro per gli anni 2011-2013 (Piano Oncologico Nazionale-PON) funzionale alla realtà della Regione Molise, alle dimensioni delle strutture di riferimento, consentendo un migliore utilizzo delle risorse e, soprattutto, una maggiore attenzione alla medicina di prossimità e all'empowerment del paziente.

Un sistema di accessi diffusi sul territorio consentirà al cittadino di entrare nei percorsi di cura direttamente o comunque in prossimità del proprio luogo di residenza ma di disporre comunque di una valutazione multidisciplinare adeguata alle proprie necessità.

Il modello prevede di essere altamente flessibile, decentrato e deverticalizzato, fondato su una forte interdipendenza tecnico-professionale tra unità organizzative e continui scambi di informazioni.

L'applicazione del modello CCCN consentirà di offrire, in base a modalità organizzative ottimali, l'esperienza dei professionisti e del personale, l'accesso all'innovazione strumentale, nonché garantire elevati livelli di qualità dell'offerta assistenziale sostenuti e previsti dal PNE, dal DM 77/2022, dal DM 70/2015 e dalle loro future evoluzioni.

Le attività cliniche presso le strutture ospedaliere della rete saranno improntate ad un sistema funzionalmente integrato secondo il modello che prevede la concentrazione degli interventi nel centro caratterizzato da specifiche caratteristiche e competenze anche in modalità in tutto o in parte 'funzionale', anche ricorrendo alle equipe mobili per assicurare l'expertise clinica nella struttura a maggiore complessità tecnologica.

Il ricorso a tale soluzione organizzativa, orientata alle caratteristiche orografiche della regione e alle risorse della rete offre uno schema per (ri)orientare le scelte e i percorsi per patologia in un contesto di riassetto organizzativo.

3.4 Strutture della Rete Oncologica della Regione Molise

Alla rete Oncologica della Regione Molise (RORM), delineata secondo il modello Comprehensive Cancer Care Network (CCCN) contribuiscono le strutture ospedaliere e territoriali dell'azienda Sanitaria Regionale ASREM e, per alcuni ambiti, gli erogatori privati accreditati dalla Regione Molise.

3.4.1. Rete Ospedaliera

Gli ospedali aziendali dell'ASREM sono organizzati secondo il modello HUB & SPOKE.

L'Ospedale Cardarelli di Campobasso svolge il ruolo di Hub.

È dotato di discipline, tecnologia e competenze del DEA di I livello secondo gli standard del DM 70/2015 e, in quanto tale, è l'unico abilitato al trattamento chirurgico delle neoplasie del colon-retto. Inoltre, si strutturerà il GOM per la patologia del colon-retto che provvederà alla elaborazione del PDTA di patologia.

Gli Ospedali di Termoli e Isernia, ospedali base di Pronto Soccorso, svolgono il ruolo di Spoke.

In funzione della organizzazione della rete oncologica: l'Ospedale Cardarelli di Campobasso è sede della UOC Oncologia; gli Ospedali Venezia di Isernia e San Timoteo di Termoli sono sedi UOS di Oncologia; presso l'Ospedale Cardarelli è presente la SSD Chirurgia Senologica- Brest Unit (2 pl) in ordinario. La distribuzione

dei posti letto ospedalieri oncologici pubblici, funzionale alla organizzazione e al funzionamento della rete è di seguito rappresentata.

Tab. 1 P. L. ONCOLOGIA (COD. 18) OSPEDALI PUBBLICI

OSPEDALE	PL ordinari	PL Day-Hospital	TOT
'Cardarelli' Campobasso UOC	6	4	10
'Veneziale' Isernia UOS		4	4
San Timoteo Termoli UOS		4	4
TOT	6	12	18

L'attivazione della Brest Unit ha consentito la concentrazione degli interventi chirurgici presso l'Ospedale Hub Cardarelli di Campobasso, assicurando la centralizzazione delle competenze chirurgiche e delle attrezzature dedicate.

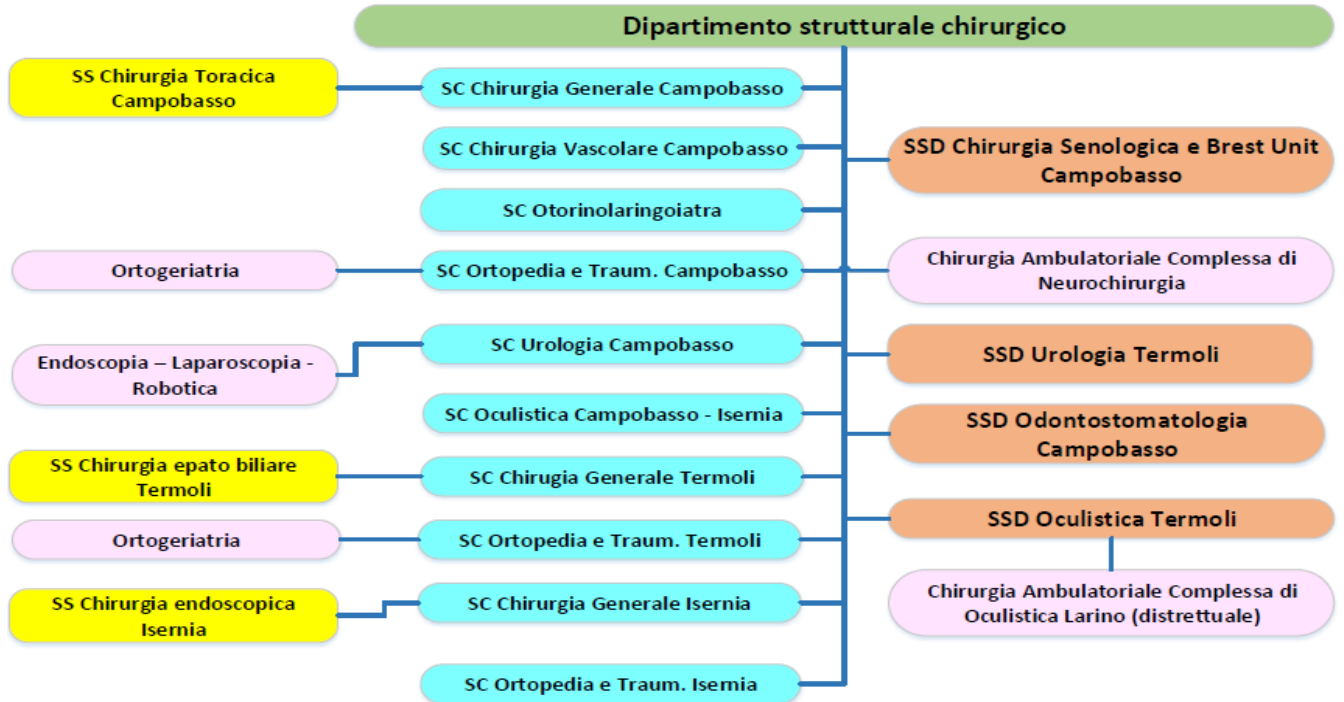
I due ospedali Spoke, rispettivamente l'ospedale Veneziale di Isernia e l'Ospedale S. Timoteo di Termoli, sono comunque organizzati per la presa in carico delle pazienti nella fase della diagnostica pre-intervento, della terapia antiblastica e del follow-up.

Ciascuna delle UU.OO. Oncologiche sarà dotata di un Case Manager Oncologico, infermiere esperto con formazione specifica e competenze nella gestione del malato oncologico che rappresenta il fulcro dell'organizzazione della rete.

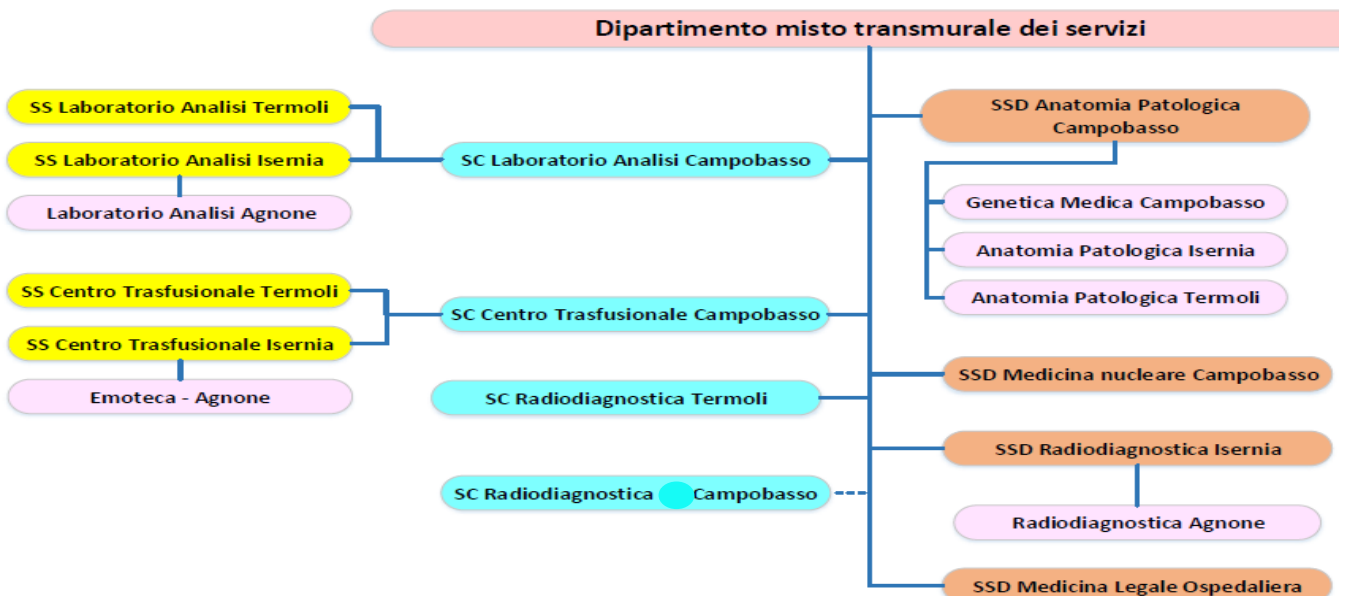
L'Ospedale Cardarelli di Campobasso, gli Ospedali di Isernia e Termoli rappresentano le strutture ospedaliere pubbliche della Rete ASReM che lavorano in network, secondo l'organizzazione dipartimentale prevista, per la gestione dei malati oncologici con le Unità Operative di:

- Oncologia
- Chirurgia Generale
- Chirurgia Senologica
- Radiodiagnostica
- Medicina Nucleare
- Riabilitazione
- Urologia
- Anatomia Patologica

Piano di Organizzazione Aziendale – Le strutture organizzative
Il Dipartimento strutturale chirurgico



Piano di Organizzazione Aziendale – Le strutture organizzative
Il Dipartimento Strutturale dei servizi



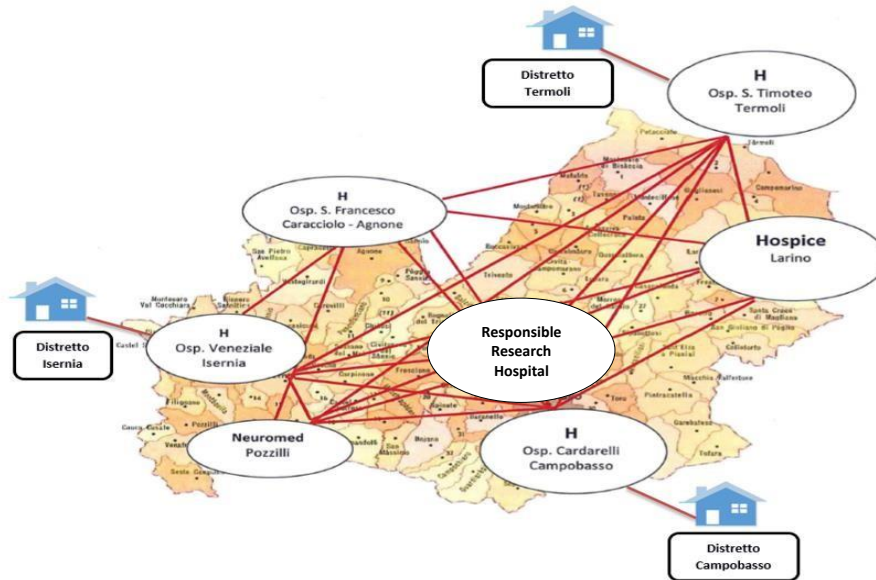
Alla rete concorrono, altresì, le strutture private accreditate:

- Responsible Research Hospital con le discipline di Radioterapia (unica unità operativa operante in

Regione Molise per la Disciplina Radioterapia), Oncoematologia, Chirurgia e Ginecologia oncologica, Oncologia.

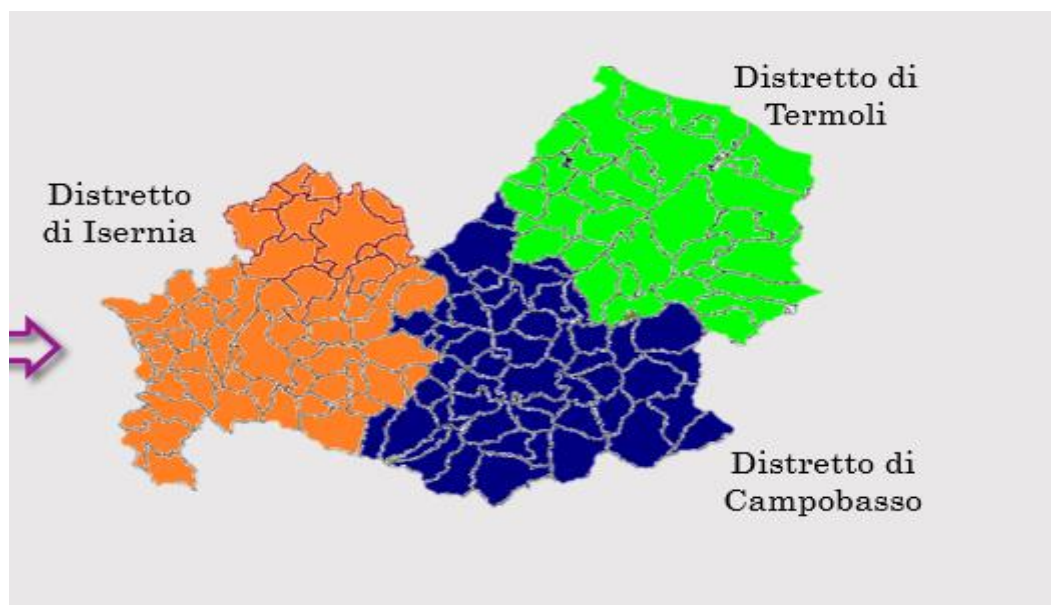
- IRCCS Neuromed per quanto attiene alla chirurgia della patologia neoplastica del Sistema Nervoso Centrale.

Le suddette strutture private accreditate dovranno utilizzare, così come le strutture pubbliche della rete, la cartella clinica informatizzata C.A.I.O. (Cartella unica Integrata Ospedaliera).



3.4.2. Rete Territoriale

La Rete territoriale dell'ASReM fa capo ai tre distretti Socio Sanitari di Campobasso, Isernia e Termoli.



I Distretti Socio Sanitari, per le loro caratteristiche organizzative, rappresentano la sede a cui è deputata

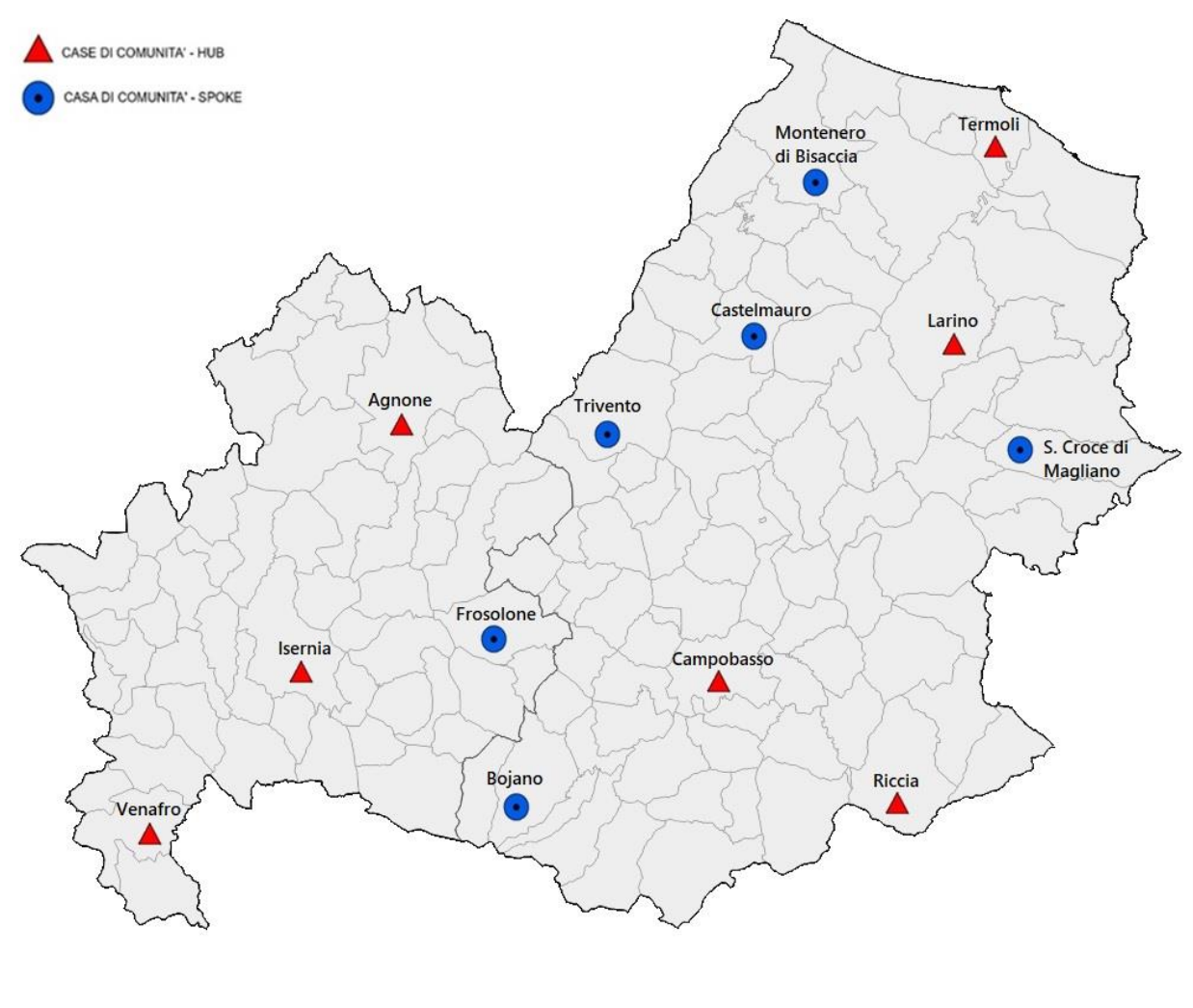
l'offerta di servizi territoriali e l'erogazione dei percorsi assistenziali extraospedalieri.

Il Distretto rappresenta l'articolazione territoriale in cui si realizza l'integrazione complessa delle attività sanitarie e sociali ed il coordinamento e raccordo tra l'Ospedale e il Territorio.

Nei Distretti sono collocate le 13 Case di comunità e i due Ospedali di Comunità di Larino e Venafro.

Tali strutture rappresentano il valore aggiunto nell'ottica di una medicina di prossimità, promossa e caldeggiata anche dal "Piano Oncologico Nazionale 2023-27" che rileva il peso strategico della presenza, per ogni territorio, di sedi che siano in grado di garantire l'integrazione fra assistenza primaria, specialistica, riabilitativa, palliativa e professionalità infermieristiche in particolare per la quota di popolazione "fragile" affetta da patologia neoplastica.

Case della Comunità

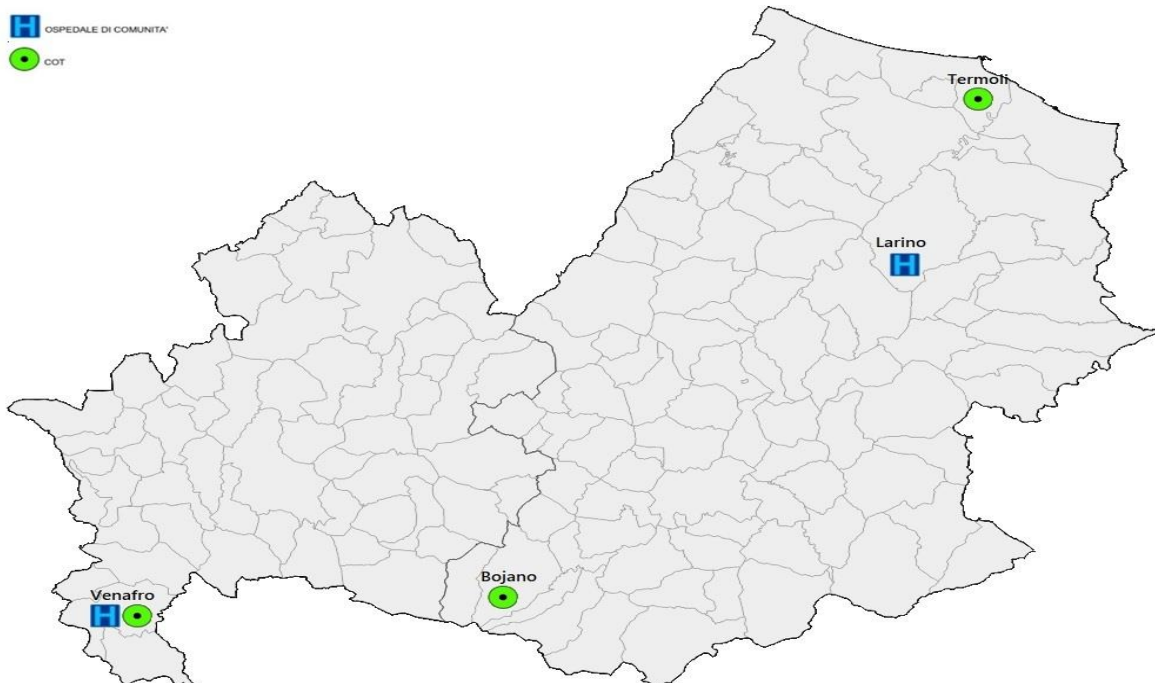


Fonte DCA Regione Molise n. 9/2022

Sedi di Casa della Salute	Distretto Sociosanitario
Bojano	Distretto Socio sanitario n.1 Campobasso
Riccia	
Trivento	
Campobasso	
Larino	Distretto Socio sanitario n.2 di Termoli
Castelmauro	
Santa Croce di Magliano	
Montenero di Bisaccia	
Termoli	
Agnone	Distretto Socio sanitario n.3 Isernia
Isernia	
Venafro	
Frosolone	

Fonte: Atto aziendale ASREM, Case della Salute oggi Case della Comunità

Ospedali di Comunità



Gli Ospedali di Comunità di Larino e Venafro sono caratterizzati dalla presenza di aree di degenza destinate a pazienti con patologie acute e croniche riacutizzate che necessitino di completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine*.

Nel contesto della Rete oncologica della Regione Molise, Le Case della Comunità (già Case della Salute), previste dal DM 77/2022 "MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE", e gli Ospedali di Comunità S.S. Rosario di Venafro e Vietri di Larino concorrono, rispettivamente, per le funzioni di accettazione, accoglienza e presa in carico territoriale e per la gestione delle cure intermedie e riabilitative.

La diagnosi di cancro e le sue conseguenze presentano un impatto considerevole sulla vita di malati e familiari. La maggior parte dei malati oncologici soffre di un disagio psicologico e di problemi sociali che rendono più difficile affrontare la malattia e aderire ai trattamenti.

La sempre maggiore attenzione all'aspetto umano della patologia oncologica, la dimensione psicologica, sociale, comportamentale, etica e spirituale hanno assunto negli anni un ruolo importante, via via che si va consolidando l'attenzione alla soggettività del paziente e si va affermando il principio della "Patient centered care" (dell'assistenza centrata sul paziente).

In tale ottica, il territorio, nella riorganizzazione complessiva strutturale e funzionale prevista dalla normativa recente (PNRR DM 77/2022), assume un ruolo fondamentale nell'approccio integrato al malato e alle cure simultanee. 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).

3.4.3 Cure Palliative

La rete delle cure palliative residenziali, domiciliari e ospedaliere della Regione Molise, istituita ed implementata nel corso degli anni a seguito del recepimento della normativa nazionale, è stata di recente oggetto della Determina del Direttore Generale per la Salute n.49 del 14.04.2023 che ha approvato il PIANO DI IMPLEMENTAZIONE DELLE CURE PALLIATIVE ANNO 2023.

L'Azienda Sanitaria Unica regionale - ASReM è dotata di una rete, governata dalla SSD Cure Palliative, che garantisce l'offerta di cure palliative a livello sovra distrettuale, costituita dall'Hospice e dal sistema delle cure palliative domiciliari.

A queste strutture si aggiungono le funzioni e gli ambulatori di terapia palliativa e del dolore presenti negli Ospedali aziendali.

Nella rete convergono tutti i malati candidati a palliazione, verso i quali svolge attività di gestione e programmazione del percorso, garantendo la continuità assistenziale tra ospedale, le cure domiciliari e le strutture residenziali idonee, in particolare nell'Hospice.

L'ASReM, nel 2021, ha avviato un progetto assistenziale aziendale di "Cure Palliative Intraospedaliere" che eroga consulenze e supporta le équipes delle Unità Operativa ospedaliere nelle strategie per la definizione o la rimodulazione degli obiettivi terapeutici, prevede il follow up negli ambulatori dedicati, facilita l'attivazione dei percorsi di cure palliative per garantire la continuità ospedale-territorio.



Per favorire la continuità terapeutica tra ospedale e territorio, si dovrà attivare, nell'ambito delle cure palliative, il percorso delle **CURE SIMULTANEE ONCOLOGICHE a domicilio**.

Le prestazioni, definite nel PDTA, saranno stabilite dalla cooperazione tra oncologi e palliativisti per garantire le cure a domicilio finalizzate a ridurre i disagi legati agli spostamenti del paziente e dei caregivers e per limitare, in tal modo, gli accessi presso le strutture sanitarie ospedaliere.

3.5 Organizzazione e servizi della Rete

La creazione della Rete Oncologica Regionale avrà il compito di unificare e far condividere tutte le informazioni e gli standard assistenziali per tutti i pazienti oncologici della Regione Molise, indipendentemente dalla sede di residenza.

È necessario però che l'insieme dei servizi, necessari perché questo accada, preveda anche un'azione di tipo preventivo, l'informatizzazione delle informazioni, la gestione del rischio, la formazione continua e la gestione della rete.

È importante che l'organizzazione di rete sia in grado di intercettare la domanda e prendere incarico il singolo caso il più tempestivamente possibile dall'inizio del percorso di cura, rendendo disponibili accessi diffusi su tutto il territorio regionale il più vicino possibile all'abitazione dei pazienti.

Si deve assicurare la copertura di questo bisogno prevedendo che tale modalità di accesso, rispondente a criteri organizzativi previsti e accreditati dalla Rete, sia presente con almeno un punto in ogni presidio ospedaliero.

3.5.1. Servizi di accoglienza e accettazione – Ruolo del territorio

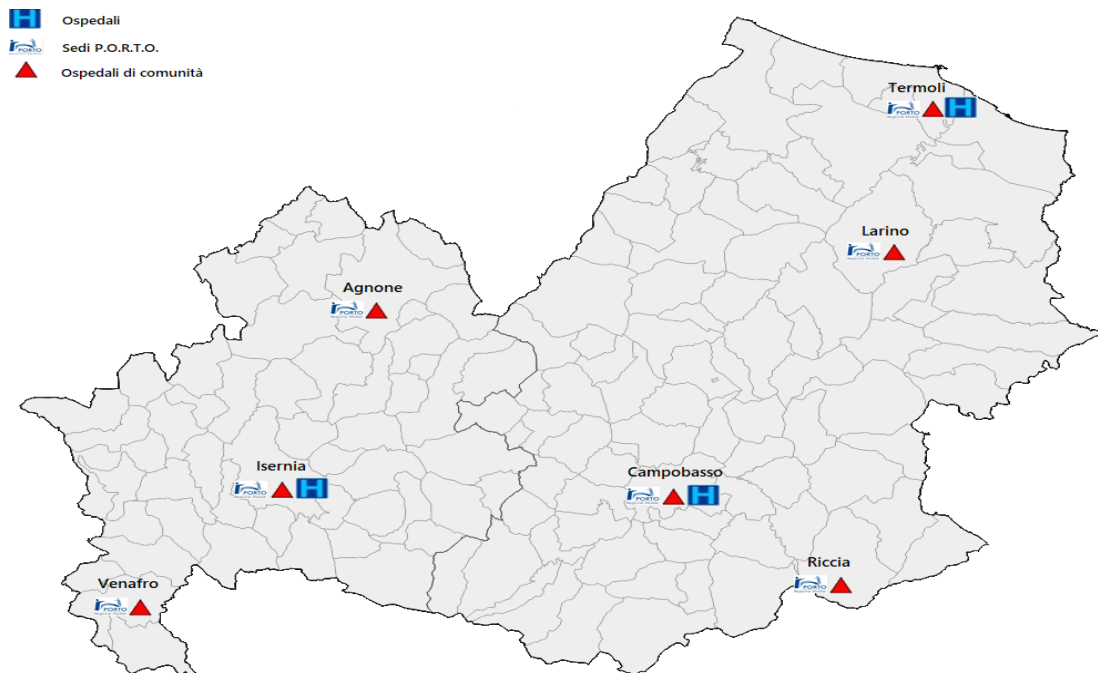
L'accoglienza/accettazione è garantita presso ognuno dei presidi ospedalieri e presso le Case di Comunità caratterizzate come HUB dal DCA 9/2023, secondo i criteri e gli standard definiti dal DM 77/2022.

In ciascuno dei punti di accoglienza, denominate P.O.R.T.O (Porta Oncologica Regionale Territorio Ospedale), e caratterizzate da un logo facilmente riconoscibile, sarà presente, con orari stabiliti e riportati nella carta dei Servizi, il personale deputato alla presa in carico dei pazienti ai quali offriranno informazioni ed accoglienza e si proporranno come guida per facilitare il contatto diretto con le strutture ospedaliere nell'ambito dei percorsi diagnostico-terapeutici per la presa in carico nell'ambito della Rete.



Le aree P.O.R.T.O. daranno supporto al paziente anche gestendo e risolvendo eventuali problematiche di tipo burocratico (attese ingiustificate per la prenotazione di esami e visite, effettuazione di procedure diagnostico-terapeutiche, ritiro referti etc.), al fine di ridurre il disagio, dando la possibilità di dedicarsi esclusivamente alle proprie cure.

SEDI PORTO



Il personale del P.O.R.T.O. risponde direttamente alle indicazioni operative rese attraverso il Case Manager dell'UO Oncologia presente negli Ospedali. Nel caso siano interessate le strutture territoriali (Case della

Comunità), il personale del P.O.R.T.O. farà riferimento al Direttore del Distretto.

Negli orari comunicati all'utenza, il personale preposto garantirà il libero accesso ai pazienti, senza prenotazione o impegnativa del medico curante.

Pertanto, ciascuna delle U.O di Oncologia dovrà prevedere la presenza di un Case Manager deputato ai rapporti con il P.O.R.T.O. e disponibile negli orari stabiliti.

Il paziente sarà indirizzato rapidamente dal Case manager verso il GOM o lo specialista di riferimento per la patologia (oncologo, chirurgo, senologo, urologo...) dell'ospedale Hub o dello Spoke, se presente.

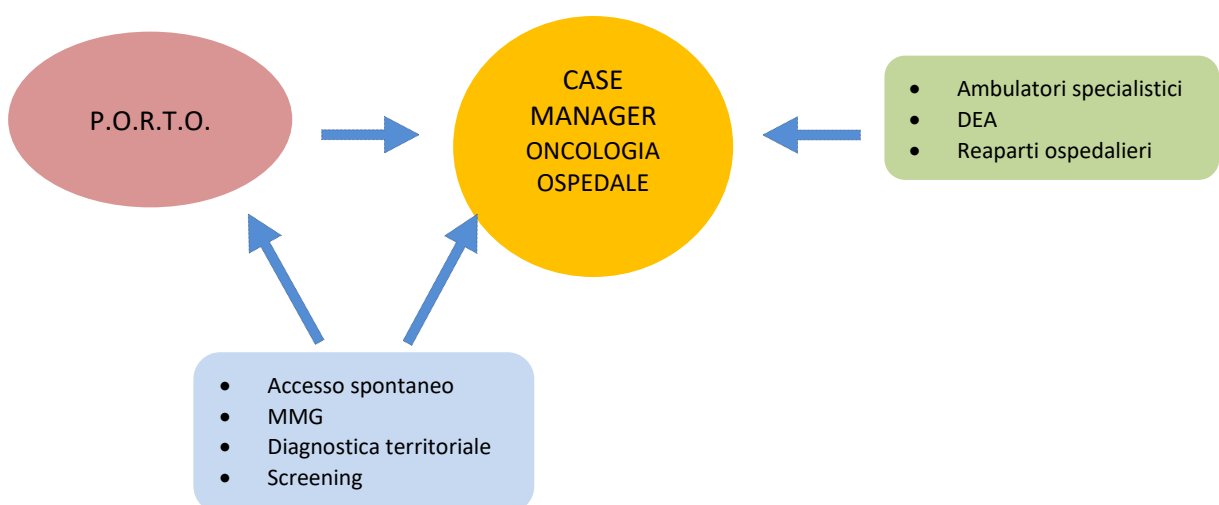
Il P.O.R.T.O. sarà a disposizione dei pazienti anche una volta che questi siano stati avviati al PDTA per patologia per gli accessi successivi se durante il percorso necessitano di esami diagnostici effettuabili nelle strutture territoriali di prossimità e per svolgere le pratiche burocratiche necessarie.

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 in dotazione organica alla struttura territoriale di appartenenza, destinati al ruolo di cui trattasi negli orari stabiliti.

L'accesso alla Rete è garantito inoltre dagli ambulatori specialistici presenti sul territorio e nelle strutture ospedaliere, dal DEA (Pronto Soccorso) e dai medici dei reparti ospedalieri.

Gli operatori delle strutture suddette provvedono a contattare il Case Manager che prende in carico il paziente e lo avvia al percorso clinico-assistenziale. Il Case manager traccia le transizioni tra setting del paziente, assicura la trasmissione delle informazioni necessarie per la presa in carico, da parte di diversi soggetti, mediante i sistemi informatici messi a disposizione (cartella clinica condivisa, FSE...).

La stessa procedura di presa in carico sarà attivata in caso di rientro all'interno del percorso specialistico (ad esempio in occasione di un sospetto di recidiva).



3.5.2 Transizione tra setting - Ruolo della COT (Centrale Operativa Territoriale)

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 definite con termini anglosassoni **transitional care**.

La British Geriatric Society nel 2002 ha adottato la definizione di transitional care quale: *“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. 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.

Per favorire la continuità assistenziale e l'integrazione tra ospedale e territorio, la Centrale Operativa Territoriale (COT) è coinvolta nei processi di transizione di setting assistenziali dei pazienti neoplastici fungendo, in tal senso, da connessione tra le UO di Oncologia ospedaliera e le strutture di cure intermedie (riabilitazione, hospice) e l'assistenza a domicilio (MMG, ADI, cure palliative domiciliari).

La Regione Molise, con DCA n. 65 del 26/10/2020, ha approvato il *“Piano di riorganizzazione per il potenziamento della rete territoriale per l'emergenza Covid”*, che prevede l'attivazione della Centrale Operativa Territoriale.

La Centrale Operativa Territoriale (COT), strumento di integrazione e coordinamento nella presa in carico dell'assistito, prevista dal Decreto Legge n. 34/2020, poi definita negli aspetti organizzativi dal Decreto Ministeriale n.77/2022 *“Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”*, ha il compito di supportare gli operatori sanitari ospedalieri e territoriali per facilitare la transizione tra setting assistenziali, favorendo la continuità delle cure tra ospedale e territorio.

L'ASREM ha recepito il modello previsto dalle linee di indirizzo nazionali e regionali e, da ultimo, con Delibera del Direttore Generale n. 87/2023, ha acquisito il personale sanitario per l'espletamento delle attività previste dal DCA n. 65/2020, che è stato debitamente formato per la fase operativa.

Gli operatori COT prendono in carico le transizioni di setting in collegamento funzionale con gli snodi della rete territoriale ed ospedaliera, assicurando il monitoraggio del 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 carico dalla rete dei professionisti che si interfacciano tramite la COT.

La Centrale Operativa Territoriale è gestita dal 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.

3.5.3 Ruolo degli Ospedali

Concorrono alla rete gli ospedali pubblici e privati secondo quanto esposto nel capitolo 3.4.1.

Presso l'Ospedale Cardarelli sono attivi i GOM per patologia e il Molecular Tumor Board.

Presso gli ospedali Spoke di Isernia e di Termoli sarà possibile effettuare il percorso diagnostico di I livello, il follow up e la terapia specifica in regime di day-hospital.

Il Case Manager della UO Oncologica dell'Ospedale, infermiere professionale dotato di esperienza nella disciplina, dovrà essere formato per assicurare le competenze necessarie ad indirizzare il malato nella fase iniziale e seguirlo in tutti i processi successivi alla presa in carico.

L'infermiere del PORTO e l'infermiere e il Case Manager ospedaliero di riferimento collaborano per il management complessivo del percorso diagnostico-terapeutico del paziente.

Oltre alle UU.OO Oncologiche e alla Brest Unit, la rete ospedaliera oncologica si avvale delle competenze chirurgiche presenti negli ospedali: Chirurgia generale, Urologia, Chirurgia toracica.

Gli interventi di chirurgia oncologica saranno centralizzati presso l'ospedale Cardarelli di Campobasso, come già avviene per la chirurgia senologica. Tale presidio, inoltre, detiene strumentazioni tecnologiche avanzate e si avvale dell'attività di equipe, provenienti dagli altri ospedali ASReM, con esperienza consolidata sulle patologie neoplastiche.

La chirurgia oncologica ginecologica è concentrata presso il Responsible Research Hospital che accoglierà le pazienti che saranno state prese in carico dal GOM specifico e avranno completato il percorso diagnostico. Presso l'Ospedale "Cardarelli di Campobasso", è presente una struttura di NUTRIZIONE CLINICA che collabora con le strutture oncologiche al fine di una valutazione nutrizionale tempestiva e della successiva corretta gestione della terapia di supporto al malato oncologico. Oltre alla valutazione del fabbisogno nutrizionale e alla prescrizione dei prodotti, l'attività della U.O. Nutrizione Clinica si estende all'assistenza a domicilio del paziente oncologico e alla gestione della pompa da infusione.

Le UU.OO. Oncologiche sono dotate di personale formato per il posizionamento e la gestione dei device per la terapia nutrizionale, attuando pertanto percorsi dedicati ai pazienti neoplastici, differenziati rispetto alle procedure la cui erogazione avviene tramite CUP.

3.5.4 SCREENING

I programmi di screening sono esami organizzati in cui è sistematicamente invitata tutta la popolazione in età giudicata a rischio. I soggetti destinatari aderiscono volontariamente, sulla base di strategie tese a promuovere la partecipazione consapevole. La struttura sanitaria prende in carico il destinatario dell'intervento, assicurando una capillare organizzazione territoriale, garantendo un percorso basato su evidenze scientifiche, supportato da adeguate apparecchiature, professionalità degli operatori e attenzione all'aspetto di umanizzazione.

La qualità e la sicurezza del programma sono sistematicamente promosse e valutate.

I programmi di screening sono attuati in ragione dell'impatto del cancro e delle evidenze di efficacia di tali tipi di intervento: riguardano (in ragione del rischio medio per età per i tumori della mammella, cervice uterina e colon-retto) circa il 47 % della popolazione italiana e sono parte integrante della Rete Oncologica.

L'ASReM contribuisce alla rete anche con:

- UOS Governance della Rete Territoriale Consultoriale e degli Screening Oncologici.
- Consultori che operano nei Distretti di Campobasso, Isernia e Termoli.

4. Governo della Rete Oncologica

Come definito dalle linee di indirizzo Agenas, per la Rete Oncologica deve essere previsto un sistema di governo, monitoraggio e verifica regionale attribuito all'ORGANISMO REGIONALE DI COORDINAMENTO, GOVERNANCE E MONITORAGGIO DELLE RETI CLINICHE, istituito con DCA n. 16/2020 presso la Direzione Generale per la Salute della Regione Molise e costituito da:

- Direttore Generale per la Salute della Regione Molise o suo delegato.
- Direttore Generale ASReM o suo delegato.
- Direttore Sanitario ASReM o suo delegato.
- Responsabile del Servizio Controllo di Gestione e Flussi informativi della Direzione Generale per la Salute della Regione Molise o suo delegato.
- Responsabile Servizio Programmazione della Rete Ospedaliera Pubblica e Privata e Reti Territoriali (DG Salute Regione Molise) o suo delegato.
- Responsabile Servizio Politiche del Farmaco, Protesica, Integrativa, Cure all'Estero Indennizzi Registro BLSA (DG Salute Regione Molise) o suo delegato.
- Associazioni rappresentative il cui coinvolgimento sarà assicurato per il tramite della Commissione mista consultiva e partecipativa nel rispetto del Documento 1185/2023 dell'Osservatorio per il Monitoraggio delle Reti Oncologiche regionali (ROR) coordinato da AGENAS dove è stato indicato *"Il ruolo delle Associazioni di volontariato, di malati e di attivismo civico nelle reti oncologiche"*, affinché all'interno di ciascuna Regione e P.A. vengano facilitate le procedure per il riconoscimento dei diritti esigibili per i pazienti oncologici.
- Radioterapista o Rappresentante del Responsible Research Hospital.

Il documento AGENAS, elaborato dall'Osservatorio Nazionale delle Reti Oncologiche Regionali (ROR) n. 1190/2023 *"Requisiti essenziali per la valutazione delle performance delle reti Oncologiche"*, prevede la nomina di un **Coordinatore della Rete Oncologica Regionale**.

A tale struttura spettano i seguenti compiti:

- l'individuazione degli indirizzi strategici;
- la pianificazione delle risorse;
- la definizione dei requisiti per le strutture facenti parte della rete;
- le verifiche periodiche sul grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati nella pianificazione sanitaria regionale;
- l'individuazione dello sviluppo e il funzionamento dei sistemi informativi necessari alla operatività della RORM;
- la gestione delle informazioni e della comunicazione inerente alla Rete Oncologica della Regione Molise;
- la definizione del piano delle attività formative di Rete con particolare riguardo ai livelli di responsabilità e alle specifiche attività dei nodi di Rete, favorendo l'integrazione tra i professionisti dei diversi nodi.

Il coordinamento della rete, nell'ambito della programmazione regionale, rappresenta lo strumento effettivo di garanzia e di efficiente utilizzo delle risorse per la realizzazione di azioni appropriate, coerenti e sostenibili, in coerenza con l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Il Coordinamento Regionale di Rete, tenendo conto sia degli aspetti di programmazione regionale sia degli aspetti clinici, predispone in maniera condivisa il "Piano di Rete Oncologica, garantendo anche il successivo monitoraggio.

Al fine di garantire la rappresentanza e il coinvolgimento di tutte le componenti della Rete, il **COORDINAMENTO AZIENDALE** della Rete Oncologica va ridefinito con figure che consentano la rappresentanza di tutte le funzioni e gli snodi coinvolti.

Pertanto, risulterà così costituito:

- Direttore Sanitario ASReM.
- Referente regionale presso AGENAS per le reti oncologiche.
- Coordinatore di Rete.
- Responsabile degli screening.
- Responsabile del Registro Tumori.
- Responsabile Servizi Informativi (COT).
- Coordinatore infermieristico.
- Responsabile Cure Palliative.
- Direttori di Distretto.
- Responsabile Governance del farmaco.
- Oncologi (3).
- Chirurghi (3).
- Anatomo-patologo.
- Psiconcologo.
- Associazioni di pazienti e volontariato.

I compiti del Coordinamento Aziendale così ridefinito sono quelli previsti dal DCA n.18/2020:

- Garantire il governo e l'integrazione organizzativa e professionale di tutte le componenti e i professionisti coinvolti nella rete.
- Definire, all'interno del Piano di Rete, le modalità operative e gli strumenti per l'ottimizzazione dell'uso delle risorse professionali, tecnologiche e strutturali.
- Definire le modalità organizzative volte a realizzare la connessione tra i nodi di Rete.
- Validare i Percorsi Diagnostico terapeutico-assistenziale (PDTA) prodotti dai GOM.
- Verificare e monitorare secondo specifici indicatori, il rispetto dei parametri temporali, organizzativi, clinico-assistenziali e di appropriatezza delle prestazioni erogate, al fine di garantire il mantenimento di adeguati livelli di qualità e sicurezza delle attività di Rete.
- Effettuare la sorveglianza epidemiologica.
- Indirizzare le attività svolte dalle strutture sanitarie insistenti nell'ambito del proprio territorio di riferimento.
- Elaborare la Carta dei Servizi.

Il coordinamento aziendale della rete, in forte sinergia con la programmazione regionale, diventa lo strumento effettivo di garanzia e di efficiente utilizzo delle risorse per la realizzazione di azioni.

Inoltre, il Coordinamento aziendale:

- Attiva i **Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM)** ed elabora il progetto di organizzazione

dell'assistenza e dei flussi di pazienti all'interno delle strutture individuate.

- Coordina e verifica l'attività dei GOM che definiscono i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), condivisi dalle singole strutture aderenti.
- Monitora i Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA), nonché la loro corretta applicazione valutandone gli indicatori;
- Definisce i criteri di appropriatezza clinica e organizzativa dell'assistenza oncologica.
- Implementa la gestione organizzativa e delle raccomandazioni cliniche, definendo e monitorando, le indicazioni, le modalità e il timing del cambio di setting assistenziale.
- Indirizza e coordina la formazione del personale.

In tal modo il Coordinamento aziendale garantisce il governo clinico unitario della patologia neoplastica, con l'integrazione, al suo interno, di tutte le funzioni ospedaliere e territoriali che concorrono all'assistenza del paziente oncologico.

4.1 Piano di rete

Il Piano di Rete Oncologica è lo strumento che pianifica le attività della Rete.

Il Piano dovrà essere redatto a cura del Coordinamento Regionale di Rete e formalizzato con atto regionale di approvazione.

Il Piano richiede, come prima azione, il censimento di tutte le strutture insistenti sul territorio regionale attive in interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei tumori, individuando contestualmente le risorse umane e tecnologiche disponibili.

Successivamente, il Piano dovrà identificare i campi e i tempi di applicazione delle attività e verificarne l'attuazione secondo il cronoprogramma stabilito.

Il Piano, revisionato con cadenza triennale, dovrà contenere anche eventuali aggiornamenti nel campo di tecnologie avanzate, spesso anche di alto costo, esistenti in regione in ambito diagnostico (laboratori di genetica e biologia molecolare, medicina nucleare, radiologia) e terapeutico (UFA, robotica chirurgica e apparecchiature per la radioterapia).

Il Piano di Rete individua i criteri e i requisiti per definire i livelli operativi della rete con gli obiettivi di:

- Individuare le tecnologie dimostrate innovative e loro distribuzione ottimale, capitalizzando al meglio il loro utilizzo e attuando una logistica che consenta economie di scala.
- Allocare le risorse in modo selettivo per potenziare i centri di attività che devono vedere rafforzati i loro gruppi con personale dotato della dovuta preparazione professionale, promuovendo anche la mobilità dei professionisti per migliorarne la formazione e veder garantita la dotazione dei necessari servizi qualificati, capitalizzando al meglio il loro utilizzo e attuando una logistica che consenta economie di scala.
- Integrare i servizi territoriali, i MMG e di PLS in programmi comuni di intervento nell'ambito della prevenzione primaria, degli screening, della diagnosi tempestiva, delle cure primarie, dell'assistenza domiciliare, della gestione concordata del follow-up e delle cure palliative.
- Promuovere la ricerca clinica e organizzativa per facilitare la partecipazione dei centri della rete, favorendo l'attività dei gruppi cooperativi di ricerca, semplificando procedure amministrative e prevedendo la raccolta dei dati delle sperimentazioni.
- Informare i cittadini con campagne di comunicazione sulle opportunità offerte dalla organizzazione a rete, nonché sui livelli di qualità e sicurezza previsti, della possibilità di scelte consapevoli basate anche

su una equilibrata esposizione dei dati di esito in grado di rendere valutabile la performance delle strutture di Rete, nonché con la carta dei servizi di Rete Oncologica.

- Promuovere l'informatizzazione in modo da consentire a tutte le strutture della Rete di accedere agli elementi informativi indispensabili per ricostruire la storia clinica di ciascun paziente oncologico e di assicurare una gestione unitaria delle prenotazioni delle prestazioni che caratterizzano il percorso di cura. (vedi punto 7.5)
- Valorizzare le professionalità presenti e diffondere la conoscenza e le capacità tecniche.
- Promuovere l'introduzione e l'uso ottimale, appropriato ed equo di tecnologie e farmaci definendo all'interno del *network*, le strutture di riferimento cui delegare in via esclusiva o prevalente la gestione dei farmaci e delle procedure ad alto investimento e ad alto costo digestione e adottare in modo sistematico soluzioni di telemedicina, per garantire al paziente la più adeguata permanenza al proprio domicilio e la contestuale tenuta in carico a distanza da parte del prestatore di cure.

4.2 GOM (Gruppi Oncologici Multidisciplinari)

I risultati ottenuti da team multidisciplinari/multiprofessionali sono migliori nella diagnosi, trattamento e supporto di alcune neoplasie rispetto al tradizionale approccio di singoli specialisti che intervengono in sequenza. Anche se non vi sono evidenze significative che dimostrino un aumento della sopravvivenza dei pazienti seguiti in team, né una riduzione dei costi, tuttavia vi è una riduzione dei tempi decisionali e una migliore appropriatezza nei trattamenti nei processi diagnostici.

Il team multidisciplinare/multiprofessionale determina l'integrazione e l'interrelazione tra le varie professionalità e riunisce al proprio interno medici, infermieri e altri operatori sanitari che, dopo una valutazione complessiva del paziente, stabiliscono insieme il percorso di diagnosi e cura più appropriato, ispirandosi a protocolli di riferimento discussi e approvati dal gruppo, o ricorrendo collegialmente a trattamenti sperimentali dopo l'approvazione del comitato etico.

Mentre gli studi clinici servono principalmente per definire l'efficacia e la sicurezza dei trattamenti testati, la cura dell'individuo richiede una discussione sul protocollo adeguato di trattamento a partire dagli studi clinici, ma anche dall'esperienza empirica dei vari specialisti. Questa integrazione di informazioni è la base della discussione multidisciplinare/multiprofessionale.

Il team così definito garantisce un approccio sistemico e sistematizzato dell'atto assistenziale, aumentando la tempestività degli interventi e al contempo migliorandone il coordinamento. Tale modalità prevede che i diversi professionisti coinvolti nelle fasi di diagnosi e cura incontrino il paziente collegialmente e non in successione e ha il vantaggio di una maggiore tempestività degli interventi, favorendo atteggiamenti relazionali concordati, garantendo la continuità del percorso di cura con un impatto favorevole sui tempi di attesa, migliorando la sicurezza delle cure, riducendo la probabilità di errori e facilitando il contenimento di eventuali danni al paziente.

I Gruppi oncologici multidisciplinari (GOM) comprendono al proprio interno medici di diverse discipline che, attraverso una valutazione globale della persona malata, grazie all'interdisciplinarietà dell'approccio clinico, stabiliscono i percorsi di cura (PDTA) più appropriati.

Sono costituiti da medici di diverse specializzazioni (oncologi medici, chirurghi, radioterapisti oncologi,

specialisti d'organo ecc.), appartenenti a diverse unità operative che in tempi diversi durante l'iter della malattia prendono in carico il paziente oncologico e lo accompagnano nel percorso diagnostico-terapeutico più appropriato, **deciso collegialmente con approccio multidisciplinare**.

Il GOM è costituito da:

- Oncologo medico.
- Specialista chirurgo/medico.
- Anatomo Patologo.
- Radioterapista oncologo.
- Radiologo.
- Medico Nucleare.
- Riabilitatore.
- Psicologo.
- Palliativista.
- Infermiere.

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

Fermo restando la responsabilità individuale di chi attua l'atto medico, il GOM è garante del percorso di cura del malato oncologico, attuato in applicazione a LG e PDTA predefiniti e condivisi, per una rapida presa in carico e il miglior approccio clinico al paziente oncologico. 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.

I GOM operano in rete tra gli ospedali della Rete e le strutture territoriali interessate, a seconda delle competenze necessarie a garantire il miglior PDTA in relazione al tipo di tumore. I GOM, a richiesta di pazienti o del/dei curanti, possono prendere in carica anche i pazienti residenti e non-residenti che ricorrono alla chirurgia oncologica presso ospedali privati e/o extraregionali, assicurandone la continuità assistenziale.

Le competenze dei Gruppi sono quindi:

- Discussione collegiale dei casi clinici e definizione del piano diagnostico terapeutico individuale.
- Utilizzo di linee guida delle società scientifiche di riferimento per singola patologia.
- Individuazione dei percorsi diagnostici e terapeutici ottimali.
- 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.

Il GOM (GRUPPO ONCOLOGICO MULTISCIPLINARE) per le neoplasie della mammella è stato istituito con Delibera del Direttore Generale ASReM n. 1322 del 30.10.2029.

In questo contesto al GOM è affidata la formulazione della indicazione alla prescrizione dei TEST GENOMICI PER IL CARCINOMA MAMMARIO ORMONORESISTIVO IN STADIO PRECOCE secondo la procedura prevista dal DM 18/05/2021 e definita per ASReM dalla Delibera del Direttore Generale n. 65 del 23-01-2022, mentre la successiva prescrizione in carico agli specialisti delle UU. OO. oncologiche degli ospedali aziendali. Nel 2022 un gruppo di lavoro multidisciplinare ha lavorato alla stesura del PDTA PER LE NEOPLASIE DELLA

MAMMELLA (approvato con DDG n. 364 del 25.3.2022) che definisce l'approccio diagnostico-terapeutico applicato alla organizzazione della rete regionale.

La presenza del GOM presso il Centro di senologia, l'integrazione del percorso con lo screening mammografico e l'applicazione del PDTA hanno consentito la riduzione della dispersione delle pazienti.

Gli ulteriori GOM per patologia verranno attivati in tempi brevi, iniziando dai gruppi che si occuperanno delle patologie neoplastiche a maggior impatto epidemiologico nella regione Molise:

- Colon-retto.
- Altre patologie tratto gastro-enterico (Stomaco, fegato-vie biliari e pancreas).
- Prostata-vescica-rene.
- Polmone.
- Testa-collo.
- Utero-ovaio.

I GOM, che si doteranno di un Coordinatore e di un Regolamento, operano all'interno delle strutture ospedaliere. Gli incontri previsti potranno essere svolti anche in modalità da remoto.

Le straordinarie opportunità offerte dalla profilazione genomica delle neoplasie solide rappresentano un indubbio vantaggio per i pazienti, ma è necessario definire con estrema precisione sia i requisiti clinici per accedere ai test genomici, sia le modalità di individuazione e prescrizione dei farmaci a bersaglio molecolare eventualmente identificati, per garantire a tutti i pazienti, indipendentemente dalla struttura assistenziale dove sono seguiti, uguali opportunità di accesso (art. 8 comma 1 bis del decreto legge 152 del 2021, convertito dalla legge n. 233 del 29 dicembre 2021).

Con DCA n. 59 del 20.12.2023, l'ASREM ha istituito il Molecular Tumor Board presso l'Ospedale Cardarelli di Campobasso secondo le modalità del DM 30.05.2023. Inoltre, con il medesimo provvedimento, è stato individuato l'IRCCS Neuromed quale Centro specialistico per l'esecuzione dei Test per la profilazione genomica estesa Next Generation Sequencing (NGS), ai sensi del DM 30 maggio 2023 e del relativo Allegato Tecnico, nelle more di istituire il predetto Centro specialistico presso l'Ospedale HUB Cardarelli.

5. STRUMENTI DELLA RETE

5.1 Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)

L'adozione di PDTA comuni, nell'ambito della Rete Regionale, rappresenta lo strumento che consente di creare collegamenti funzionali tra gli operatori e tra i nodi della rete (luoghi di cura) garantendo continuità nell'assistenza sulla base dei bisogni.

I **Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)** saranno il compito iniziale che i GOM dovranno assolvere. Essi sono documenti complessi basati sulle migliori evidenze scientifiche e caratterizzati dall'organizzazione del processo di assistenza per gruppi specifici di pazienti, attraverso il coordinamento e l'attuazione di attività consequenziali standardizzate da parte di un team multidisciplinare.

Da diversi anni, i PDTA vengono utilizzati per migliorare la qualità e l'efficienza delle cure, ridurre la variabilità e garantire cure appropriate al maggior numero di pazienti.

Agire sull'appropriatezza degli interventi terapeutico-assistenziali, riorganizzando e standardizzando i processi di cura e monitorandone l'impatto clinico, organizzativo ed economico, consentirà non solo di migliorare la qualità dei trattamenti ma anche di affrontare il tema generale della limitatezza delle risorse attraverso una razionalizzazione dell'offerta e non solo una loro riduzione.

Obiettivo generale sarà utilizzare lo strumento PDTA per promuovere percorsi di miglioramento delle cure ed assicurare l'effettiva presa in carico di determinate categorie di pazienti unitamente alla maggiore integrazione dei servizi.

Verranno individuati dal GOM adeguati indicatori in grado di monitorare le attività del gruppo di patologia di riferimento e valutarne l'impatto clinico ed economico dei percorsi implementati.

Con cadenza determinata sarà opportuna una revisione per adeguare alle nuove LG nazionali ed internazionali.

L'ASREM ha già attivato il PDTA per la patologia neoplastica della Mammella, redatto dal G.O.M. e formalizzato con DDG n.364 del 25/03/2022. Il Gruppo si riunisce periodicamente (di solito con cadenza settimanale o bisettimanale) per la discussione dei casi sia nella fase pre-operatoria sia nella fase post-operatoria; redige un verbale con il parere degli esperti del gruppo multidisciplinare, che viene allegato alla cartella clinica. Il percorso terapeutico verrà comunicato alla paziente; in caso di assenso proseguirà l'iter proposto e dopo l'intervento chirurgico (sempre con il consenso della paziente) verrà inviata alla UO di Oncologia territorialmente competente.

I PDTA oncologici saranno realizzati secondo quanto previsto nelle linee di indirizzo ministeriali.

5.2 Carta dei Servizi

La Rete Oncologica, al pari di qualunque servizio pubblico per i cittadini, deve rendere disponibile la Carta dei Servizi, quale strumento per promuovere l'informazione, la trasparenza, la partecipazione ed il miglioramento della qualità dei servizi sanitari: essa rappresenta un patto che il SSN stipula con i cittadini/pazienti per rendere chiari, accessibili e fruibili i servizi offerti e per richiedere a questi gli opportuni feedback. I pazienti coinvolti nei piani di cura e assistenza, in un rapporto fortemente empatico e comunicativo con gli operatori sanitari, collaborano più efficacemente determinando, in tal modo, una ricaduta positiva sugli esiti della cura.

La Carta dei Servizi deve contenere informazioni riguardanti le porte di accesso al percorso di Rete, (P.O.R.T.O.), dove avviene l'effettiva presa in carico, e le modalità di accesso per le prime visite, la diagnostica clinico-strumentale con i tempi di attesa, la comunicazione della diagnosi e del programma terapeutico (terapia chirurgica, terapia medica, radioterapia) con le 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 bio-psico-sociale della persona e le modalità di accesso alle informazioni di ritorno, a tutela della riservatezza.

5.3 Telemedicina

La telemedicina rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria, già consolidato in diversi ambiti sanitari, consentendo - se inclusa in una rete di cure coordinate - l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza, attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

La telemedicina supporta l'interazione dei diversi professionisti sanitari con l'assistito nelle diverse fasi di valutazione del bisogno assistenziale, di erogazione delle prestazioni e di monitoraggio delle cure. Facilita inoltre lo scambio di informazioni tra professionisti e la collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare sui singoli casi clinici. Implica il trasferimento di dati e informazioni, anche personali e relativi alla salute, in diversi formati (numerici, testuali, grafici, multimediali, etc.) e modalità di interazione (sincrona o asincrona). Le diverse prestazioni e servizi di telemedicina, quali la televista specialistica, la teleassistenza, il telemonitoraggio, la tele-riabilitazione, il teleconsulto medico, la tele-consulenza medico sanitaria, o la tele-refertazione, costituiscono un'opportunità e un fattore abilitante per la strutturazione di modelli di gestione integrata dell'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e domiciliare, così come previsto anche dal "Patto per la Salute 2019-2021".

L'importanza del ruolo della sanità digitale e della telemedicina nel favorire i processi di presa in carico del paziente oncologico, consentendo una migliore gestione del caso clinico, è riconosciuta anche nel Piano Nazionale della Cronicità del 2016. Del resto, l'utilizzo della telemedicina per l'erogazione di prestazioni e servizi assistenziali abilita e supporta l'attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 21 del DPCM del 12 gennaio 2017, nell'ambito dei percorsi assistenziali integrati e assistenza territoriale. La telemedicina è dunque l'insieme di tecnologia e organizzazione che, se inclusa in una rete di cure coordinate (coordinated care), contribuisce in modo rilevante a migliorare la capacità di risposta del Servizio Sanitario Nazionale.

Per i Requisiti minimi e gli Standard di servizio si rinvia alle "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina", approvate in Conferenza Stato Regioni il 17 dicembre 2020.



Lo sviluppo della Telemedicina della Regione Molise e dell'ASReM è strettamente collegato al timing dell'acquisizione della piattaforma nazionale per la medicina da parte di AGENAS previsto dal PNRR/Missione 6 –Componente: M6C2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale (31 marzo). La Regione Molise ha infatti presentato il progetto regionale di Telemedicina e regolamentato l'erogazione delle prestazioni cliniche e assistenziali a distanza mediante le LINEE DI INDIRIZZO OPERATIVE PER LA GESTIONE DEI SERVIZI DI TELEMEDICINA (DCA 11 del 16/03/2022) per l'attivazione progressiva di tele-visita, teleconsulto, tele-monitoraggio.

5.4 Farmaceutica

La problematica degli alti costi dei medical devices, utilizzati in oncologia, può essere affrontata nell'ambito di un sistema unico di acquisti e approvvigionamento tale da garantire ai pazienti le identiche potenzialità terapeutiche, ottimizzando la disponibilità delle scorte e riducendo al minimo eventuali resi.

Sia per i farmaci di recente introduzione sia per i farmaci in via di sviluppo, l'uso mirato nei casi maggiormente suscettibili di risposta, rappresenta un argomento di primaria importanza, se non altro al fine di evitare trattamenti inutili (potenzialmente tossici e costosi) per i pazienti sicuramente non responsivi. In questo senso è richiesta la disponibilità di una serie di tecniche di **biologia molecolare**, in parte già applicate presso la Anatomia Patologica del Cardarelli di Campobasso, necessarie per consentire la cosiddetta "target therapy" ovvero la migliore terapia mirata sul singolo paziente.

5.4.1 Il sistema della preparazione centralizzata dei farmaci

La Raccomandazione 14 del Ministero della Salute, emanata nell'ottobre 2012, sottolinea che gli errori in corso di terapia con farmaci antitumorali provocano gravi danni anche alle dosi approvate. Pertanto, è opportuno che tale raccomandazione venga recepita e vengano attuate tutte le regole nell'intero percorso di gestione del farmaco antitumorale (approvvigionamento, immagazzinamento, prescrizione, preparazione, distribuzione, somministrazione).

Nella Regione è in atto un percorso per la messa a norma di tutte le strutture di preparazione dei farmaci antitumorali (**UFA**) che saranno **ubicate nelle farmacie degli ospedali e collegate alle strutture di oncologia** che provvederanno alla prescrizione degli schemi di terapia **utilizzando moderni sistemi informatici adeguatamente individuati**.

Le strutture che erogano prestazioni oncologiche negli ospedali ASReM sono monitorate per le misure necessarie a garantire la sicurezza della preparazione dei farmaci antitumorali.

Presso la Farmacia Ospedaliera del Presidio Ospedaliero di Campobasso è attiva una Camera di preparazione di antitumorali dotata di Cappa a flusso laminare verticale ai sensi della normativa vigente.

Con Provv. DG 481 del 10/05/2017 sono state predisposte azioni di carattere organizzativo, per la realizzazione delle UMACA presso i Presidi Ospedalieri di Termoli e di Isernia.

Nelle more dell'espletamento delle procedure previste per l'affidamento dei lavori di realizzazione delle UMACA, la Direzione Strategica ASReM ha avviato quale misura transitoria le procedure per l'acquisto di due isolatori.

Gli isolatori sono collocati come di seguito riportati:

- N.1 Isolatore presso la farmacia ospedaliera del P.O. di Isernia;
- N.1 Isolatore temporaneamente presso locali schermati contigui alla U.O. Oncologia del P.O. di Termoli, ma di pertinenza della U.O. Farmacia Ospedaliera.

Con Delibera del Direttore Generale n. 496 del 31/03/2023 si è proceduto, nell'ambito del Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC) al PNRR, programma di investimento relativo al sistema "Salute, ambiente, biodiversità e clima (PRACSI) all'approvazione di atti di gara per l'affidamento dell'acquisto di tre sistemi robotizzati, ai fini dell'allestimento delle terapie antitumorali sterili infusionali personalizzate, dotati di sistema software di gestione completa del Laboratorio "Unità Manipolazione Chemioterapici Antitumorali". Le procedure di gara sono state avviate dalla Centrale Unica di Committenza Regionale

5.5 Sistema informativo regionale oncologico e controllo di gestione

Il Sistema Informativo della Rete Oncologica è parte integrante del sistema informativo Ospedaliero e Territoriale, che costituisce una delle dorsali portanti del Sistema Informativo Sanitario Regionale.

Il sistema informativo della rete oncologica rileva tutte le informazioni dei processi di cura relativi alle cure oncologiche e tutte le funzioni collegate. Esso si articola in applicativi specificatamente riferiti al mondo oncologico e alla clinica in generale, integrati con altri gestionali per il supporto delle attività legate ai processi di diagnosi e cure a livello territoriale. Nello specifico esso sarà costituito da una serie di applicativi integrati che garantiscono le funzioni precipe della presa in carico clinica dei pazienti quali:

- La Nuova Cartella Clinica Oncologica specificatamente dedicata al processo di diagnosi e cura, per cui sono previste evoluzioni innovative per l'implementazione di sistemi esperti a supporto dei processi decisionali clinici prescrittivi. È in corso di attivazione la cartella clinica informatizzata C.A.I.O (CARTELLA UNICA INTEGRATA OSPEDALIERA) presso tutti gli ospedali aziendali.
- È stata data priorità alla realizzazione della rete wi-fi dell'Ospedale Cardarelli di Campobasso, presso cui l'informatizzazione dovrebbe essere completata entro la fine di luglio 2023. Il cronoprogramma del progetto di informatizzazione della cartella clinica ospedaliera prevede che le prime Unità Operative che avranno accesso alla formazione e al training del personale per l'utilizzo degli strumenti informatici saranno le UU.OO. di Oncologia e la Chirurgia Generale che, pertanto, in tempi rapidi saranno dotate della cartella clinica ospedaliera informatizzata.
- L'ospedale sarà interconnesso con il territorio mediante il Fascicolo Sanitario Elettronico che renderà accessibile agli utenti (pazienti, MMG, Specialisti) la lettera di dimissione contenente i dati relativi al ricovero e le indicazioni per il successivo follow up.

5.6 Risk management

Grande attenzione si porrà alle modalità operative per la gestione della sicurezza delle procedure di prescrizione, gestione, preparazione, somministrazione della terapia antitumorale e smaltimento dei rifiuti speciali secondo quanto previsto dalle Raccomandazioni ministeriali.

5.7 Formazione continua

La qualità delle professionalità che operano nella RORM sarà un elemento centrale del percorso di realizzazione della Rete.

In questo ambito, si prevede di:

- Promuovere una Commissione per la formazione del personale che comprende le principali figure per la stesura di un piano annuale della formazione.
- Definire i bisogni formativi.

- Elaborare un piano formativo e verificare il suo grado di realizzazione.
- Controllare la coerenza dei piani formativi aziendali con le linee guida del piano formativo di rete.
- Promuovere l'organizzazione di convegni per i GOM e i gruppi di lavoro.
- Promuovere corsi di formazione per il personale medico e sanitario su tematiche inerenti alla clinica e alla ricerca della ROR.

5.8 Qualità e Umanizzazione

Il miglioramento continuo della qualità (MCQ) è un obiettivo primario di tutti i sistemi sanitari moderni non essendo più accettabile un approccio autoreferenziale o una prassi affidata alla buona volontà o, peggio, alla casualità.

Il miglioramento del quadro d'insieme, nel senso di capacità organizzativa e integrazione, diviene prioritario in una Rete Oncologica Regionale. L'obiettivo è quello di consentire che la maggior parte dei pazienti oncologici possa trovare la soluzione ai propri problemi di salute ed essere curata in modo appropriato nella propria regione.

Di particolare importanza sarà la valutazione dell'appropriatezza clinica ed organizzativa delle prestazioni allo scopo di evitare ai pazienti accertamenti diagnostici inutili e terapie non indicate e consentire un risparmio economico per una oculata gestione delle risorse, migliorando inoltre le "liste di attesa".

5.9 Registro Tumori del Molise (RTM)

Con DGR n. 297/2012 è stato istituito il Registro Tumori di Popolazione della Regione Molise (RTM) e successivamente i Registro dei Mesoteliomi (RENAM) e il COR-RENATUNS relativi alle patologie professionali come da D.lgs. n.81/2008.

Il Registro Nominativo delle Cause di Morte (RENCAM) resta in capo al Dipartimento d'Igiene dell'ASReM.

Con i successivi Provvedimenti del Direttore Generale ASREM n°1109 del 12/10/12 e n°50 del 14/01/2013, avveniva la nomina dei Responsabili. Successivamente con Provvedimento del Direttore Generale ASReM n. 129 del 2 dicembre 2014, si definiva il Registro Unico Nominale delle Cause di Morte comprendendolo nell'ambito del RT del Molise.

Infine, con Legge Regionale n. 14 del 6 ottobre 2017 si provvedeva alla "*Istituzione dei registri di patologia di rilevante interesse sanitario e di particolare complessità*" nel cui ambito è compreso l'istituzione del Registro Tumori della Regione Molise.

Compito del RT Molise, parte integrante della RORM, è quello di ottenere le informazioni sui malati di tumore della regione e valutare, organizzare e archiviare in modo continuativo e sistematico le informazioni su tutti i casi di neoplasia insorte nella popolazione interessata.

Il Registro Tumori è lo strumento per la valutazione epidemiologica dei bisogni della popolazione molisana e dei risultati ottenuti con i trattamenti da essa erogati grazie all'accresciuta conoscenza e all'utilizzo di informazioni sulla patologia oncologica, lo studio delle loro caratteristiche cliniche e patologiche, gli andamenti epidemiologici e la conoscenza dei percorsi diagnostico-terapeutici messi in atto in regione.

5.10 Informazione e comunicazione

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.).

Collaboreranno alla gestione di un sito informatico della ROR strutturato in modo da fornire informazioni circa l'attività della rete ad utenti e operatori sanitari. Il portale potrà prevedere un'area riservata proprio agli operatori per consultare e condividere documentazione scientifica protetta.

Oltre al sito, i primi strumenti della comunicazione saranno, ovviamente, il logo della ROR sulla carta intestata dei servizi che aderiscono alla rete, sui referti, sulle lettere di dimissione, sulle targhe delle strutture oncologiche, ecc.

Gli obiettivi della comunicazione saranno:

- Costruire un'identità e un'immagine positiva della RORM.
- Mantenere nel tempo l'immagine positiva creata.
- Contribuire all'arricchimento dell'identità culturale raggiunta.

La RORM deve comunicare:

- I suoi valori.
- I suoi punti di forza.
- Le modalità di gestione e di utilizzo dei servizi che offre.
- L'efficienza della sua organizzazione.
- La sua attenzione nei confronti dei pazienti, della comunità, del territorio e dell'ambiente.

5.11 Collaborazioni

In funzione delle necessità, la RORM valuterà, di volta in volta, la possibilità di attivare collaborazioni con:

- Università.
- RT Molise.
- Altre reti cliniche regionali per i temi di possibili integrazioni.
- Associazioni di volontariato attive in Regione.
- Società Scientifiche e Centri di Ricerca nazionale ed internazionali per la valenza culturale che tali collaborazioni possono riservare.
- Centri specialistici di altre regioni con convenzioni da definire per l'oncologia pediatrica e i tumori rari.

6 IMPATTO ECONOMICO-FINANZIARIO DEL PIANO

I dati epidemiologici relativi a incidenza, prevalenza e mortalità delle diverse tipologie di tumore sono utili per monitorare nel tempo l'efficacia degli interventi di prevenzione primaria e secondaria, valutare l'impatto socioeconomico della malattia oncologica e programmare servizi sanitari adeguati nell'ambito della rete oncologica regionale. La rete si propone di semplificare l'accesso agli strumenti di prevenzione, in considerazione dei fabbisogni e dei bacini di utenza, e garantire una precoce "presa in carico", supportando il paziente anche rispetto alle problematiche di tipo burocratico. Inoltre, prevede di contenere i costi sociali e garantire standard di trattamento sempre più qualificati mediante l'integrazione tra le diverse attività sanitarie e sociosanitarie e il coinvolgimento dei servizi ospedalieri, territoriali e dei MMG.

Nella gestione della malattia concorrono, a carico del paziente, i costi diretti (spese per esami diagnostici e visite specialistiche, per l'acquisto di farmaci non oncologici, per mobilità extraregionale, per assistenza e diete speciali ecc.) e i costi indiretti relativi alle attività di sorveglianza e di assistenza direttamente erogate dal caregiver.

Pertanto, l'obiettivo della rete è quello di offrire un servizio congruo alle spese preventivate.

L'impatto economico delle attività della rete è stimato in circa € 5.227.107,00, di cui € 5.177.107,00 relativi al valore della produzione ospedaliera (stimato in misura pari al valore della produzione ospedaliera 2023 da flusso SDO regionale) e circa € 50.000 relativi al costo per:

- a. Facilitazione dei professionisti ai lavori dei GOM (riunioni per discussione casi, produzione e aggiornamento PDTA, produzione verbali di attività ecc.), prevedendo il riconoscimento delle ore di riunioni come attività formativa ECM (la partecipazione deve essere documentabile).
- b. Acquisto software di gestione della rete.
- c. Organizzazione corsi di formazione del personale coinvolto (GOM, punti di accoglienza, ecc..).
- d. Attivazione dei punti di accoglienza P.O.R.T.O.
- e. Acquisto materiale informatico (PC, stampanti ecc.), quali attrezzature di lavoro di ogni punto di accoglienza e di ogni nodo della rete.
- f. Produzione del sito web della Rete e sua gestione.

7 MONITORAGGIO DELLA RETE

Al fine di monitorare le attività specifiche della Rete Oncologica regionale, saranno rispettate le indicazioni contenute nelle Linee Guida prodotte da Agenas – Osservatorio per il Monitoraggio delle Reti Oncologiche Regionali (ROR), rubricato *“Requisiti essenziali per la valutazione delle performance delle Reti Oncologiche”* (Prot. n. 2023/0001190 del 02/02/2023).

Cronoprogramma attuativo della Governance della Rete Oncologica della Regione Molise

Azione		
Insedimento Coordinamento Regionale	Entro 30 giugno 2024	Direzione Generale per la Salute Regione Molise
Piano di Rete	Entro 30 novembre 2024	Direzione Generale per la Salute Regione Molise
Carta dei servizi	Entro 31 dicembre 2024	Direzione Generale ASReM

(*) I responsabili dei GOM non sono necessariamente i direttori delle UUOO di riferimento

MAMMELLA/ Resp SSD Chirurgia Senologica Campobasso
Accesso definito del paziente con presa in carico diretta (collegamenti specifici con programmi di screening mammografico e centri di diagnostica clinica senologica territoriali)
GOM già attivo

Case manager già identificata
PDTA già prodotto (deve essere aggiornato)
Il PDTA prevede già degli indicatori
N. di test genomici prescritti (ogni anno viene stilata una relazione su modulistica definita dal Ministero; viene inviata una copia ad ASReM e Direzione Generale per la Salute della Regione Molise che provvede ad inviarla al Ministero)
Elaborazione PDTA tumore ereditario familiare mammella

(GASTROENTERICO) COLON RETTO/ Resp Direttore UOC Chirurgia Generale Campobasso
Individuazione di un Team multidisciplinare/multiprofessionale
Attivazione GOM
Identificazione del case manager
Produzione PDTA con indicatori specifici

PROSTATA-UROLOGICI /Resp Direttore UOC Urologia Campobasso
Individuazione di un Team multidisciplinare/multiprofessionale
Attivazione GOM
Identificazione del Case manager
Produzione PDTA con indicatori specifici

POLMONE/Resp Direttore Chirurgia Generale Campobasso
Individuazione di un Team multidisciplinare/multiprofessionale
Attivazione GOM
Identificazione del Case manager
Produzione PDTA con indicatori specifici

Ginecologici – Ovaio-Cervice Resp Primario Ginecologo Responsible Research Hospital
Individuazione di un Team multidisciplinare/multiprofessionale
Attivazione GOM
Identificazione del Case manager
Produzione PDTA con indicatori specifici