REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

DELLA



Regione Umbria

SERIE GENERALE

PERUGIA - 10 luglio 2024

DIREZIONE REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE - P E R U G I A

PARTE PRIMA

Sezione II

ATTI DELLA REGIONE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 26 giugno 2024, n. 609.

Rete Oncologica Regionale (ROR) - Evoluzione.

PARTE PRIMA

Sezione II

ATTI DELLA REGIONE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 26 giugno 2024, n. 609.

Rete Oncologica Regionale (ROR) - Evoluzione.

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto: "Rete Oncologica Regionale (ROR) - Evoluzione." e la conseguente proposta dell'Assessore Luca Coletto;

Preso atto:

- a) del parere favorevole di regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;
- b) del parere favorevole sotto il profilo della legittimità espresso dal Dirigente competente;
- c) del parere favorevole del Direttore in merito alla coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione stessa;

Vista la DGR n. 16 del 12/01/2005, con cui vennero emanate le prime misure a sostegno del governo clinico attraverso l'istituzione di un Centro di Riferimento Oncologico Interaziendale;

Tenuto conto della istituzione della Rete Oncologica Regionale, avvenuta con DGR n. 1662 del 01/12/2008, recante "Disposizioni generali per i coordinamenti regionali delle reti per l'erogazione delle prestazioni sanitarie" e della successiva DGR n. 1112 del 2010 recante "DGR 1662/2008; Provvedimenti in merito";

Considerata la DGR n. 2012 del 30/12/2010, recate "Linee di indirizzo della Rete Oncologica Regionale per l'attuazione di azioni mirate al miglioramento delle qualità e dell'appropriatezza: raccomandazione n. 1 dicembre 2010 "Presa in carico dei pazienti oncologici nella rete regionale e l'implementazione della multidisciplinarietà";

Vista la DGR n. 1501 del 26/11/2012 recante "Reti cliniche e sanitarie regionali. Ritiro della DGR 03.09.2012, n. 1043. Integrazioni e modifiche della DGR n. 1112 del 26.07.2010";

Vista la DGR n. 1535 del 01/12/2014 con cui si è identificato il "Modello organizzativo" della rete oncologica regionale;

Vista la DGR n. 1536 del 01/12/2014, recante "Linee di indirizzo della Rete Oncologica Regionale per l'attuazione di azioni mirate al miglioramento delle qualità e dell'appropriatezza: aggiornamento della Raccomandazione n. 1 ex DGR n. 2012 del 12/2010 "Presa in carico dei pazienti oncologici nella rete regionale e l'implementazione della multidisciplinarietà", alla luce del L.R. 18/2012 "Ordinamento del servizio sanitario regionale";

Vista la DGR n. 212 del 04/03/2016, recante "Provvedimento generale di programmazione di adeguamento della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati (pubblici e privati) ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario regionale" attuativo del Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera (D.M. 2 Aprile 2015, n. 70); Adozione";

Tenuto conto dell'art. 8 del DM 70 del 02 aprile 2015 con cui è stata predisposta l'istituzione di un Tavolo Tecnico per la redazione delle Linee Guida e raccomandazioni relative alla rete oncologica, presso AGENAS;

Vista la DGR n. 55 del 25/01/2016 recante "Linee di indirizzo alle aziende sanitarie regionali per la istituzione dei centri di senologia (breast unit), la definizione dei requisiti organizzativi ed assistenziali degli stessi e contestuale recepimento del documento tecnico di cui all'intesa stato regione Rep.n.144/CSR del 30 Ottobre 2014 e delle linee di indirizzo di cui all'intesa stato regioni Rep.n.185/CSR del 18 Dicembre 2014.";

Vista la DGR n. 268 del 2018, recante "Rete Oncologica Regionale dell'Umbria (ROR) di cui alle DGR 1662/2008 e successivi atti. Determinazioni";

Vista la DGR n. 268 del 2018, recante "Rete Oncologica Regionale dell'Umbria (ROR) di cui alle DGR 1662/2008 e successivi atti. Determinazioni";

Vista la DGR n. 1305 del 27/12/2019 con cui la Regione Umbria ha recepito l'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 per la realizzazione della Rete Nazionale dei Tumori Rari (RNTR). (Rep. atti n. 158/CSR del 21 settembre 2017);

Vista la DGR n. 882 del 01/09/2023 "Recepimento 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 di Bolzano, concernente il "Piano oncologico nazionale: documento di pianificazione e indirizzo per la prevenzione e il contrasto del cancro 2023 - 2027" (Rep. Atti n. 16/CSR del 26 gennaio 2023).";

Vista la DGR n. 1240 del 27/11/2023 "Recepimento dell'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 - PON" e identificazione delle linee strategiche prioritarie regionali. Rete Oncologica Regionale dell'Umbria (ROR) e Molecular Tumor Board (MTB) - Determinazioni.":

Tenuto conto del Rapporto AGENAS per l'anno 2023 "Quinta Indagine Nazionale sullo stato di attuazione delle Reti Oncologiche Regionali";

Vista la DGR n. 174 del 28/02/2024 "Identificazione del Registro Tumori Umbro di Popolazione (RTUP) quale Registro di rilevanza regionale e istituzione del Centro di riferimento regionale, ai sensi del Decreto del Ministero della Salute del 01/08/2023";

Considerato l'incontro avvenuto in data 15/02/2024, tra la Direzione regionale Salute e Welfare e le Direzioni delle Aziende Sanitarie regionali, ognuna coadiuvata da un Referente aziendale per le U.O. di Oncologia, unitamente al Coordinatore regionale della ROR, con lo scopo di illustrare e approvare il nuovo assetto evolutivo della Rete;

Vista la DGR n. 330 del 11/04/2024 "Supporto alla Direzione Salute e Welfare per i percorsi diagnostico terapeutici del paziente con patologie oncologiche. Conferimento incarico a titolo gratuito.";

Vista la legge regionale 1 febbraio 2005, n. 2 e la normativa attuativa della stessa;

Visto il Regolamento interno di questa Giunta;

A voti unanimi espressi nei modi di legge,

DELIBERA

per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione

- 1) di approvare le premesse quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- 2) di approvare la definizione delle caratteristiche e modalità organizzative della Rete Oncologica Regionale (ROR) di cui all'Allegato 1 "Rete Oncologica" che è parte integrante e sostanziale del presente atto;
- 3) di costituire il Comitato Direttivo e il Comitato di Coordinamento delle Rete, entrambi con funzione pro-tempore, come da schema "Rete Oncologica Regionale" riportato nel sopracitato Allegato 1;
 - 4) di nominare Coordinatore Scientifico della Rete Oncologica Regionale il Dr. Fausto Roila;
- 5) di nominare Coordinatore Organizzativo della Rete Oncologica Regionale il Dr. Sergio Bracarda Direttore della Struttura Complessa dell'Azienda Ospedaliera di Terni;
- 6) di dare mandato ai Coordinatori, di cui ai punti n. 4) e 5), di richiedere alle Aziende sanitarie i nominativi dei referenti che andranno a costituire il comitato di coordinamento;
- 7) di dare mandato al Direttore regionale Salute e Welfare di individuare i referenti della Medicina Generale uno per USL territoriale e i referenti della Pediatria di Libera Scelta uno per USL territoriale che entreranno a far parte del Comitato di Coordinamento;
- 8) di dare mandato al Direttore regionale Salute e Welfare di individuare i referenti delle Associazioni dei pazienti affetti da malattie oncologiche con sede in Umbria che entreranno a far parte del Comitato di Coordinamento;
- 9) di dare mandato al Direttore regionale Salute e Welfare di individuare i referenti delle Società Scientifiche che entreranno a far del Comitato di Coordinamento;
- 10) di istituire nell'ambito della ROR il Coordinamento delle Breast Unit come previsto nell'Allegato 1 al presente documento;
- 11) di istituire nell'ambito della ROR il Centro organizzativo regionale per i tumori rari, come previsto nell'Allegato 1 al presente documento, con l'individuazione dei referenti per il rapporto con le 3 reti professionali nazionali;
- 12) di dare altresì mandato ai Coordinatori del Comitato di Coordinamento della ROR, di cui ai punti n. 4) e 5), di completare i lavori per l'aggiornamento del MTB;

- 13) di individuare nell'ambito della rete un nucleo operativo di valutazione così come previsto nell'allegato 1;
- 14) di dare mandato al Direttore regionale Salute e Welfare di convocare, entro 15 giorni dall'adozione del presente atto, il Comitato Direttivo per fornire le prime indicazioni da dare ai Coordinatori del Comitato di Coordinamento, tra le quali anche l'istituzione dei gruppi di lavoro per la stesura dei PDTA;
- 15) di dare atto che la presente delibera non comporta spesa a carico del bilancio regionale e che la partecipazione dei membri al Comitato di Coordinamento non comporta oneri aggiuntivi per l'amministrazione regionale;
 - 16) di incaricare i competenti uffici regionali di provvedere all'adozione di atti successivi ai lavori della rete;
 - 17) di trasmettere il presente atto agli Enti interessati;
- 18) di dare atto che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione nel *Bollettino Ufficiale* della Regione Umbria.

		La Presidente Tesei
(su proposta dell'assessore Coletto)		
	Documento istruttorio	

Oggetto: Rete Oncologica Regionale (ROR) - Evoluzione.

Con deliberazione di Giunta Regionale 12.01.2005, n. 16 vennero emanate le prime misure a sostegno del governo clinico attraverso l'istituzione di un Centro di Riferimento Oncologico Interaziendale.

Successivamente con DGR n. 1662 del 01.12.2008 furono emanate le disposizioni generali per istituire le reti cliniche regionali, tra le quali anche la Rete Oncologica, e fu affidata alla Agenzia Umbria Sanità (AUS) la gestione tecnico-amministrativa dei Coordinamenti regionali delle reti. In seguito con DGR 1112/2010 - ritenuto necessario che l'allora Direzione regionale Sanità e Servizi sociali assumesse il ruolo di cabina di regia delle reti - la Giunta Regionale trasferiva alla Direzione medesima i compiti già affidati all'Agenzia Umbria Sanità in base alla DGR 1662/2008. Successivamente con DGR 1501/2012 si è provveduto:

- ad approvare le "Disposizioni generali per la costituzione, l'organizzazione, il funzionamento delle reti cliniche e sanitarie della Regione Umbria" nel testo integrato e modificato rispetto alla DGR 1112/2010;
- a dare atto che al "Coordinamento regionale delle Reti" veniva affidata la gestione organizzativa e tecnico-amministrativo-operativa di tutte le Reti cliniche e sanitarie già costituite e di quelle da costituire;
- ad approvare il documento recante "Disciplinare per l'organizzazione ed il funzionamento del "Coordinamento regionale delle Reti".

Nello specifico, in conformità ai presupposti su delineati, con DGR 01.12.2014, n. 1535 veniva in seguito deliberato Il "Modello organizzativo" della Rete oncologica, che definiva la rete oncologica come una rete ad integrazione verticale caratterizzata da un sistema cosiddetto "hub and spoke". Il modello prevede la concentrazione dell'assistenza ad elevata complessità in strutture sanitarie dove sono presenti tutte le specialità (HUB), integrate con un insieme di servizi periferici (SPOKE). I presupposti gestionali nella costituzione della Rete oncologica hanno tenuto conto di due elementi fondamentali, quali da un lato l'approccio multidisciplinare con l'integrazione delle differenti specificità (chirurgia oncologica, anatomia patologica, radiologia, radioterapia oncologica, cure palliative, scienze infermieristiche, psico-oncologia) in un disease management team, chiamato GOM (Gruppo oncologico multidisciplinare tumore specifico), dall'altro l'accessibilità a strumenti di prevenzione e cure di qualità per tutti i pazienti residenti nella regione, che comporta la necessità di un'adeguata integrazione funzionale.

Pertanto con l'atto predetto venivano individuati i servizi oncologici e definite le relative competenze, le competenze dei GOM e delle attività della rete (tra cui informazione e comunicazione) e specificate le modalità di implementazione e sviluppo dell'organizzazione della ROR.

Con DGR 01.12.2014, n. 1536 veniva inoltre disposto l'aggiornamento della Raccomandazione ROR n. 1 (DGR 30.12.2010, n. 2012).

Infine con DGR 212/2016 è stato adottato il "Provvedimento generale di programmazione di adeguamento della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati (pubblici e privati) ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario regionale" in attuazione del regolamento recante: "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e

quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", di cui al D.M. 70 del 2 aprile 2015.Il Decreto 70/2015 ha previsto che all'interno della rete ospedaliera sia necessaria l'articolazione delle reti per patologia (che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale) di seguito riportate: rete infarto, rete ictus, rete traumatologica, rete neonatologica e punti nascita, rete medicine specialistiche, rete oncologica, breast unit, rete pediatrica, rete trapiantologica, rete terapia del dolore, rete malattie rare.

In attuazione dell'art. 8 del predetto DM 70/2015 inoltre è stato istituito un Tavolo tecnico (a cui la Regione Umbria partecipa) presso AGENAS per la redazione di Linee Guida e raccomandazioni relative alla rete oncologica. Il modello organizzativo regionale, di cui alla DGR 1501/2012, di fatto è coerente con quanto evidenziato nelle redigende linee guida di AGENAS sulla struttura di base delle reti.

Per quanto riguarda la rete oncologica in particolare il modello di cui alla DGR 01.12.2014, n. 1535 è stato elaborato secondo le indicazioni presenti nel documento tecnico di indirizzo per ridurre il burden del cancro anni 2014-2016, di cui all'Intesa Stato Regioni Rep n. 144/CSR del 30 ottobre 2014, cui ha fatto seguito l'Intesa raggiunta in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le PP.AA. di Trento e Bolzano in data 18 dicembre 2014, Rep.n.185/CSR sulle Linee di indirizzo alle aziende sanitarie regionale per la costituzione dei centri di senologia.

Pertanto con DGR n. 55 del 25 gennaio 2016 sono state recepite le predette Intese e sono state istituite quattro Breast Unit, una per ogni Azienda Sanitaria regionale, dando mandato ai Direttori Generali delle Aziende medesime di attivarle nel rispetto dei requisiti organizzativi ed assistenziali indicati nella DGR stessa e nei documenti recepiti con la medesima.

Alla luce di quanto detto e dall'esperienza maturata sinora vanno evidenziate anche una serie di criticità rilevate in questi anni che possono riassumersi nella mancata e non omogenea applicazione delle raccomandazioni regionali, venendo a limitare così le potenzialità e l'efficienza della Rete Oncologica. L'esatta attuazione del modello organizzativo della rete serve a sanare quella "soluzione di continuità" che spesso si realizza tra ospedale e territorio e che viene avvertita quale criticità più importante da parte dell'utenza. L'obiettivo principale della rete è assicurare la realizzazione della presa in carico globale e completa dell'assistito: infatti il percorso oncologico si svolge solo in parte in ambito ospedaliero ed è quindi necessario garantire nei servizi territoriali il completamento del programma terapeutico - assistenziale.

La DGR n. 268 del 2018 identifica come coordinatore della Rete Oncologica Regionale (R.O.R.) il Prof. Fausto Roila quale Direttore di struttura complessa nella specialità di Oncologia medica dell'Azienda Ospedaliera di Perugia.

Con l'Intesa della Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano Rep. Atti n. 16/CSR del 26.01.2023, recepita con DGR n. 882 del 01.09.2023, è stato approvato il "Piano oncologico nazionale: documento di pianificazione e indirizzo per la prevenzione e il contrasto del cancro 2022-2027".

Inoltre, con DGR n. 1240 del 27.11.2023, si è provveduto al Recepimento dell'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 - PON". Con la stessa sono state quindi identificate le linee strategiche prioritarie regionali per l'attuazione del Piano Oncologico e, contestualmente, determinati il Molecular Tumor Board (MTB), la Rete Oncologica Regionale dell'Umbria (ROR) e confermato il Coordinatore di quest'ultima nella figura del Prof. Fausto Roila.

Successivamente, con DGR n. 174 del 28.02.2024, si è provveduto a identificare il Registro Tumori Umbro di Popolazione (RTUP) quale Registro di rilevanza regionale e ad istituire il Centro di riferimento regionale, ai sensi del Decreto del Ministero della Salute del 01.08.2023.

In data 15.02.2024, si sono riunite la Direzione regionale Salute e Welfare, le Direzioni delle Aziende Sanitarie regionali, ognuna coadiuvata da un Referente aziendale per le U.O. di Oncologia, unitamente al Coordinatore regionale della ROR con lo scopo di illustrare e approvare il nuovo assetto evolutivo della Rete come descritto nell'Allegato 1.

Infine, è stato ritenuto di promuovere l'istituzione del centro organizzativo regionale per i tumori rari, come previsto dal comma 3.3. All. A all'Intesa CSR 21/09/2017, recepita dalla regione Umbria con DGR n. 1305 del 27/12/2019.

Il testo definitivo della Rete è stato approvato dalle Direzioni Aziendali e a seguito dell'istituzione dei comitati si procederà alla stesura dei PDTA.

Tutto ciò premesso si propone alla Giunta regionale:

Omissis

	ALLEGATO 1
RETE	
ONCOLOGICA	
REGIONE UMBRIA	

INDICE

	Pag.
Premessa	3
Attuale organizzazione	6
Dati di contesto	8
Valutazione AGENAS 2023: punti di forza e punti di debolezza	22
Strategie	26
Evoluzione del modello organizzativo della rete	28
Rete tumori rari	37
Tumori pediatrici	38
Molecolar tumor board	39
Università e ROR	40
Implementazione dell'integrazione delle attività ospedaliere con	47
quelle territoriali, sanitarie e socio-sanitarie	
Punti di accesso delle reti	49
Allegato A	50
Cronoprogramma	55

PREMESSA

Con deliberazione di Giunta Regionale 12.01.2005, n. 16 vennero emanate le prime misure a sostegno del governo clinico attraverso l'istituzione di un Centro di Riferimento Oncologico Interaziendale.

Successivamente con DGR n. 1662 del 01.12.2008 furono emanate le disposizioni generali per istituire le reti cliniche regionali, tra le quali anche la Rete Oncologica, e fu affidata alla Agenzia Umbria Sanità (AUS) la gestione tecnico-amministrativa dei Coordinamenti regionali delle reti. In seguito con DGR 1112/2010 - ritenuto necessario che l'allora Direzione regionale Sanità e Servizi sociali assumesse il ruolo di cabina di regia delle reti - la Giunta Regionale trasferiva alla Direzione medesima i compiti già affidati all'Agenzia Umbria Sanità in base alla DGR 1662/2008. Successivamente con DGR 1501/2012 si è provveduto a:

approvare le "Disposizioni generali per la costituzione, l'organizzazione, il funzionamento delle reti cliniche e sanitarie della Regione Umbria" nel testo integrato e modificato rispetto alla DGR 1112/2010; dare atto che al "Coordinamento regionale delle Reti" veniva affidata la gestione organizzativa e tecnico-amministrativo-operativa di tutte le Reti cliniche e sanitarie già costituite e di quelle da costituire; approvare il documento recante "Disciplinare per l'organizzazione ed il funzionamento del "Coordinamento regionale delle Reti".

Nello specifico, in conformità ai presupposti su delineati, con DGR 01.12.2014, n. 1535 veniva in seguito deliberato II "Modello organizzativo" della Rete oncologica, che definiva la rete oncologica come una rete ad integrazione verticale caratterizzata da un sistema cosiddetto "hub and spoke". Il modello prevede la concentrazione dell'assistenza ad elevata complessità in strutture sanitarie dove sono presenti tutte le specialità (HUB), integrate con un insieme di servizi periferici (SPOKE). I presupposti gestionali nella costituzione della Rete oncologica hanno tenuto conto di due elementi fondamentali, quali da un lato l'approccio multidisciplinare con l'integrazione delle differenti specificità (chirurgia oncologica, anatomia patologica, radiologia, radioterapia oncologica, cure palliative, scienze infermieristiche, psico-oncologia) in un disease management team, chiamato GOM (Gruppo oncologico multidisciplinare tumore specifico), dall'altro l'accessibilità a strumenti di prevenzione e cure di qualità per tutti i pazienti residenti nella regione, che comporta la necessità di un'adeguata integrazione funzionale.

Pertanto con l'atto predetto venivano individuati i servizi oncologici e definite le relative competenze, le competenze dei GOM e delle attività della rete (tra cui informazione e comunicazione) e specificate le modalità di implementazione e sviluppo dell'organizzazione della ROR.

Con DGR 01.12.2014, n. 1536 veniva inoltre disposto l'aggiornamento della Raccomandazione ROR n. 1 (DGR 30.12.2010, n. 2012).

Infine con DGR 212/2016 è stato adottato il "Provvedimento generale di programmazione di adeguamento della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati (pubblici e privati) ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario regionale" in attuazione del regolamento recante: "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", di cui al D.M. 70 del 2 aprile 2015. Il Decreto 70/2015 ha previsto che all'interno della rete ospedaliera sia necessaria l'articolazione delle reti per patologia (che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale) di seguito riportate: rete infarto, rete ictus, rete traumatologica, rete neonatologica e punti nascita, rete medicine specialistiche, rete

oncologica, breast unit, rete pediatrica, rete trapiantologica, rete terapia del dolore, rete malattie

In attuazione dell'art. 8 del predetto DM 70/2015 inoltre è stato istituito un Tavolo tecnico (a cui la Regione Umbria partecipa) presso AGENAS per la redazione di Linee Guida e raccomandazioni relative alla rete oncologica. Il modello organizzativo regionale, di cui alla DGR 1501/2012, di fatto è coerente con quanto evidenziato nelle redigende linee guida di AGENAS sulla struttura di base delle reti.

Per quanto riguarda la rete oncologica in particolare il modello di cui alla DGR 01.12.2014, n. 1535 è stato elaborato secondo le indicazioni presenti nel documento tecnico di indirizzo per ridurre il burden del cancro anni 2014-2016, di cui all'Intesa Stato Regioni Rep n. 144/CSR del 30 ottobre 2014, cui ha fatto seguito l'Intesa raggiunta in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le PP.AA. di Trento e Bolzano in data 18 dicembre 2014, Rep.n.185/CSR sulle Linee di indirizzo alle aziende sanitarie regionale per la costituzione dei centri di senologia.

Pertanto con DGR n. 55 del 25 gennaio 2016 sono state recepite le predette Intese e sono state istituite quattro Breast Unit, una per ogni Azienda Sanitaria regionale, dando mandato ai Direttori Generali delle Aziende medesime di attivarle nel rispetto dei requisiti organizzativi ed assistenziali indicati nella DGR stessa e nei documenti recepiti con la medesima.

Alla luce di quanto detto e dall'esperienza maturata sinora vanno evidenziate anche una serie di criticità rilevate in questi anni che possono riassumersi nella mancata e non omogenea applicazione delle raccomandazioni regionali, venendo a limitare così le potenzialità e l'efficienza della Rete Oncologica. L'esatta attuazione del modello organizzativo della rete serve a sanare quella "soluzione di continuità" che spesso si realizza tra ospedale e territorio e che viene avvertita quale criticità più importante da parte dell'utenza. L'obiettivo principale della rete è assicurare la realizzazione della presa in carico globale e completa dell'assistito: infatti il percorso oncologico si svolge solo in parte in ambito ospedaliero ed è quindi necessario garantire nei servizi territoriali il completamento del programma terapeutico - assistenziale.

La DGR n.268 del 2018 identifica come coordinatore della Rete Oncologica Regionale (R.O.R.) il Prof. Fausto Roila quale Direttore di struttura complessa nella specialità di Oncologia medica dell'Azienda Ospedaliera di Perugia.

Con l'Intesa della Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano Rep. Atti n. 16/CSR del 26.01.2023, recepita con DGR n. 882 del 01.09.2023, è stato approvato il "Piano oncologico nazionale: documento di pianificazione e indirizzo per la prevenzione e il contrasto del cancro 2022-2027".

Inoltre, con DGR n. 1240 del 27.11.2023, si è provveduto al Recepimento dell'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 - PON". Con la stessa sono state quindi identificate le linee strategiche prioritarie regionali per l'attuazione del Piano Oncologico e, contestualmente, determinati il Molecular Tumor Board (MTB), la Rete Oncologica Regionale dell'Umbria (ROR) e confermato il Coordinatore di quest'ultima nella figura del Prof. Fausto Roila, fino a nuova determinazione.

Successivamente, con DGR n. 170 del 28.02.2024, si è provveduto a identificare sia il Registro Tumori Umbro di Popolazione (RTUP) quale Registro di rilevanza regionale che il Centro di riferimento regionale, ai sensi del Decreto del Ministero della Salute del 01.08.2023.

In data 15.02.2024, la Direzione regionale Salute e Welfare ha convocato le Direzioni delle Aziende Sanitarie regionali, ognuna coadiuvata da un Referente aziendale per le U.O. di Oncologia, unitamente al Coordinatore regionale della ROR con lo scopo di illustrare e approvare il nuovo assetto evolutivo della Rete come descritto nel presente documento, che nella sua versione definitiva è stato approvato dalle Direzioni aziendali.

ATTUALE ORGANIZZAZIONE

Attuale organizzazione della Rete Oncologica Regionale

Il modello adottato per la rete oncologica è quello Hub e Spoke come da Allegato della DGR 1535/2014.

Come configurati i dipartimenti aziendali di oncologia non avrebbero potuto svolgere tutte le funzioni del polo pertanto è indispensabile il coinvolgimento di discipline con competenza oncologica generale quali l'Anatomia Patologica, la Medicina Nucleare, la Radiologia ed il Laboratorio e di tutte le altre discipline cliniche con prevalente interesse oncologico di una loro branca che fanno parte dei gruppi oncologici multidisciplinari (GOM),dei gruppi di lavoro e delle commissioni.

Con la costituzione della rete oncologica è stata realizzata infatti la strategia della MULTIDISCIPLINARIETÀ. Il principio su cui si basa la multidisciplinarietà è di prevedere fin dall'inizio del percorso assistenziale il coinvolgimento di tutte le figure professionali interessate. In tal modo è possibile attuare una piena sinergia tra gli operatori, volta a definire in modo coordinato ed in un tempo unico il percorso ottimale per ogni singolo paziente. E' inoltre indicato come auspicabile il coinvolgimento nei GOM dei MMG soprattutto quando la discussione riguarda casi di particolare complessità.

Per la patologia mammaria, va considerato l'istituzione delle Breast Unit secondo le direttive europee, i criteri di EUSOMA e gli indirizzi nazionali. Nella nostra realtà la istituzione delle Breast Unit viene a confermare gli orientamenti e le decisioni a supporto della multidisciplinarietà (GOM) le cui tipologie sono di seguito riportate:

- Sono **aziendali** i GOM costituiti presso le strutture sanitarie dove esistono le competenze specialistiche che li rendono possibili.
- Sono **interaziendali** i GOM dei due poli che comprendano anche specialisti delle ASL territoriali di riferimento o viceversa.
- Sono **regionali** i GOM per le patologie oncologiche più rare e per le quali è necessario il coinvolgimento di tutti gli specialisti della Regione.

Il monitoraggio di funzionamento della rete è riportato nelle tabelle successive

Rete oncologica

DESCRIZIONE STRUTTURA	Rete oncologica		
DESCRIZIONE STRUTTURA	HUB	SPOKE	
OSPEDALE DI CITTA' DI CASTELLO		Х	
OSPEDALE DI GUBBIO - GUALDO TADINO		Х	
OSPEDALE DI UMBERTIDE		Х	
OSPEDALE DI CASTIGLIONE DEL LAGO		Х	
OSPEDALE DI ASSISI		Х	
OSPEDALE MEDIA VALLE DEL TEVERE		Х	
OSPEDALE DI SPOLETO		Х	
OSPEDALE DI ORVIETO		Х	
OSPEDALE DI NARNI		Х	
OSPEDALE DI AMELIA		Х	
OSPEDALE DI FOLIGNO		Х	
OSPEDALE DI PERUGIA	Х		
OSPEDALE DI TERNI	Х		

Per la rete negli atti sono individuati sia i nodi HUB che i nodi spoke per la presa in carico e il trattamento medico delle patologie oncologiche

Rete oncologica – sedi chirurgiche HUB

a sear chiralgiche 1100	
	Rete
DESCRIZIONE STRUTTURA	oncologica
	sedi
	chirurgiche
	HUB
OSPEDALE DI PERUGIA	Х
OSPEDALE DI TERNI	Х

Attuale organizzazione del Molecular Tumor Board (MTB)

La DD n. 1888 del 23/02/2022 ha portato alla Costituzione del Gruppo di lavoro interdisciplinare Molecular Tumor Board (MTB) di cui al D.L. n 152 del 06/11/2021 convertito in Legge n. 233 del 29/12/2021. Tale gruppo è composto da diversi Professionisti (come riportato in determina) quali: il Prof. Fausto Roila, Professore Ordinario di Oncologia Medica dell'Università degli Studi di Perugia e Coordinatore della Rete Oncologica Regionale; il Dr. Sergio Bracarda, Direttore S.C. di Oncologia Medica dell'A.O. di Terni; il Prof. Stefano Ascani, Direttore S.C. di Anatomia e Istologia Patologica dell'A.O. di Terni; il Prof. Francesco Grignani, Professore Ordinario Patologia Generale Università degli Studi di Perugia; la Prof.ssa Cristina Mecucci, Direttore Istituto di Ematologia A.O. Perugia; il Prof. Gaetano Vaudo, Direttore S.C. Medicina Interna A.O. Terni; il Prof. Fabrizio Stracci, Direttore scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva e Responsabile del RTUP; il Prof. Giuseppe Nocentini, Professore Associato Farmacologia Università degli Studi di Perugia; il Dr. Paolo Prontera,

Responsabile Servizio Genetica Medica A.O. Perugia; il Dr. Alessandro D'Arpino, Direttore S.C. Farmacia A.O Perugia; la Dr.ssa Monya Costantini, Direttore S.C. Farmacia A.O. Terni; il Dr. Fabio Vincenti, Clinical Trial Office A.O. Terni; la Dr.ssa Vienna Ludovini, Responsabile Laboratorio Biologia Molecolare S.C. Oncologia Medica A.O. Perugia; la Dr.ssa Cecilia Caprera Biologo Molecolare A.O. Terni. La DGR N. 1888 DEL 23/02/2022 ha dato mandato al gruppo di lavoro del MTB di definire: i criteri di selezione dei pazienti, i test da eseguire, i criteri per l'individuazione dei laboratori in cui eseguire le indagini di profilazione genomica (NGS), l'attivazione di uno specifico registro per il monitoraggio e la registrazione dei casi, la definizione di un Percorso Diagnostico Terapeutico specifico, i criteri per la definizione delle tariffe.

DATI DI CONTESTO

Per l'area chirurgica, negli atti, sono chiaramente indicati gli HUB di Perugia e Terni per il trattamento chirurgico delle patologie oncologiche quali quelle del polmone, dello stomaco, del colon, del retto, del pancreas, della prostata, dell'utero, dell'ovaio, della regione testa-collo e del melanoma. Al contrario, non sono definiti con chiarezza gli SPOKE chirurgici per cui la casistica viene trattata, oltre che negli HUB, anche in altri ospedali (in particolare gli ospedali sede di DEA di I livello).

Nelle tabelle successive si riporta il dettaglio dei volumi riferiti agli anni 2019, 2021 e 2022, erogati nelle strutture ospedaliere, con la loro classificazione regionale e l'eventuale presenza/attivazione dei GOM.

La distribuzione e la numerosità della casistica fa emergere che:

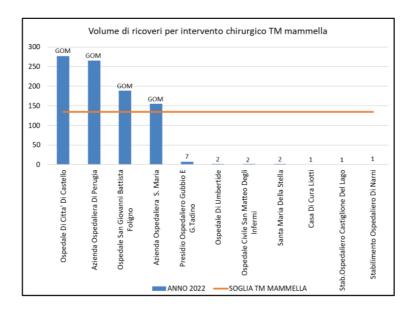
- alcune sedi non possono essere individuate come SPOKE in quanto ospedali di base. Il trattamento in tali sedi è spesso non programmato ma definito dall'esito dell'esame istologico anche per interventi non invasivi ma conservativi/palliativi;
- le sedi di Ospedale DEA di I livello vanno individuate come SPOKE in relazione alla tipologia di organo per assicurare che, ogni sede, garantisca un numero soglia di interventi trattati al fine di allinearsi ad uno standard qualitativo di volumi ed esiti (in calce ad ogni tabella le note di riferimento).

RETE ONCOLOGICA SENOLOGICA

Nella tabella successiva sono riportati i volumi degli interventi chirurgici distribuiti per struttura ospedaliera negli anni 2019, 2021 e 2022.

		MAMMELLA					
DESCRIZIONE STRUTTURA	Volume di rico	overi per interve TM mammella	Classificazione regionale	Presenza GOM			
	2019	2021	2022				
CASA DI CURA PORTA SOLE	1	2					
CASA DI CURA LIOTTI S.P.A.		2	1				
OSPEDALE DI CITTA' DI CASTELLO	313	287	277	HUB	SI		
OSPEDALE DI UMBERTIDE	1	42	2		NO		
OSPEDALE DI CASTIGLIONE DEL	1		1		NO		
LAGO							
OSPEDALE MEDIA VALLE DEL TEVERE		2			NO		
OSPEDALE DI SPOLETO	1		2		NO		
OSPEDALE DI ORVIETO	16	10	2		NO		
OSPEDALE DI NARNI	2	1	1		NO		
OSPEDALE DI FOLIGNO	199	204	189	HUB	SI		
OSPEDALE DI GUBBIO - GUALDO	22	7	7		NO		
TADINO							
OSPEDALE DI PERUGIA	299	302	265	HUB	SI		
OSPEDALE DI TERNI	191	190	155	HUB	SI		
	1.046	1.049	902				

Nel grafico successivo sono riportati i volumi degli interventi chirurgici distribuiti per struttura ospedaliera nell'anno 2022 con evidenza del rapporto rispetto alla soglia standard.



Nella tabella successiva sono riportati per l'anno 2022 le U.O. sopra soglia (parametro PNE) e il numero interventi effettuati presso U.O. con volumi appropriati

CASISTICA SENOLOGIA	Umbria
UO >soglia 150 interventi/aa (corretti 135)	4
UO totali	11
N interventi effettuati in UO con volumi appropriate	886
% interventi effettuati in UO con volumi appropriati	98%
N interventi totali (tutti)	902
% interventi 120 gg	9.67%

Di tutte le sedi prese in considerazione solo 4 garantiscono il parametro PNE, ovvero, un numero di interventi per tumore primario della mammella > 150/anno (valore soglia corretto 135/anno). Tali sedi corrispondono alle 4 Breast Unit individuate dalla DGR n. 55 del 25/01/2016.

Per quanto riguarda i flussi di mobilità, a fronte di 922 soggetti umbri residenti in Umbria (fabbisogno regionale), per cui è stato necessario intervenire chirurgicamente, 847 si sono affidati ai centri umbri, mentre i restanti 75 hanno scelto di interpellare centri extra-regionali (mobilità passiva); 55 sono stati i casi di mobilità attiva.

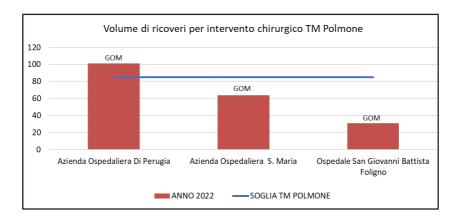
CASISTICA SENOLOGIA	N.	CASISTICA SENOLOGIA	N.
Residenti Umbri operati in Umbria	847	Residenti Umbri operati in Umbria	847
Mobilità passiva	75	Mobilità attiva	55
TOTALE RESIDENTI UMBRI OPERATI	922	TOTALE CASI OPERATI IN UMBRIA	902

RETE ONCOLOGICA POLMONARE

Nella tabella successiva sono riportati i volumi degli interventi chirurgici distribuiti per struttura ospedaliera negli anni 2019, 2021 e 2022

	POLMONE						
DESCRIZIONE STRUTTURA	Volume di ricoveri per intervento chirurgico TM polmone			Classificazione regionale	Presenza GOM		
	2019	2021	2022				
OSPEDALE DI FOLIGNO	30	26	31		SI		
OSPEDALE DI PERUGIA	137	110	101	HUB	SI		
OSPEDALE DI TERNI	32	51	64	HUB	SI		
	199	187	196				

Nel grafico successivo sono riportati i volumi degli interventi chirurgici distribuiti per struttura ospedaliera nell'anno 2022 con evidenza del rapporto rispetto alla soglia standard.



Nella tabella successiva sono riportati per l'anno 2022 le U.O. sopra soglia (parametro PNE) e il numero interventi effettuati presso U.O. con volumi appropriati

CASISTICA POLMONE	UMBRIA
UO>soglia 85 interventi/anno	1
UO totali	3
N interventi effettuati in UO con volumi appropriate	101
% interventi effettuati in UO con volumi appropriate	52%
N interventi totali (tutti)	196

Nel 2022, rispetto ai 3 Ospedali che hanno svolto attività chirurgia oncologica a livello polmonare, solo l'Azienda Ospedaliera di Perugia ha raggiunto e superato il valore di 85 interventi/anno. Per quanto riguarda i flussi, a fronte di 170 soggetti umbri residenti in Umbria (fabbisogno), per cui è stato necessario intervenire chirurgicamente, 130 si sono affidati ai centri umbri, mentre i restanti 40 hanno scelto di interpellare centri extra-regionali (mobilità passiva); mentre 66 sono stati i casi di mobilità attiva.

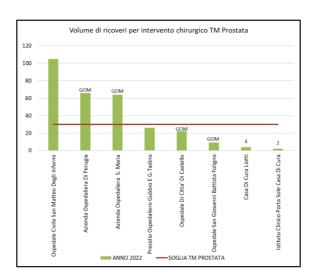
CASISTICA POLMONE	N.	CASISTICA POLMONE	N.
Residenti Umbri operati in Umbria	130	Residenti Umbri operati in Um	bria 130
Mobilità passiva	40	Mobilità attiva	66
TOTALE RESIDENTI UMBRI OPERATI	170	TOTALE CASI OPERATI IN UM	BRIA 196

RETE ONCOLOGICA PROSTATA

Nella tabella successiva sono riportati i volumi degli interventi chirurgici distribuiti per struttura ospedaliera negli anni 2019, 2021 e 2022

	PROSTATA					
DESCRIZIONE STRUTTURA	inter	ne di ricove vento chiru TM prostata	rgico	Classificazione regionale	Presenza GOM	
	2019					
CASA DI CURA PORTA SOLE	2	2	2			
CASA DI CURA LIOTTI S.P.A.	7	3	4			
OSPEDALE DI CITTA' DI CASTELLO	11	20	22		SI	
OSPEDALE DI CASTIGLIONE DEL LAGO	2				NO	
OSPEDALE MEDIA VALLE DEL TEVERE	1				NO	
OSPEDALE DI SPOLETO	66	59	105		NO	
OSPEDALE DI ORVIETO	1	6			NO	
OSPEDALE DI FOLIGNO	25	23	9		SI	
OSPEDALE DI GUBBIO - GUALDO TADINO	16	10	26		NO	
OSPEDALE DI PERUGIA	79	58	66	HUB	SI	
OSPEDALE DI TERNI	111	57	64	HUB	SI	
	321	238	298			

Nel grafico successivo sono riportati i volumi degli interventi chirurgici distribuiti per struttura ospedaliera nell'anno 2022 con evidenza del rapporto rispetto alla soglia standard.



Nella tabella successiva sono riportati per l'anno 2022 le U.O. sopra soglia (parametro PNE) e il numero interventi effettuati presso U.O. con volumi appropriati

CASISTICA PROSTATA	UMBRIA
UO>soglia 30 interventi/aa	3
UO totali	8
N interventi effettuati in UO con volumi appropriate	335
% interventi effettuati in UO con volumi appropriate	79%
N interventi totali (tutti)	298

Negli Ospedali di Città di Castello, Gubbio-Gualdo Tadino, Orvieto e Foligno (tutti Ospedali sede di DEA di I livello) vengono trattati casi di tumore della prostata nell'ambito della Disciplina di Urologia. Tuttavia, si tratta di sedi dove non è presente il Robot e non si raggiunge il valore di 30 interventi/anno.

Nell'Ospedale di Spoleto, anch'esso sede di DEA di I livello, vengono trattati casi di tumore della prostata nell'ambito della Disciplina di Urologia e in tale sede è presente il Robot e si raggiunge il valore di 50 interventi/annui.

Per quanto riguarda i flussi, a fronte di 347 soggetti umbri residenti in Umbria (fabbisogno), per cui è stato necessario intervenire chirurgicamente, 250 si sono affidati ai centri umbri, mentre i restanti 97 hanno scelto di interpellare centri extra-regionali (mobilità passiva); 48 sono stati i casi di mobilità attiva.

CASISTICA PROSTATA	N.	CASISTICA PROSTATA	N.
Residenti Umbri operati in Umbria	250	Residenti Umbri operati in Umbria	250
Mobilità passiva	97	Mobilità attiva	48
TOTALE RESIDENTI UMBRI OPERATI	347	TOTALE CASI OPERATI IN UMBRIA	298

RETE ONCOLOGICA GINECOLOGICA

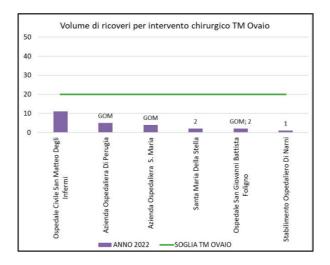
Nella tabella successiva sono riportati i volumi degli interventi chirurgici distribuiti per struttura ospedaliera negli anni 2019, 2021 e 2022

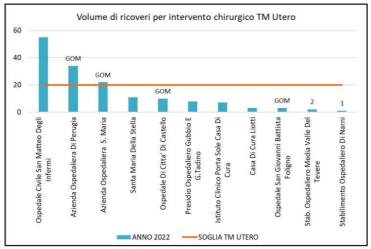
	GINECOLOGICI									
	OVAIO				UTERO		Classificazione	Presenza		
DESCRIZIONE STRUTTURA		Volume di ricoveri per intervento chirurgico		i ricoveri per Volume di ricoveri per regionale			GOM			
	2019	2021	2022	2019	2021	2022				
CASA DI CURA PORTA SOLE				2	6	7				
CASA DI CURA LIOTTI S.P.A.		2			3	3				
OSPEDALE DI CITTA' DI CASTELLO	1	0		16	13	10		SI		
OSPEDALE MEDIA VALLE DEL TEVERE	1	0		2		2		NO		
OSPEDALE DI SPOLETO	6	6	11	40	29	55		NO		
OSPEDALE DI ORVIETO		2	2	12	12	11		NO		
OSPEDALE DI NARNI		0	1	1	1	1		NO		
OSPEDALE DI FOLIGNO	2	2	2	30	14	3		SI		
OSPEDALE DI GUBBIO - GUALDO TADINO	1	1		9	9	8		NO		
OSPEDALE DI PERUGIA	10	11	5	38	43	34	HUB	SI		
OSPEDALE DI TERNI	11	16	4	32	26	22	HUB	SI		
	32	40	25	182	156	156				

Negli Ospedali di Città di Castello, Gubbio-Gualdo Tadino, Orvieto e Foligno tutti Ospedali sede di DEA di I livello vengono trattati casi di tumore ginecologici sia per l'ovaio che per l'utero nell'ambito della Disciplina di Ginecologia e Ostetricia. Tuttavia sono sedi dove non è presente il Robot e non si raggiunge nemmeno il valore di 10 interventi annui (soglia 20 interventi/aa) per l'ovaio e il valore di 20 interventi/anno (soglia 20 interventi/aa) per l'utero.

Nell'Ospedale di Spoleto sede di DEA di I livello vengono trattati casi di tumore ginecologici sia per l'ovaio con meno di 10 interventi/annui che per l'utero con numero di casi anni superiori a 20 nell'ambito della Disciplina di Ginecologia e Ostetricia, in tale sede è presente il Robot.

Nei grafici successivi sono riportati i volumi degli interventi chirurgici distribuiti per struttura ospedaliera nell'anno 2022 con evidenza del rapporto rispetto alla soglia standard.





Nella tabella successiva sono riportati per l'anno 2022 le U.O. sopra soglia (parametro PNE) e il numero interventi effettuati presso U.O. con volumi appropriati

	CASISTICA	Umbria
	UO>soglia 20 interventi/aa	0
K. OVAIO	UO totali	6
	N interventi effettuati in UO con volumi appropriati	0
	% interventi effettuati in UO con volumi appropriati	0%
	N interventi totali (tutti)	25
	UO>soglia 20 interventi/aa	3
K. UTERO	UO totali	11
	N interventi effettuati in UO con volumi appropriati	111
	% interventi effettuati in UO con volumi appropriati	71%
	N interventi totali (tutti)	156

Per quanto riguarda i flussi, a fronte di 186 donne umbre, residenti in Umbria (fabbisogno), affette da neoplasia a carico dell'utero, per cui è stato necessario intervenire chirurgicamente, 43 si sono affidate ai centri umbri, mentre le restanti 43 hanno scelto di interpellare centri extra-regionali (mobilità passiva); 13 sono stati i casi di mobilità attiva.

CASISTICA UTERO	N.	CASISTICA UTERO	N.
Residenti Umbri operati in Umbria	143	Residenti Umbri operati in Umbria	143
Mobilità passiva	43	Mobilità attiva	13
TOTALE RESIDENTI UMBRI OPERATI	186	TOTALE CASI OPERATI IN UMBRIA	156

Per quanto riguarda i flussi, a fronte di 49 donne umbre, residenti in Umbria (fabbisogno), affette da neoplasia a carico dell'ovaio, per cui è stato necessario intervenire chirurgicamente 24 sono state le donne umbre, residenti in Umbria, affette da neoplasia a carico dell'ovaio che hanno scelto di affidarsi a centri umbri, mentre 25 hanno scelto di rivolgersi a centri extra-regionali (mobilità passiva). Sempre in riferimento alle neoplasie dell'ovaio, si registra un solo caso di mobilità attiva.

CASISTICA OVAIO	N.	CASISTICA OVAIO	N.
Residenti Umbri operati in Umbria	24	Residenti Umbri operati in Umbria	24
Mobilità passiva	25	Mobilità attiva	1
TOTALE RESIDENTI UMBRI OPERATI	49	TOTALE CASI OPERATI IN UMBRIA	25

RETE ONCOLOGICA COLON RETTO

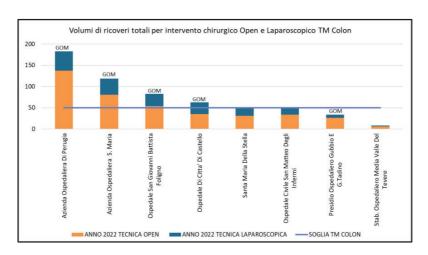
Nella tabella successiva sono riportati i volumi degli interventi chirurgici distribuiti per struttura ospedaliera negli anni 2019, 2021 e 2022

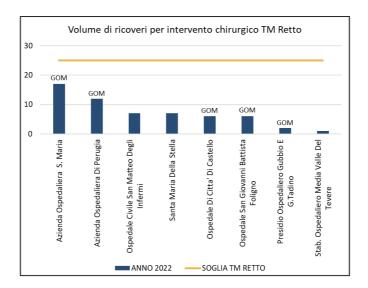
						СО	LON-RE	тто			
DESCRIZIONE STRUTTURA	per chiru	me di ricoveri r intervento curgico open lapa		in chi lapar	Volume di interventi chirurgici in laparoscopia per TM colon		Volume di ricoveri per intervento chirurgico TM retto			Classificazione regionale (colon-retto)	Presenza GOM (colon- retto)
	2019	2021	2022	2019	2021	2022	2019	2021	2022		
CASA DI CURA PORTA SOLE	4	3		2	2		2				
CASA DI CURA LIOTTI S.P.A.		2			1			1			
OSPEDALE DI CITTA' DI	35	25	35	34	15	28	7	7	6		SI
CASTELLO											
OSPEDALE DI CASTIGLIONE DEL	4										NO
LAGO (*)											
OSPEDALE MEDIA VALLE DEL	11		6	5		2	2		1		NO
TEVERE											
OSPEDALE DI SPOLETO	39	22	34	24	13	17	18	11	7		NO
OSPEDALE DI ORVIETO	29	22	31	17	13	21	2	3	7		NO
OSPEDALE DI NARNI	5			1				1			NO
OSPEDALE DI FOLIGNO	51	69	54	35	44	29	8	7	6		SI
OSPEDALE DI GUBBIO - GUALDO	30	49	26	16	26	8	6	3	2		SI
TADINO											
OSPEDALE DI PERUGIA	151	125	137	20	26	46	12	5	12	HUB	SI
OSPEDALE DI TERNI	134	104	81	87	58	38	24	11	17	HUB	SI
	493	421	404	241	198	189	81	49	58		

Negli Ospedali di Gubbio-Gualdo Tadino e Foligno Ospedali sede di DEA di I livello vengono trattati casi di tumore del colon-retto nell'ambito della Disciplina di Chirurgia Generale e sono sedi dove si raggiunge il valore di soglia pari a 50 interventi/anno.

Negli Ospedali di Città di Castello, Orvieto e Spoleto Ospedali sede di DEA di I livello vengono trattati casi di tumore del colon-retto nell'ambito della Disciplina di Chirurgia Generale e sono sedi dove non si è raggiunto il valore di 25 interventi/anno ma hanno la potenzialità per poterlo fare.

Nei grafici successivi sono riportati i volumi degli interventi chirurgici distribuiti per struttura ospedaliera nell'anno 2022 con evidenza del rapporto rispetto alla soglia standard.





Nella tabella successiva sono riportati per l'anno 2022 le U.O. sopra soglia (parametro PNE) e il numero interventi effettuati presso U.O. con volumi appropriati

	CASISTICA	UMBRIA
	UO>soglia 50 interventi/aa	5
	UO totali	8
K. Colon	N interventi effettuati in UO con volumi appropriati	499
	% interventi effettuati in UO con volumi appropriati	84%
	N interventi totali (tutti)	593
	UO>soglia 25 interventi/aa	0
	UO totali	8
K. Retto	N interventi effettuati in UO con volumi appropriati	0
	% interventi effettuati in UO con volumi appropriati	0%
	N interventi totali (tutti)	58

Per quanto riguarda i flussi, a fronte di 631 soggetti umbri, residenti in Umbria (fabbisogno), affetti da neoplasia a carico del colon, per cui è stato necessario intervenire chirurgicamente, 579 si sono affidati ai centri umbri, mentre le restanti 52 hanno scelto di interpellare centri extra-regionali (mobilità passiva); 14 sono stati i casi di mobilità attiva.

CASISTICA COLON	N.	CASISTICA COLON	N.
Residenti Umbri operati in Umbria	579	Residenti Umbri operati in Umbria	579
Mobilità passiva	52	Mobilità attiva	14
TOTALE RESIDENTI UMBRI OPERATI	631	TOTALE CASI OPERATI IN UMBRIA	593

Per quanto riguarda i flussi, a fronte di 63 soggetti umbri, residenti in Umbria (fabbisogno), affetti da neoplasia a carico del retto, per cui è stato necessario intervenire chirurgicamente, 47 sono stati i casi di pazienti umbri, residenti in Umbria, affetti da neoplasia a carico del retto che hanno scelto di affidarsi a centri regionali, mentre 16 hanno invece preferito rivolgersi a centri extra-regionali (mobilità passiva). Sempre in riferimento alle neoplasie del retto, si registrano 11 casi di mobilità attiva.

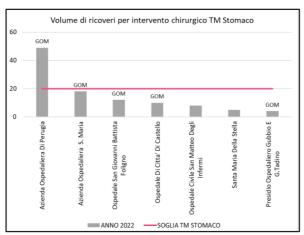
CASISTICA RETTO	N.	CASISTICA RETTO	N.
Residenti Umbri operati in Umbria	47	Residenti Umbri operati in Umbria	47
Mobilità passiva	16	Mobilità attiva	11
TOTALE RESIDENTI UMBRI OPERATI	63	TOTALE CASI OPERATI IN UMBRIA	58

RETE ONCOLOGICA STOMACO

Nella tabella successiva sono riportati i volumi degli interventi chirurgici distribuiti per struttura ospedaliera negli anni 2019, 2021 e 2022

		Stomaco							
DESCRIZIONE STRUTTURA	interve	e di ricov ento chir // stoma	urgico	Classificazione regionale	Presenza GOM				
	2019	2021	2022						
OSPEDALE DI CITTA' DI CASTELLO	17	15	10		SI				
OSPEDALE MEDIA VALLE DEL TEVERE	1				NO				
OSPEDALE DI SPOLETO	8	1	8		NO				
OSPEDALE DI ORVIETO	3	2	5		NO				
OSPEDALE DI FOLIGNO	16	12	12		SI				
OSPEDALE DI GUBBIO - GUALDO TADINO	4	8	4		SI				
OSPEDALE DI PERUGIA	38	34	49	HUB	SI				
OSPEDALE DI TERNI	36	35	18	HUB	SI				
	123	107	106						

Nel grafico successivo sono riportati i volumi degli interventi chirurgici distribuiti per struttura ospedaliera nell'anno 2022 con evidenza del rapporto rispetto alla soglia standard.



Negli Ospedali di Città di Castello, Gubbio-Gualdo Tadino, Orvieto, Spoleto e Foligno Ospedali sede di DEA di I livello vengono trattati casi di tumore allo stomaco nell'ambito della Disciplina di Chirurgia Generale e sono sedi dove non si è raggiunto il valore di 20 interventi/anno ma hanno la potenzialità per poterlo fare almeno a Città di Castello e Foligno.

Nella tabella successiva sono riportati per l'anno 2022 le U.O. sopra soglia (parametro PNE) e il numero interventi effettuati presso U.O. con volumi appropriati

CASISTICA STOMACO	UMBRIA
UO > soglia 20 interventi/aa	1
UO totali	87
N interventi effettuati in UO con volumi appropriate	49
% interventi effettuati in UO con volumi appropriate	46%
N interventi totali (tutti)	106

Per quanto riguarda i flussi, a fronte di 116 soggetti umbri, residenti in Umbria (fabbisogno), affetti da neoplasia a carico dello stomaco, per cui è stato necessario intervenire chirurgicamente, 98 si sono affidati ai centri umbri, mentre le restanti 18 hanno scelto di interpellare centri extra-regionali (mobilità passiva); 8 sono stati i casi di mobilità attiva.

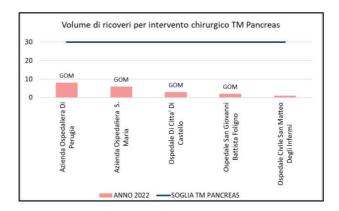
CASISTICA STOMACO	N.	CASISTICA STOMACO	N.
Residenti Umbri operati in Umbria	98	Residenti Umbri operati in Umbria	98
Mobilità passiva	18	Mobilità attiva	8
TOTALE RESIDENTI UMBRI OPERATI	116	TOTALE CASI OPERATI IN UMBRIA	106

RETE ONCOLOGICA PANCREAS

Nella tabella successiva sono riportati i volumi degli interventi chirurgici distribuiti per struttura ospedaliera negli anni 2019, 2021 e 2022

	Pancreas					
DESCRIZIONE STRUTTURA	Volume di rico	overi per interve TM pancreas	Classificazione regionale	Presenza GOM		
	2019	2021	2022		GOIVI	
CASA DI CURA PORTA SOLE	2					
OSPEDALE DI CITTA' DI CASTELLO		1	3		SI	
OSPEDALE DI SPOLETO			1		NO	
OSPEDALE DI FOLIGNO	3	2	2		SI	
OSPEDALE DI PERUGIA	13	13	8	HUB	SI	
OSPEDALE DI TERNI	10	3	6	HUB	SI	
	28	19	20			

Nel grafico successivo sono riportati i volumi degli interventi chirurgici distribuiti per struttura ospedaliera nell'anno 2022 con evidenza del rapporto rispetto alla soglia standard.



Negli Ospedali sede di DEA di I e di II livello vengono trattati casi di tumore al pancreas nell'ambito della Disciplina di Chirurgia Generale ma sono sedi tuttavia dove sono stati trattati pochissimi casi al di sotto della soglia.

Nella tabella successiva sono riportati per l'anno 2022 le U.O. sopra soglia (parametro PNE) e il numero interventi effettuati presso U.O. con volumi appropriati

CASISTICA PANCREAS	UMBRIA
UO>soglia 50 interventi/aa	0
UO totali	5
N interventi effettuati in UO con volumi appropriate	0
% interventi effettuati in UO con volumi appropriate	0%
N interventi totali (tutti)	20

Per quanto riguarda i flussi, a fronte di 47 soggetti umbri, residenti in Umbria, affetti da neoplasia a carico del pancreas (fabbisogno), per cui è stato necessario intervenire chirurgicamente, 18 si sono

affidati ai centri umbri, mentre le restanti 29 hanno scelto di interpellare centri extra-regionali (mobilità passiva); 2 sono stati i casi di mobilità attiva.

CASISTICA PANCREAS	N.	CASISTICA PANCREAS	N.
Residenti Umbri operati in Umbria	18	Residenti Umbri operati in Umbria	18
Mobilità passiva	29	Mobilità attiva	1
TOTALE RESIDENTI UMBRI OPERATI	47	TOTALE CASI OPERATI IN UMBRIA	19

VALUTAZIONE AGENAS: PUNTI DI FORZA E PUNTI DI DEBOLEZZA

Nel Rapporto 2023 di Agenas, "Quinta Indagine Nazionale sullo stato di attuazione delle Reti Oncologiche Reginali del 13.12.2023" sono stati evidenziati i punti di forza e i punti di debolezza rispetto alle 4 aree di valutazione (struttura di base, meccanismi operativi, processi sociali e risultati) che si riportano di seguito. Sono stati inoltre definiti i temi realizzabili mediante il presente documento e quelli che dovranno essere sviluppati nel Piano Oncologico Regionale

Analisi della struttura e processi di governance della Rete

La Regione Umbria ha formalizzato la Rete Oncologica Regionale (ROR) con DGR n. 1662 del 2008 adottando il modello organizzativo Hub e Spoke. La rete è in via di ridefinizione e non sono presenti atti ed azioni relative alla governance della Rete, sostenuti da finanziamenti dedicati, sulla base di analisi epidemiologiche e dei volumi di attività (come da PNE), alla governance, alle strutture ed al personale necessario al funzionamento della Rete, che assicurino la sostenibilità delle strategie di continuità operativa.

La ROR non ha integrato i suoi servizi con l'attività territoriale, come da DM 77/2022, e non ha formalizzato percorsi integrati con la Rete delle Cure Palliative.

Inoltre, non è stato avviato il processo di digitalizzazione della rete (cartella clinica oncologica informatizzata e sistema efficace e riconosciuto di collegamento in rete tra l'attività ambulatoriale/screening e il FSE del paziente).

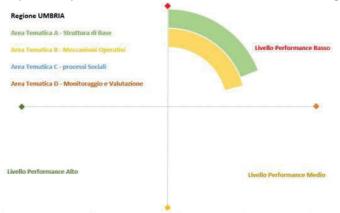
Sintesi dei risultati

Indice Sintetico Questionario (ISQ)

Di seguito sono rappresentati in percentuale i contributi delle singole Aree Tematiche del Questionario.



Il grafico seguente evidenzia il contributo di ciascuna area tematica del Questionario, il posizionamento nel rispettivo quadrante indica il livello di Performance raggiunto dalla ROR.



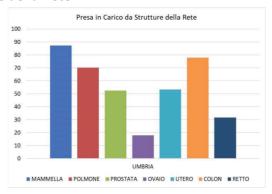
Di seguito sono rappresentati i singoli indicatori, espressi in percentuale con valore che varia da 0 a 100, ed evidenziando i contributi delle patologie oncologiche in esame.

Indice Sintetico Complessivo (ISCO) anno 2022

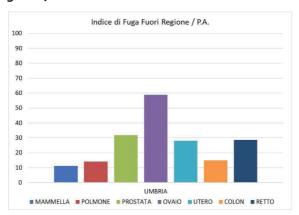
L'iconografica riporta il valore dell'indice ISCO, espresso su scala da 0 a 100, ed il posizionamento della freccia indica il livello di *performance* complessivo raggiunto dalla ROR.



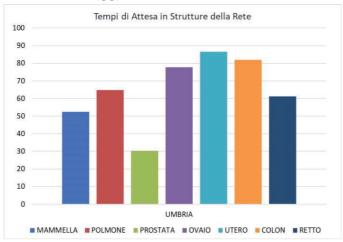
Presa in Carico da Strutture della Rete



Indice di Fuga Fuori Regione / P.A.



Tempi di Attesa in Strutture della Rete(gg)



Nel paragrafo precedente sono stati riportati i volumi di attività relativi alle strutture della Regione.

Raccomandazioni

L'Agenas riporta le seguenti raccomandazioni.

"In relazione a quanto dichiarato dalla Regione nel questionario di valutazione, si raccomanda l'importanza di implementare lo stato di attuazione dei processi di governance dei percorsi del paziente con particolare attenzione alla attribuzione di risorse economiche adeguate allo sviluppo e implementazione della rete.

Si sottolinea l'importanza di focalizzare l'operato della Rete in una reale interscambiabilità del paziente all'interno dei nodi per ottimizzare il percorso, ridurre gli alti tempi di attesa (chirurgia, diagnostica, terapia) e assicurare la prossimità delle cure mediche specie per i pazienti oncologici in fase avanzata/cronica di malattia.

Si evidenzia dalle analisi per struttura, che le strutture operanti sovra soglia e che presentano il GOM e l'accesso al MTB siano di fatto da integrare e potenziare come parte della rete; di conseguenza dalla casistica mostrata che tratta una parte del percorso oncologico (chirurgia), le strutture che operano con volumi adeguati, ma non sono dotate di un accesso multidisciplinare per la corretta presa in carico del paziente, devono necessariamente permettere la discussione multidisciplinare del singolo caso clinico.

Per quanto riguarda l'ottimizzazione dei servizi e la sostenibilità delle chirurgie ad alto impatto e ad alta specialistica (toracica, addominale come chirurgia del pancreas e dello stomaco, e ginecologica in particolare l'ovaio) si demanda alla Regione la decisione, sulla base di quanto rilevato:

- Per il tumore della mammella, si raccomanda di evitare dispersioni della casistica, concentrando gli interventi nei centri Breast Unit individuati, in modo tale da raggiungere la soglia prevista.
- Peri tumori della prostata, ginecologici e colon-retto, si raccomanda di evitare dispersioni della casistica, accentrare gli interventi nei centri identificati dalla rete e dotati di GOM.
- Per il tumore dello stomaco e del pancreas, si raccomanda di concentrare la casistica nei due centri hub identificati dalla Regione con expertise e il GOM data l'importanza della presa in carico per l'esito.

- Si raccomanda di porre in essere le azioni necessarie per il controllo e il monitoraggio interno ai processi di rete, l'implementazione e l'aderenza ai PDTA di patologia
- Si raccomanda di attivare e finalizzare i processi per la transizione digitale.
- In relazione alle prestazioni ambulatoriali per chemioterapia e radioterapia, si nota una buona copertura sul territorio.

La Regione potrà utilizzare gli indicatori per orientarsi nelle scelte di governance."

STRATEGIE

LINEE STRATEGICHE

Si riportano le linee strategiche del Piano Oncologico Nazionale:

- Presenza dei gruppi multidisciplinari di patologia, con procedure per rilevarne attività e qualità;
- Prevedere la partecipazione nell'ambito dei gruppi multidisciplinari dei PDTA anche di ulteriori figure professionali quali specialisti della riabilitazione, endocrinologi, nutrizionisti, specialistici in cure palliative, psiconcologi, specialisti della fertilità;
- 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;
- Rafforzare il ruolo di figure strategiche a livello territoriali (MMG, PLS, infermieri di comunità);
- Prevedere nelle Case della Comunità l'oncologo, l'Infermiere Case Manager (ICM) e lo psicologo per rafforzare il percorso di cura con particolare riferimento alla fase di follow-up
- Individuare a livello territoriale le figure professionali debitamente formate, e necessarie ad espletare quelle attività di cura e follow—up;
- Adeguare le infrastrutture digitali dei presidi sanitari e promuovere la formazione del personale all'utilizzo delle stesse;
- Adottare la cartella oncologica informatizzata unica accessibile in modalità operativa da tutti gli operatori della continuità assistenziale;
- Diffondere modelli organizzativi consolidati per la somministrazione ambulatoriale di trattamenti oncologici sistemici;
- Disporre di procedure multidisciplinari scritte per l'erogazione di prestazioni complesse che coinvolgono più professionisti, identificando tempi, ruoli, responsabilità, tracciabilità del percorso;
- Incentivare la diffusione della telemedicina, adeguando le infrastrutture digitali dei presidi sanitari, promuovendo la formazione del personale;
- Promuovere lo sviluppo di un sistema di valutazione dell'accesso alle cure, dell'utilizzo dei PDTA, della qualità delle cure erogate anche in collaborazione con la rete nazionale dei registri tumori.

OBIETTIVI STRATEGICI

- Promuovere e implementare l'attivazione della Rete Oncologica regionale nel rispetto delle indicazioni del Piano Oncologico Nazionale;
- Promuovere e implementare attività di raccordo e coordinamento tra la Rete Oncologica Regionale e i Dipartimenti di Prevenzione delle 2 Aziende Sanitarie Territoriali;
- Promuovere la definizione di percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA) condivisi a livello regionale e/o locale con indicatori di processo e di esito rilevabili e misurabili;
- Favorire a livello regionale l'integrazione dell'assistenza sanitaria oncologica a livello ospedaliero e territoriale;
- Promuovere il miglioramento continuo della qualità assistenziale per i pazienti oncologici
- Garantire equità di accesso alle cure, uniformità di livello di assistenza a parità di prestazione e sicurezza per i pazienti oncologici;
- Implementare l'avvio alle cure simultanee;
- Promuovere la digitalizzazione sanitaria in ambito regionale;

- Promuovere la ricerca clinica, traslazionale e organizzativa oncologica;
- Incentivare il trasferimento di trattamenti oncologici da regime di ricovero a regime ambulatoriale;
- Promuovere il coinvolgimento delle associazioni dei pazienti nell'implementazione del percorso del malato oncologico;
- Istituire percorsi gratuiti per l'identificazione precoce e il monitoraggio dei soggetti ad alto rischio eredo-familiare.

INDICATORI DI MONITORAGGIO DI PROCESSO A LIVELLO REGIONALE

- Formalizzazione della Rete Oncologica Regionale;
- Approvazione formale del "Piano di Rete oncologica";
- Individuazione a livello regionale del I e II livello per l'area medica e l'area chirurgica;
- Centralizzare la casistica per patologie rare o particolarmente complesse;
- Definizione e condivisione a livello regionale di PDTA specifici per patologia;
- Presenza del Gruppo Oncologico Multidisciplinare per patologia;
- Definizione di un sistema di valutazione della soddisfazione delle persone che accedono al punto di accoglienza della ROR;
- Progettazione di un piano informatico di rete che preveda l'adozione della cartella oncologica informatizzata.

EVOLUZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO DELLA RETE

Con l'Accordo ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Revisione delle Linee Guida organizzative e delle raccomandazioni per la Rete Oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale" (repertorio atti n. 59/CSR del 17 aprile 2019) è stato approvato il documento "Revisione delle Linee Guida organizzative e delle raccomandazioni per la Rete Oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e posto acuti con l'attività territoriale". Il nuovo Piano Oncologico Nazionale sviluppa una sezione sulle reti oncologiche e sui modelli organizzativi delle stesse per dare alle Regioni una guida alla scelta del modello più idoneo per la propria realtà.

Il progressivo aumento della sopravvivenza dei pazienti con tumori, per effetto sia dei miglioramenti diagnostici che di quelli terapeutici, fa sempre più assomigliare la patologia oncologica alle malattie croniche. Il "chronic care model" diventa il modello organizzativo di riferimento con una presa in carico globale multidimensionale e multiprofessionale a lungo termine superando l'attuale visione ospedalo-centrica verso un modello strutturato capace di mettere in rete i servizi, come anche proposto nel DM 70/2015.

Le Regioni, nel recepire le indicazioni del DM 70/2015, fanno riferimento alla Rete Oncologica 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". Il successivo Accordo Stato-Regioni del 17 aprile 2019 sul documento "Revisione delle Linee Guida organizzative e delle Raccomandazioni per la Rete Oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e post-acuti con l'attività territoriale" prevede lo sviluppo di un modello organizzativo che poggia su due fondamentali presupposti: la crescente complessità dei bisogni sanitari e l'insufficienza della risposta incentrata esclusivamente sull'ospedale. Il modello di Rete mira all'integrazione tra ospedale e territorio, attraverso una rimodulazione del loro contributo, prevedendo di approntare una risposta assistenziale che comprenda anche il coinvolgimento del volontariato e dell'associazionismo in campo oncologico.

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

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

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

una esplicita chiarezza del mandato politico/istituzionale;

- un governo unitario per la prevenzione, cura e ricerca in campo oncologico;
- l'effettiva rappresentatività delle diverse articolazioni della rete, incluse le associazioni dei pazienti;
- strumenti chiari di *governance* e procedure definite di relazioni interaziendali.

Il modello organizzativo di rete deve:

- garantire equità di accesso alle cure e precoce presa in carico;
- essere basato sul quadro epidemiologico, sull'analisi dei fabbisogni e sui bacini di utenza;
- comprendere la precisa descrizione dei nodi e delle componenti della Rete;
- essere coerente con gli standard nazionali dell'accreditamento e con gli standard ospedalieri;
- supportare il paziente nell'intero percorso, sia per gli aspetti clinici sia per quelli amministrativi;
- favorire e implementare la ricerca clinica nell'ambito dell'organizzazione in rete.

L'approccio multidisciplinare caratteristico della Rete può essere variamente declinato, in base alla distribuzione sul territorio regionale, in un insieme di soluzioni logistiche che vede in linea di massima quattro principali modelli organizzativi fondamentali, quali:

- 1. Comprehensive Cancer Center (CCC);
- 2. Hub and Spoke (H&S);
- 3. Cancer Care Network (CCN);
- 4. Comprehensive Cancer Care Network (CCCN).

In Umbria l'attuale modello organizzativo è quello Hub and Spoke (H&S) in quanto in linea generale è il modello che può essere più adatto per quelle condizioni in cui è essenziale la centralizzazione per necessità tecnologiche di expertise professionale, o per raggiungere il rapporto ideale volumi/outcome.

Nella valutazione del modello organizzativo della rete in Umbria potrebbe essere preso a riferimento anche l'evoluzione verso il modello del Comprehensive Cancer Care Network (CCCN) in quanto quest'ultimo mette insieme le risorse disponibili e il 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 una assistenza di eccellenza anche in 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 individuando comunque i nodi I e II livello sia per il trattamento medico che per quello chirurgico.

Il CCCN rappresenta il modello che garantisce, nel rispetto delle autonomie locali, la maggiore uniformità possibile in termini di accesso, di gestione clinica, di governance e di monitoraggio dei dati, sia ai fini clinici che di ricerca. L'implementazione di questo modello potrebbe permettere di ridurre al minimo sia la mobilità passiva che quella attiva dei malati oncologici, le quali possono rappresentare una "verifica indiretta" della inadeguatezza del modello organizzativo della rete stessa.

Al fine di applicare questo modello organizzativo è indispensabile individuare un'autorità centrale di Coordinamento della Rete Oncologica che definisca i processi e governi i collegamenti tra le diverse strutture presenti nel territorio competenti a vario titolo per la prevenzione, cura e riabilitazione del cancro.

Il Coordinamento della rete contribuirà ad una pianificazione dell'uso delle risorse spiccatamente inclusiva e tendente alla individuazione di funzioni e ruoli specializzati e sarà responsabile della

definizione e valutazione dei percorsi assistenziali dedicati, al fine di garantire standard uniformi di cura all'interno di percorsi specifici, vincolanti per l'intera rete.

Il Coordinamento della Rete deve tener conto di aspetti istituzionali, oltre a quelli clinici, prevedendo la presenza di un:

- livello strategico, sede di coinvolgimento delle direzioni aziendali e della Regione, che disponga di uno strumento condiviso quale "il Piano di Rete Oncologica", validato dallo stesso Coordinamento della Rete e finalizzato anche alla programmazione e alla promozione delle sinergie e degli investimenti nel campo della ricerca e dell'innovazione tecnologica;
- livello tecnico/scientifico, per definire l'impatto epidemiologico delle malattie oncologiche e per valutare le azioni per la qualità e l'omogeneità dell'offerta sanitaria.

Il Coordinamento della Rete Oncologica, in forte sinergia con la programmazione regionale, diventa lo strumento effettivo di garanzia e di efficiente utilizzo delle risorse per la realizzazione di azioni appropriate, coerenti e sostenibili. La fase di pianificazione richiede, come prima azione, quella di identificare tutte le strutture presenti nel territorio della Regione attive in interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei tumori: questa analisi riguarda le risorse umane e tecnologiche disponibili in ambito ospedaliero e territoriale.

Elemento centrale della Rete resta l'individuazione dei criteri e dei requisiti per definirne i livelli operativi, quali i nodi di II e I livello operativi: i nodi di II livello sono i centri dove sono presenti tutte le componenti professionali specialistiche essenziali, dotati delle tecnologie più avanzate nei campi della biologia molecolare, della genetica oncologica, della radioterapia, della medicina nucleare e della chirurgia, e dove siano previsti ed attuati programmi di formazione continua e di ricerca.

Ulteriore elemento distintivo, pur con alcune difficoltà applicative, è quello che prevede di concentrare l'offerta assistenziale, almeno per alcune tipologie di tumori nei centri di II livello di riferimento. In quest'ambito sarà necessario rispondere alla necessità di offrire accesso alla innovazione strumentale e alla ricerca, nonché elevati livelli di qualità dell'offerta assistenziale sostenuti e previsti dal Piano Nazionale Esiti (PNE) e dal DM 70/2015 e dalle loro future evoluzioni, in base a modalità organizzative ottimali e all'esperienza dei professionisti e del personale.

In base a quanto sopra detto per la Regione Umbria i livelli organizzativi dovrebbero prevedere:

- Livello regionale di riferimento di raccordo fra il livello nazionale e il coordinamento della rete
- Struttura di coordinamento della ROR composta da figure di riferimento di coordinamento delle articolazioni della rete oncologica a livello delle aziende sanitarie, da figure uniche per le tematiche oncologiche
- Nodi della rete ospedaliera e territoriale

A tal fine il modello proposto, individua due comitati, uno con funzione di governance "Direttivo" e uno tecnico, di "Coordinamento". A questi, a discrezione della necessità andrà ad affiancarsi il supporto di altri Servizi. Tutta la parte puramente amministrativa, nonché l'aggiornamento del sito, verrà coordinata da personale dedicato.

Al fine di applicare tale modello organizzativo è indispensabile oltre ad individuare i livelli di Coordinamento è necessario individuare, anche livelli di governance, ovvero:

- definire le finalità, l'area di intervento, la struttura ed i processi organizzativi nelle Aziende Sanitarie nell'ambito della rete;
- definire le modalità di *governance* a livello delle Aziende e di inter-relazione con il Coordinamento regionale di rete e le istituzioni locali.

Va considerato che uno strumento di *governance* dei nodi della rete individuati potrebbe essere rappresentato dalla costituzione di Dipartimenti Oncologici anche interaziendali, che consentano i collegamenti tra i servizi ospedalieri e territoriali, per garantire un utilizzo ottimale delle strutture diagnostiche e terapeutiche e la continuità tra le prestazioni assistenziali, laddove le Unità per specifica patologia oncologica nei dipartimenti funzionali costituirebbero gli strumenti operativi per la traduzione in pratica del modello organizzativo multi-professionale tumore-specifico. In questa ottica i Dipartimenti Oncologici funzionali potrebbero quindi sovraintendere ed instaurare effettive sinergie operative tra le diverse aziende sanitarie, anche per superare la rigidità del sistema per quanto attiene, ad esempio, anche alla mobilità dei professionisti.

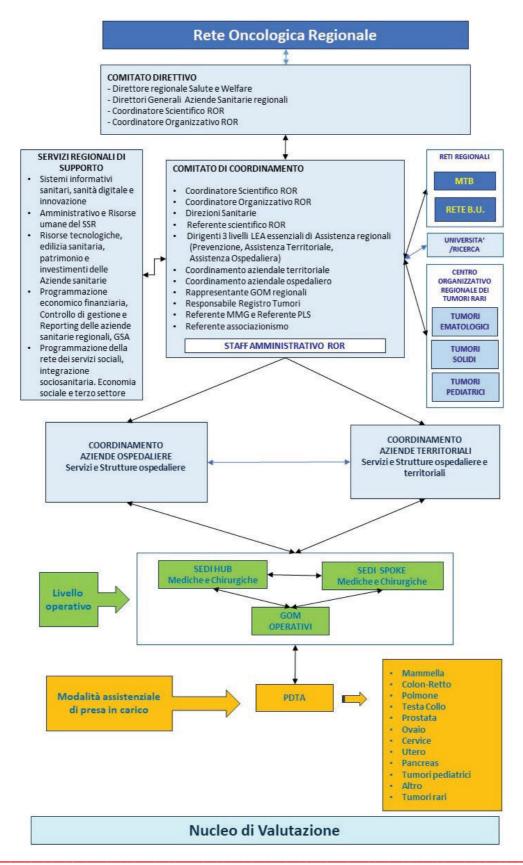
Tali Dipartimenti nella Regione Umbria potrebbero essere individuati nel Dipartimento Oncologico interaziendale fra Azienda Ospedaliera di Perugia e USL Umbria 1 e nel Dipartimento Oncologico interaziendale fra Azienda Ospedaliera di Terni e USL Umbria 2, tuttavia va tenuto presente che la strutturazione di Dipartimenti interaziendali richiede del tempo e per dare avvio tempestivamente al Coordinamento di rete il livello di governance può essere identificato in quello operativo di Azienda Sanitaria e in quello tecnico dei GOM.

Per valutare l'impatto sul Servizio Sanitario dei diversi setting di patologia neoplastica e garantire un'interlocuzione con l'associazionismo e le cure primarie, in particolare con i MMG, sarà pertanto necessario un Coordinamento di Azienda sanitaria (con la presenza, in base all'organizzazione territoriale, dei direttori dei dipartimenti oncologici o delle unità operative di oncologia/ematologia e di tutte le strutture interessante come dettagliate nell'allegato A), il cui Coordinatore partecipa al Coordinamento Regionale di Rete.

Il modello organizzativo con tutte le relazioni è riportato nella figura seguente e prevede anche un Nucleo di Valutazione e Monitoraggio della rete.

In tale contesto è essenziale raggiungere specifici obiettivi tra i quali almeno:

- adottare in modo condiviso linee guida, strategie di prevenzione e PDTA;
- promuovere l'introduzione e l'uso ottimale e appropriato di tecnologie avanzate di efficacia provata;
- identificare all'interno della rete le strutture di riferimento più idonee a trattare in via esclusiva o prevalente tutti quei tumori, anche rari e complessi, per i quali sia documentata la correlazione tra l'alto numero di casi trattati e l'alta qualità degli esiti e della sicurezza delle cure (es. Centri di Senologia);
- 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;
- rafforzare il ruolo dei MMG e dei professionisti territoriali e favorire l'integrazione con il territorio;
- facilitare la ricerca.



DESCRIZIONE LIVELLI ORGANIZZATIVI

COMITATO DIRETTIVO

Attua la governance e pianifica le linee di indirizzo della Rete ed è composto da:

- Direttore regionale Salute e Welfare
- Direttori Generali delle 4 Aziende Sanitarie regionali
- Coordinatore Scientifico ROR
- Coordinatore Organizzativo ROR

Il Comitato Direttivo è coordinato e convocato dal Direttore regionale Salute e Welfare e le riunioni si tengono presso la Direzione regionale

COMITATO DI COORDINAMENTO

Promuove e garantisce l'integrazione, l'interazione, la cooperazione e la collaborazione fra le strutture ospedaliere e le strutture territoriali delle Aziende Sanitarie regionali, per assicurare un utilizzo ottimale delle strutture diagnostiche e terapeutiche e la continuità tra le prestazioni assistenziali.

Centralizza le funzioni tecnico-amministrative.

Data la complessità e l'articolazione della rete, anche per specifici sottogruppi e collegamenti con altre reti sia regionali che nazionali, si ritiene opportuno individuare due coordinatori della Rete anche ai fini suppletivi, che devono lavorare all'unisono per attuare quanto previsto nel presente documento. Si individua così un coordinatore scientifico ed uno organizzativo.

Il Comitato è composto da:

- Coordinatore Scientifico ROR
- Coordinatore Organizzativo ROR
- Dirigenti dei 3 livelli LEA essenziali di Assistenza regionali (Prevenzione, Assistenza Territoriale, Assistenza Ospedaliera)
- Coordinatore dei Servizi delle Aziende Ospedaliere
- Coordinatore dei Servizi delle Aziende Territoriali
- Rappresentante GOM regionali
- Responsabile Registro Tumori
- Referente MMG e Referente PLS
- Referenti associazionismo

Il Comitato di Coordinamento è coordinato e convocato dai Coordinatori della ROR d'intesa con il Referente Scientifico e le riunioni si tengono presso la sede della ROR (Azienda Ospedaliera di Perugia/Regione).

Il Comitato adotta un regolamento di funzionamento ed è supportato per il funzionamento da una segreteria/staff amministrativo.

Il Comitato di Coordinamento illustra periodicamente al Comitato Direttivo le attività della ROR.

SERVIZI REGIONALI DI SUPPORTO

Concorrono attivamente al raggiungimento degli obiettivi della programmazione regionale rappresentando veri e propri strumenti operativi a supporto stabile della ROR, costituiscono un riferimento strategico per ambiti allargati di attività e per l'individuazione delle risorse. Sono rappresentati da:

- Servizio Sistemi informativi sanitari, sanità digitale e innovazione
- Servizio Amministrativo e Risorse umane del SSR
- Servizio Risorse tecnologiche, edilizia sanitaria, patrimonio e investimenti delle Aziende sanitarie
- Servizio Programmazione economico finanziaria, Controllo di gestione e Reporting delle aziende sanitarie regionali, GSA
- Servizio Programmazione della rete dei servizi sociali, integrazione sociosanitaria. Economia sociale e terzo settore

GOM – GRUPPI ONCOLOGICI MULTIDISCIPLINARI

Gruppi di lavoro multidisciplinari composti dagli specialisti che, come loro attività esclusiva o prevalente, partecipano alla definizione, alla attuazione pratica e all'aggiornamento periodico del percorso diagnostico, terapeutico e riabilitativo dei pazienti oncologici per singole patologie di organo o apparato.

I GOM sono di 3 livelli:

- Regionali di attivazione di una sede di Il livello e comprendono anche specialisti delle
 4 aziende:
- Interaziendali GOM dei due poli che comprendano anche specialisti delle ASL territoriali di riferimento o viceversa: AO PG e USL Umbria 1; AO TR e USL Umbria 2.
- **Aziendali** GOM costituiti presso le strutture sanitarie dove esistono le competenze specialistiche che li rendono possibili.

Ogni GOM individua un Coordinatore.

I Coordinatori costituiscono la Rete dei GOM attivati a livello regionale e viene individuato un Rappresentante che in base ad una rotazione pianificata della durata di 6 mesi, partecipa al Comitato di Coordinamento della ROR.

Le competenze della a rete dei GOM regionale:

- Definizione delle indicazioni per la stesura dei **percorsi diagnostici e terapeutici** per tipologia di tumore
- Aggiornamento della letteratura
- Elaborazione e/o partecipazione a **programmi di ricerca** di interesse multidisciplinare e contribuzione alla raccolta dati relativa alla ricerca in questione
- Attività seminariale

Per il funzionamento della ROR devono essere individuati i GOM per i seguenti tumori:

- Mammella
- Colon-Retto
- Polmone
- Prostata
- Ovaio
- Cervice
- Utero
- Pancreas
- Testa Collo
- Tumori pediatrici
- Tumori della tiroide

- Tumori Neuroendocrini
- Melanoma e altri Tumori cutanei

Tab. Classificazione del GOM

Livello aziendale	Livello interaziendale	Livello regionale
Mammella	Polmone	Pancreas
Colon	Tiroide	Testa-collo
	Prostata	Neuroendocrini
	Utero	Pediatrici
	Cervice	Melanoma
	Stomaco	
	Ovaio	
	Retto	

Le competenze dei GOM operativi:

- Discussione collegiale dei casi clinici e definizione del piano diagnostico terapeutico individuale
- Redazione e attuazione dei percorsi diagnostici e terapeutici

COORDINAMENTO AZIENDE OSPEDALIERE

Uno per Azienda Ospedaliera e coordinano i servizi presenti nell'Azienda Ospedaliera coinvolti nel funzionamento della ROR come il II livello della rete per strutturare il modello Comprehensive Cancer Care Network (CCCN).

Il Coordinatore è nominato dal Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera e fa parte del Comitato Coordinamento.

Convoca, coordina e presiede riunioni interne alle aziende con i Servizi individuati facilitando sinergie operative tra le strutture anche finalizzate a superare criticità e rigidità del sistema. Nell'allegato A sono riportati i servizi del II il livello e le relative competenze.

Favorisce sinergie fra i diversi attori operanti all'interno dell'ambito assistenziale, favorisce l'acceso al Registro Tumori e garantisce un'interlocuzione tra l'associazionismo e le cure oncologiche per migliorare significativamente la qualità dell'assistenza ai malati oncologici di tutto il territorio regionale e una più efficiente organizzazione ed una utile esperienza dei professionisti, anche mediante confronto con i Colleghi del Territorio.

COORDINAMENTO AZIENDE TERRITORIALI

Uno per Azienda Territoriale e coordinano i servizi presenti nell'Azienda Territoriale coinvolti nel funzionamento della ROR come il I livello della rete per strutturare il modello Comprehensive Cancer Care Network (CCCN)

Il Coordinatore è nominato dal Direttore Generale dell'Azienda Territoriale e fa parte del Comitato Coordinamento.

Convoca, coordina e presiede riunioni interne alle aziende con i Servizi individuati facilitando sinergie operative tra le strutture anche finalizzate a superare criticità e rigidità del sistema. Favorisce sinergie fra i diversi attori operanti all'interno dell'ambito territoriale, favorisce l'acceso al Registro Tumori e garantisce un'interlocuzione tra l'associazionismo e le cure primarie, in particolare con i MMG e i PLS per migliorare significativamente la qualità dell'assistenza ai malati oncologici in tutto il territorio regionale con una peculiare relativa omogeneità, una più efficiente organizzazione ed una utile esperienza dei professionisti, anche mediante confronto con i Colleghi degli Ospedali di II° Livello.

Nell'allegato A sono riportati i servizi del I livello e le relative competenze.

• RETE BREAST UNIT

Con DGR n. 55 del 25/01/2016 "Linee di indirizzo alle aziende sanitarie regionali per la istituzione dei centri di senologia (Breast Unit), la definizione dei requisiti organizzativi ed assistenziali degli stessi e contestuale recepimento del documento tecnico di cui all'intesa stato regione Rep.n.144/CSR del 30 Ottobre 2014 e delle linee di indirizzo di cui all'intesa stato regioni Rep.n.185/CSR del 18 Dicembre 2014" sono state definite le sedi delle 4 Breast Unit regionali.

La DGR 55/2016 definisce che il modello più appropriato è quello orientato alla più ampia integrazione dei servizi territoriali con le strutture ospedaliere, ivi comprese quelle a gestione autonoma, in modo da garantire una sostanziale equità di accesso alle prestazioni diagnostico terapeutiche in tutto il territorio regionale. Questa integrazione riguarderà sostanzialmente i Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM) della mammella costituiti e operanti nelle Aziende Ospedaliere e negli ospedali delle ASL che pertanto, nella loro così raggiunta dimensione interaziendale, vengono a costituire il core team della *Breast Unit* che si configurerà come un servizio interaziendale ad alta integrazione ospedale-territorio. All'interno di ogni *Breast Unit* dovrà essere determinata, avvalendosi dei criteri di accreditamento già citati e individuati sia dalle società scientifiche che dagli accordi Stato Regioni, la migliore organizzazione funzionale possibile, attraverso l'individuazione dei servizi e dei professionisti da dedicare totalmente o parzialmente alle attività per la cura dei tumori mammari. In tal senso l'offerta assistenziale dovrà anche contemplare quei servizi che hanno valenza regionale e quindi presenti in una sola sede. Inoltre le modalità principali di interconnessione tra le quattro *Breast Unit* dovranno contemplare:

- Adozione di PDTA per la mammella comuni a tutti i servizi della regione, elaborati sulla base delle evidenze scientifiche più attuali e della condivisione da parte di tutti gli operatori delle scelte operate e di continuo verificate.
- Azioni di confronto e verifica sulla efficienza ed efficacia dei servizi erogati secondo gli
 indicatori di qualità di cui alle linee guida dell'accordo Stato Regioni, coordinate dal
 livello regionale nell'ambito della rete oncologica regionale (ROR), in collaborazione
 con il registro dei tumori umbro di popolazione (RTPU).

Si conferma tale modello organizzativo e si costituisce la rete delle Breast Unit con Coordinatore della rete.

RETE NAZIONALI TUMORI RARI

L'incidenza dei tumori rari è di 5-6 nuovi casi/100.000/anno rappresentando il 20-25% di tutte le neoplasie.

I tumori rari solidi dell'adulto, il 15% di tutti i nuovi tumori maligni, appartengono alle seguenti famiglie:

- Tumori rari della cute (carcinoma degli annessi cutanei) e melanoma non cutaneo;
- Tumori rari del torace (neoplasie timiche, mesotelioma, tumori della trachea);
- Tumori rari urogenitali (tumori della pelvi renale, tumori dell'uretere e dell'uretra, tumori del pene) e tumori dell'apparato genitale maschile;
- Tumori rari dell'apparato genitale femminile (tumori non epiteliali dell'ovaio, tumori della vagina e tumori della vulva);
- Tumori neuroendocrini;
- Tumori rari dell'apparato digerente (tumori epiteliali dell'intestino tenue, carcinoma dell'ano, tumori delle vie biliari);
- Tumori delle ghiandole endocrine;
- Sarcomi (dei tessuti molli, ossei e viscerali, inclusi i tumori stromali gastrointestinali e i sarcomi dell'utero);
- Tumori del sistema nervoso centrale;
- Tumori rari della testa e del collo (tutti tranne il carcinoma della laringe e dell'ipofaringe).

Il problema dei tumori rari è pertanto rilevante non solo da un punto di vista assistenziale (la gestione clinica richiede sempre un approccio multidisciplinare/multiprofessionale, con necessità di expertise e competenze diffuse sul territorio), ma anche da un punto di vista dell'organizzazione dell'assistenza oncologica.

L'intesa Stato-Regioni del settembre 2017 ha attivato la Rete Nazionale dei Tumori Rari ed istituito il Coordinamento Funzionale della RNTR costituito da rappresentanti AGENAS, delle Direzioni Generali della Programmazione Sanitaria e della Prevenzione del Ministero della Salute, delle Regioni e P.A., dell'ISS, dell'AIFA; dell'Associazionismo oncologico, nonché da esperti delle Regioni e P.A. di tumori solidi dell'adulto, tumori pediatrici, tumori ematologici, malattie rare, tele- consultazione e diagnostica, rinnovato nella composizione con DM 7 maggio 2022.

L'obiettivo strategico della Rete Nazionali Tumori Rari è di garantire la massima qualità di cura potenziando l'operatività dei centri di riferimento su tali neoplasie affinché possano farsi carico dei pazienti direttamente o attraverso la collaborazione clinica in rete.

Il funzionamento segue un modello di tipo "hub and spoke": tutti i centri selezionati dalle Regioni e dal Ministero rappresenteranno centri "user" (spoke) in grado cioè di chiedere e ricevere tele- consulenze che verranno fornite da centri "provider" (hub) nell'ambito di tre reti professionali:

- rete per i tumori solidi dell'adulto coordinata dall'Istituto Nazionale Tumori di Milano
- rete per i tumori ematologici dell'adulto coordinata dal Policlinico Umberto I di Roma
- rete per i tumori pediatrici coordinata dal Presidio Infantile Regina Margherita di Torino.

La Rete Nazionale dei Tumori Rari deve inoltre interagire con le Reti Europee di Riferimento e con la rete EURACAN per i tumori rari solidi dell'adulto.

Al momento ha avuto luogo il processo di selezione dei centri "user" e "provider" della Rete, finalizzato con un Accordo Stato-Regioni del settembre 2023.

Si resta in attesa che sia definito un programma di sostenibilità della Rete e che si finalizzi una piattaforma informatica. Al momento L'Italian Sarcoma Group ha autonomamente finanziato una piattaforma informatica che provvisoriamente potrebbe essere utilizzata per la condivisione dei casi clinici in rete. Questa piattaforma è stata utilizzata in maniera sperimentale da pochi centri in Italia, tra cui l'Oncologia Medica di Perugia, per verificarne le criticità ed i possibili miglioramenti da apportare.

Ovviamente la collaborazione in Rete permetterà di generare ampi data base clinici, la possibilità dei pazienti di poter accedere a studi clinici e permetterà la creazione di "banche dei tessuti" per la ricerca traslazionale.

A livello regionale viene istituito e incardinato nella ROR il "centro organizzativo regionale per i tumori rari" così come previsto dal comma 3.3 All. A all'Intesa CSR 21/09/2017, e vengono individuati i referenti regionali per il rapporto con le 3 reti professionali nazionali:

- rete per i tumori solidi dell'adulto il comitato della rete provvederà a individuare il referente pro tempore;
- rete per i tumori ematologici dell'adulto Direttore S.C. Ematologia Perugia;
- rete per i tumori pediatrici Direttore S.C. Oncoematologia Pediatrica Perugia.

• RETE TUMORI PEDIATRICI

L'oncologia pediatrica si occupa dello studio e della cura delle neoplasie dell'età pediatrica. Il range di età teorico va dalla nascita ai 14 anni, limite che dovrebbe essere esteso a tutta l'adolescenza arrivando perlomeno ai 18 anni per garantire la continuità di cura.

In Italia si stima un'incidenza annua di 16.8/100.000 abitanti in età pediatrica. Negli ultimi decenni si è assistito ad un importante miglioramento delle probabilità di sopravvivenza a 5 anni: attualmente è dell'82% dei tumori dei bambini e 86% dei tumori degli adolescenti. Si stima inoltre che in Italia ci siano almeno 45.000 adulti guariti da un tumore contratto in età pediatrica e che ad essi ogni anno se ne aggiungano circa 1200.

Il miglioramento della sopravvivenza si ottiene riducendo il numero delle ricadute, migliorando le terapie di salvataggio, riconoscendo i fattori prognostici di tipo clinico e biologico ed i possibili target terapeutici, riducendo gli effetti collaterali a lungo termine, fornendo un adeguato e continuo follow-up e programmando la terapia di riabilitazione.

La sopravvivenza è migliorata grazie all'organizzazione dei centri di oncologia pediatrica italiani costantemente impegnati in studi scientifici che si traducono in protocolli diagnostici-terapeutici (studi clinici controllati e randomizzati) per individuare nuove e migliori terapie. L'Associazione italiana di Ematologia ed Oncologia Pediatrica (AIEOP) raccoglie prospetticamente informazioni su tutti i casi di neoplasia pediatrica.

Purtroppo nonostante un miglioramento prognostico per alcuni tumori i tassi di sopravvivenza per altre neoplasie (gliomi maligni, neuroblastoma metastatico, sarcomi delle ossa e delle parti molli metastatici) sono ancora bassi e rimasti invariati negli anni. Studi clinici e protocolli diagnostico- terapeutici sono fondamentali per individuare nuove e migliori terapie.

La presa in carico del malato pediatrico avviene con la presa in carico anche della famiglia e delle relative necessità e con il sostegno delle varie Associazioni di Genitori che collaborano in modo fattivo con i centri di oncologia ed ematologia pediatrica. AGENAS ha da poco definito la rete oncologica pediatrica che è parte integrante della RNTR.

Nella Regione Umbria è operativa la S.C. di Oncologia Pediatrica presso l'azienda Ospedaliera di Perugia che rappresenta il nodo della rete regionale e il Direttore si rapporta con la rete nazionale dei tumori pediatrici.

• MOLECOLAR TUMOR BOARD (MTB)

La DGR n. 1888 DEL 23/02/2022 ha portato alla Costituzione del Gruppo di lavoro interdisciplinare Molecular Tumor Board (MTB) di cui al D.L. n 152 del 06/11/2021 convertito in Legge n. 233 del 29/12/2021 e con la stessa DGR è stato dato mandato al gruppo di lavoro del MTB di definire: i criteri di selezione dei pazienti, i test da eseguire, i criteri per l'individuazione dei laboratori in cui eseguire le indagini di profilazione genomica (NGS), l'attivazione di uno specifico registro per il monitoraggio e la registrazione dei casi, la definizione di un Percorso Diagnostico Terapeutico specifico, i criteri per la definizione delle tariffe.

Con Decreto del 30 maggio 2023 (GU Serie Generale n.190 del 16-08-2023) "Istituzione dei Molecular tumor board e individuazione dei centri specialistici per l'esecuzione dei test per la profilazione genomica estesa Next generation sequencing (NGS)" è stato approvato il documento tecnico, «Istituzione dei Molecular tumor board e individuazione dei centri specialistici per l'esecuzione dei test per la profilazione genomica Next Generation Sequencing (NSG)», dando mandato alle Regioni entro novanta giorni dall'adozione del decreto, di provvedere all'istituzione dei Molecular tumor board e dei centri specialistici di cui all'art. 8, commi 1-bis e 1-ter del decreto-legge 6 novembre 2021, n. 152.

Con DGR n. 1240 del 27/11/2023 "Recepimento dell'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 - PON" e identificazione delle linee strategiche prioritarie regionali. Rete Oncologica Regionale dell'Umbria (ROR) e Molecular Tumor Board (MTB) – Determinazioni" è stato mandato di:

- recepire e fare proprio il Decreto 30 Maggio 2023 "Istituzione dei Molecular tumor board e individuazione dei centri specialistici per l'esecuzione dei test per la profilazione genomica estesa Next generation sequencing (NGS).";
- stabilire che la segreteria del MTB sarà allocata presso la sede del coordinamento della ROR;
- dare mandato al Coordinatore della R.O.R., in accordo con gli attuali componenti del MTB, di aggiornare la composizione del MTB e di definire un piano di attività per l'individuazione di:
 - o criteri di selezione dei pazienti;
 - test da eseguire;
 - o criteri per l'individuazione dei laboratori in cui eseguire le indagini di profilazione genomica (NGS);

- l'attivazione di uno specifico registro per il monitoraggio e la registrazione dei casi;
- o la definizione di un Percorso Diagnostico Terapeutico specifico;
- o i criteri per la definizione delle tariffe.

La proposta di un MTB multidisciplinare regionale risponde alla finalità di discutere le opzioni terapeutiche disponibili sulla base delle informazioni derivanti da analisi di NGS sul DNA tumorale ottenuto da biopsie di pazienti, oltre che provvedere ad una valutazione del rapporto costo/beneficio dei trattamenti considerati. Vi è ad oggi evidenza che l'implementazione di MTB istituzionali migliori il decorso clinico e gli esiti di pazienti sottoposti a profilo molecolare.

Il Molecular Tumor Board della Regione Umbria include varie professionalità, a cui sarà affidato il compito di definire indirizzi in materia di profilazione genomica nonché interpretare i dati provenienti dalle analisi molecolari del tumore di un paziente e di proporre la terapia più adeguata in base alle migliori conoscenze scientifiche.

Il MTB Regionale avrà come riferimento il Centro di Coordinamento nazionale unico che avrà non solo funzione di coordinamento ma anche di continuo aggiornamento dei criteri di eleggibilità dei pazienti alla luce dei risultati dei trattamenti effettuati e delle nuove acquisizioni scientifiche, nonché il compito di provvedere alla verifica del rispetto dei criteri di appropriatezza definiti dell'intero percorso dalla profilazione alla prescrizione fino al successivo effetto clinico.

Come da mandato Il Coordinatore della ROR ha avviato i lavori per la revisione del MTB che sarà approvato dalla costituenda ROR, con l'individuazione del relativo coordinatore.

• UNIVERSITA' E ROR

L'Università ha un ruolo importante nelle Reti Oncologiche Regionali. Il "Piano Oncologico Nazionale: documento di pianificazione e indirizzo per la prevenzione e il contrasto del cancro 2023-2027" pone l'Università fra gli attori più frequentemente coinvolti nella realizzazione degli obiettivi strategici previsti nei vari capitoli del Piano. Ovviamente l'Università può dare un contributo importante a vari livelli: formazione, ricerca e assistenza.

La formazione è parte integrante di tutte le strategie, elemento trasversale di obiettivi e di programmi, strumento essenziale per accrescere le competenze degli operatori sanitari, alla base di tutti i processi legati alla promozione della salute che include anche l'attenzione ai corretti stili di vita e alla presa in carico dei pazienti.

In oncologia, la formazione professionale, dai percorsi universitari sino alla formazione permanente e continua dei singoli operatori, è da considerarsi uno dei migliori investimenti per garantire alti livelli di performance. Una cura del cancro di alta qualità dipende da un personale altamente qualificato. I pazienti meritano la migliore assistenza possibile e gli operatori sanitari hanno bisogno di sostegno per assicurarsi di poter ricevere formazione e continuare ad aggiornare le proprie competenze nel corso della loro vita professionale.

La formazione in oncologia deve essere trasversale a tutte le aree e fasi di intervento, dalla prevenzione, che include l'attenzione ai corretti stili di vita (eliminazione del fumo di tabacco, riduzione del consumo di bevande alcoliche, riduzione dell'alimentazione eccessiva, favorire l'attività fisica, etc.) ed a promuovere una riduzione dell'inquinamento (dell'aria, del suolo,

dell'esposizione a radiazioni ultraviolette di origine solare, etc.), alla diagnosi, dalla terapia alle cure palliative e alla riabilitazione.

E' necessario prevedere interventi formativi fortemente dinamici, perché riguardanti un settore in continua evoluzione per quanto riguarda i modelli assistenziali, le innovazioni tecnologiche e gli aspetti indispensabili di umanizzazione e di rispetto della persona.

Per garantire un'adeguata capacità di gestione dell'innovazione tecnico-scientifica, il piano Europeo di lotta contro il cancro propone di utilizzare la formazione e l'istruzione continua anche in materia di competenze digitali, intelligenza artificiale, genomica e medicina personalizzata, per rafforzare il carattere multidisciplinare del personale impegnato nella lotta contro il cancro.

La formazione deve inoltre prestare particolare attenzione alla qualità della vita e al benessere dei pazienti e quindi al controllo dei sintomi del tumore e degli effetti collaterali dei trattamenti antitumorali comprendendo anche il sostegno psicologico, psicosociale e nutrizionale oltre alla responsabilizzazione del paziente.

Particolare attenzione va dunque posta alla programmazione di percorsi formativi continui rivolti al personale sanitario ed ai volontari delle associazioni di volontariato.

I temi della comunicazione e della gestione delle relazioni vanno inseriti nei percorsi formativi di laurea e post laurea. Per quanto riguarda i corsi di laurea e fondamentale il ruolo del MUR per l'adeguamento dei percorsi di formazione attualmente previsti.

E' altresì fondamentale programmare la formazione per i pazienti ed i caregiver, affinché possano partecipare attivamente e con consapevolezza nelle scelte di diagnosi e cura e sviluppare comportamenti utili a potenziarne l'efficacia. L'educazione del paziente deve ricoprire la prevenzione primaria e secondaria, nonché l'impatto dei progressi scientifici.

Il coinvolgimento dei pazienti e dei caregiver, se adeguatamente formati, ha un ruolo di rilievo anche nella pianificazione dei servizi ospedalieri e del territorio ad essi dedicati e nel disegno dei progetti di ricerca.

La ricerca è molto importante. Nel nostro Paese, la ricerca e l'innovazione si declinano soprattutto in termini di nuove acquisizioni nel campo della prevenzione e della diagnosi precoce del cancro, delle nuove tecnologie nella terapia dei tumori e delle strategie multidimensionali e multiprofessionali dei processi assistenziali che prevedono anche interventi nell'ambito psico-sociale e di risposta ai nuovi bisogni dei lungo sopravviventi.

L'innovatività degli scenari generati dalla ricerca in oncologia, con l'introduzione di nuovi farmaci ad alto costo, impongono una definizione di appropriatezza sulla base delle evidenze scientifiche acquisite e un adeguamento delle strategie di ricerca per la validazione di biomarcatori specifici per la caratterizzazione della neoplasia, il rilevamento precoce di metastasi e la valutazione della sensibilità e delle resistenze (primarie o acquisite) a trattamenti antitumorali.

Particolarmente interessante potrebbe essere la ricerca che risponde ai seguenti quesiti: a) identificazione di biomarcatori di imaging predittivi della risposta alla terapia; b) identificazione di biomarcatori in grado di identificare precocemente la risposta alla terapia; c) valutazione della dinamica di risposta delle singole lesioni metastatiche al fine di identificare precocemente lesioni portatrici di cloni resistenti, su cui intervenire selettivamente con cure alternative.

A livello assistenziale l'Università può concorrere a stimolare la necessità della presa in carico del malato oncologico, favorendo l'accoglienza dei pazienti neoplastici nei nodi della rete, la multidisciplinarietà e multiprofessionalità dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM) di patologia, l'organizzazione dei percorsi diagnostici-terapeutici assistenziali (PTDA), che permettono di valutare il rispetto delle migliori procedure diagnostiche e terapeutiche per le varie neoplasie e l'eventuale correzione di anomalie. Inoltre l'Università potrebbe sostenere l'integrazione dell'attività ospedaliera con quella territoriale per garantire la continuità assistenziale, permettere di adottare in modo sistematico soluzioni di telemedicina etc. Sempre da un punto di vista assistenziale importante può essere lo sviluppo delle scuole di specializzazione in cure palliative o l'organizzazione di master in medicina e cure palliative. A livello epidemiologico l'Università può contribuire insieme al Ministero della Salute, le Regioni, l'ISS e l'AGENAS a completare l'iter di istituzione della Rete Nazionale dei registri tumori e garantire il processo di costituzione e la piena funzionalità operativa in tutte le aree del Paese della Rete dei Registri Tumori Regionali, valorizzando le esperienze esistenti anche attraverso la costituzione di reti regionali. Inoltre l'Università può intervenire nella definizione degli standard di funzionamento dei Registri tumori attraverso l'individuazione di requisiti organizzativi, tecnologici e strumentali ottimali, nonché dei flussi informativi necessari e delle modalità di accesso ai dati. Infine può promuovere i percorsi di formazione continua per gli operatori dei Registri e la ricerca e valutazione dei servizi per il miglioramento delle cure permettendo un sistema di sorveglianza epidemiologica di assoluto valore.

NUCLEO OPERATIVO DI VALUTAZIONE

Viene istituito il gruppo regionale di valutazione, monitoraggio e controllo per la verifica dei requisiti essenziali e delle performance della ROR costituito dagli Specialisti Oncologici individuati dalle Aziende Sanitarie e che hanno effettuato il Corso per Esperti di valutazione e facilitazione delle reti oncologiche regionali che allo stato attuale sono i seguenti:

- o Dr.ssa De Angelis Verena Azienda Ospedaliera di Perugia
- o Dr.ssa Mosillo Claudia Azienda Ospedaliera di Terni
- o Dr.ssa Giglietti Antonella Usl Umbria 2
- o Dr. Montedoro Michele Usl Umbria 1

Il Comitato di coordinamento della rete, in caso di avvicendamenti provvederà alle sostituzioni.

 LIVELLO OPERATIVO - CONFIGURAZIONE DELLE SEDI DI I E II LIVELLO DELLA RETE ONCOLOGICA REGIONALE

Area Medica

		Rete onco	logica sedi	mediche	
DESCRIZIONE STRUTTURA	TIPOLOGIA OSPEDALE	II livello	I livello	I livello AMB.	GOM
OSPEDALE DI CITTA' DI CASTELLO	DEA I		Х		Х
OSPEDALE DI UMBERTIDE	BASE			Χ	Х
OSPEDALE DI GUBBIO - GUALDO TADINO	DEA I		Х		Х
OSPEDALE DI CASTIGLIONE DEL LAGO	BASE			Χ	Х
OSPEDALE DI ASSISI	BASE			Χ	Х
OSPEDALE MEDIA VALLE DEL TEVERE	BASE			Χ	Х
OSPEDALE DI FOLIGNO	DEA I		Х		Х
OSPEDALE DI SPOLETO	DEA I		Х		Х
OSPEDALE DI ORVIETO	DEA I		Х		Х
OSPEDALE DI NARNI	BASE			Х	Х
OSPEDALE DI PERUGIA	DEA II	Χ			Х
OSPEDALE DI TERNI	DEA II	Χ			Х

Il primo livello ambulatoriale opera con posti letto tecnici.

Area Chirurgica

Per la definizione delle sedi chirurgiche di II e I livello sono stati presi in considerazione gli standard fissati per volumi ed esiti dal PNE, i dati di produzione degli ospedali paragonati ai valori soglia definiti per tipologia di tumore e il fabbisogno regionale per garantire le soglie, gli indici di fuga, gli indici di attrazione nonché le raccomandazioni AGENAS.

L'individuazione delle sedi è fondamentale per rispettare i volumi soglia per tipologia di tumore, recuperare la parcellizzazione oggi presente al fine di individuare lei sedi di riferimento regionale per il trattamento chirurgico delle patologie oncologiche che possano consentire di recuperare mobilitò passiva e incrementare anche la mobilità attiva

Mammella

Per questa tipologia di tumore, sulla base dei dati di contesto (fabbisogno dei residenti umbri pari a 922 nel 2022), si confermano le 4 Breast Unit come strutture di riferimento.

	Rete oncologica - mammella					
DESCRIZIONE STRUTTURA TIPOLOGIA OSPEDALE	II livello	I livello	GOM OPERATIVO	VOLUME SOGLIA		
OSPEDALE DI CITTA' DI CASTELLO	DEA I	Χ		Aziendale	150	
OSPEDALE DI FOLIGNO	DEA I	Χ		Aziendale	150	
OSPEDALE DI PERUGIA	DEA II	X		Aziendale	150	

OSPEDALE DI TERNI	DEA II	Χ	Aziendale	150

Pancreas

Per questa tipologia di tumore, sulla base dei dati di contesto (fabbisogno dei residenti umbri pari a 47 nel 2022), si conferma la sola Azienda Ospedaliera di Perugia come struttura di riferimento come definito con la DGR 59/2024 strutturando la "Pancreas Unit".

DESCRIZIONE STRUTTURA	Rete oncologica – pancreas						
	TIPOLOGIA	II livello	l livello	GOM	VOLUME		
	OSPEDALE	II IIVEIIO		OPERATIVO	SOGLIA		
OSPEDALE DI PERUGIA	DEA II	Х		Regionale	50		

Polmone

Per questa tipologia di tumore, sulla base dei dati di contesto (fabbisogno dei residenti umbri pari a 196 nel 2022), si individuano le due sedi di II livello dove trattare tale casistica.

	Rete oncologica – polmone						
DESCRIZIONE STRUTTURA	TIPOLOGIA	II livello	I livello	GOM	VOLUME		
	OSPEDALE		OPERATIVO	SOGLIA			
OSPEDALE DI PERUGIA	DEA II	X		Interaziendale	85		
OSPEDALE DI PEROGIA	DEAII	^		AO PG- USL 1	65		
OSPEDALE DI TERNI	DEATI	V		Interaziendale	O.F.		
OSPEDALE DI TERNI	DEA II	Х		AO TR- USL 2	85		

Stomaco

Per questa tipologia di tumore, sulla base dei dati di contesto (fabbisogno dei residenti umbri pari a 116 nel 2022), si individuano i due HUB e in evoluzione la strutturazione, entro un anno, di un solo centro di riferimento regionale c/o l'Azienda Ospedaliera di Perugia "Cancer Unit" così come definito con la DGR 59/2024.

		Rete oncologica – stomaco					
DESCRIZIONE STRUTTURA	TIPOLOGIA OSPEDALE	II livello	I livello	GOM	VOLUME SOGLIA		
OSPEDALE DI PERUGIA	DEA II	Х		Interaziendale AO PG- USL 1	20		
OSPEDALE DI TERNI	DEA II	Х		Interaziendale AO TR- USL 2	20		

Prostata

Per questa tipologia di tumore, sulla base dei dati di contesto (fabbisogno dei residenti umbri pari a 347 nel 2022), si individuano le sedi di II e I livello

	Rete oncologica - mammella					
DESCRIZIONE STRUTTURA	TIPOLOGIA OSPEDALE	II livello	I livello	GOM	VOLUME SOGLIA	
OSPEDALE DI PERUGIA	DEA II	Х		Interaziendale	30	
OSPEDALE DI GUBBIO-GUALDO TADINO	DEA I		Х	AO PG- USL 1	30	
OSPEDALE DI TERNI	DEA II	Х		Interaziendale	30	
OSPEDALE DI SPOLETO	DEA I		Х	AO TR- USL 2	30	

Utero

Per questa tipologia di tumore, sulla base dei dati di contesto (fabbisogno dei residenti umbri pari a 186 nel 2022), si individuano le sedi di II e I livello

	Rete oncologica - utero					
DESCRIZIONE STRUTTURA	TIPOLOGIA OSPEDALE	II livello	I livello	GOM OPERATIVO	VOLUME SOGLIA	
OSPEDALE DI PERUGIA	DEA II	Χ		Interaziendale	20	
OSPEDALE DI CITTA' DI CASTELLO	DEA I		Х	AO PG- USL 1	20	
OSPEDALE DI TERNI	DEA II	Х		Interaziendale	20	
OSPEDALE DI SPOLETO	DEA I		X	AO TR- USL 2	20	

Ovaio

Per questa tipologia di tumore, sulla base dei dati di contesto (fabbisogno dei residenti umbri pari a 49 nel 2022), è necessario individuare una sede di II livello fra l'Ospedale di Perugia o l'Ospedale di Terni anche per definire l'equipe specialistica per il trattamento di questa tipologia di tumore.

	Rete oncologica – ovaio					
DESCRIZIONE STRUTTURA	TIPOLOGIA OSPEDALE	II livello	I livello	GOM OPERATIVO	VOLUME SOGLIA	
OSPEDALE DI PERUGIA	DEA II	Х		Interaziendale AO PG- USL 1	20	
OSPEDALE DI TERNI	DEA II	X		Interaziendale AO TR- USL 2	20	

Colon

Per questa tipologia di tumore, sulla base dei dati di contesto (fabbisogno dei residenti umbri pari a 631 nel 2022), si individuano le sedi di II e I livello

	Rete oncologica - utero						
DESCRIZIONE STRUTTURA	TIPOLOGIA OSPEDALE	II livello	I livello	GOM OPERATIVO	VOLUME SOGLIA		
OSPEDALE DI CITTA' DI CASTELLO	DEA I		Х	aziendale	50		
OSPEDALE DI GUBBIO-GUALDO TADINO	DEA I		Х	aziendale	50		
OSPEDALE DI FOLIGNO	DEA I		Х	aziendale	50		
OSPEDALE DI SPOLETO	DEA I		Х	aziendale	50		
OSPEDALE DI ORVIETO	DEA I		Х	aziendale	50		
OSPEDALE DI PERUGIA	DEA II	Х		aziendale	50		
OSPEDALE DI TERNI	DEA II	X		aziendale	50		

Retto

Per questa tipologia di tumore, sulla base dei dati di contesto (fabbisogno dei residenti umbri pari a 63), si individuano le due sedi di Il livello dove trattare tale casistica.

	Rete oncologica – retto					
DESCRIZIONE STRUTTURA	TIPOLOGIA OSPEDALE	II livello	I livello	GOM OPERATIVO	VOLUME SOGLIA	
OSPEDALE DI PERUGIA	DEA II	Х		Interaziendale AO PG- USL 1	25	
OSPEDALE DI TERNI	DEA II	Х		Interaziendale AO TR- USL 2	25	

Melanoma

Per questa tipologia di tumore, sulla base dei dati di contesto si individuano le due sedi di II livello dove trattare tale casistica.

DESCRIZIONE STRUTTURA	Rete oncologica – melanoma					
	TIPOLOGIA OSPEDALE	II livello	I livello	GOM OPERATIVO		
OSPEDALE DI PERUGIA	DEA II	Х		Regionale		
OSPEDALE DI TERNI	DEA II	Χ		Regionale		

IMPLEMENTAZIONE DELL'INTEGRAZIONE DELLE ATTIVITÀ OSPEDALIERE CON QUELLE TERRITORIALI, SANITARIE E SOCIO-SANITARIE

L'obiettivo principale della rete è assicurare la realizzazione della presa in carico globale dell'assistito, evitando anche discontinuità nell'assistenza al paziente all'atto della de-ospedalizzazione, garantendo nei servizi territoriali il completamento del programma terapeutico-assistenziale.

Le attività svolte dalle cure primarie e dai servizi territoriali rivestono un ruolo fondamentale nell'assistenza al paziente oncologico, da prima della fase sintomatica della malattia, attraverso la promozione di stili di vita sani e diagnosi precoce, e durante tutto il percorso di cura.

Il coinvolgimento dei servizi territoriali, con la partecipazione dei Dipartimenti di Prevenzione, dei Distretti, dei MMG, dei PLS, degli specialisti ambulatoriali, della Rete delle Cure Palliative e del terzo settore può dunque concretizzarsi nel:

- promuovere la salute attraverso misure di prevenzione primaria;
- favorire l'adesione ai percorsi di prevenzione secondaria rivolti al cambiamento dei fattori di rischio (prescrizione dell'esercizio fisico, counseling nutrizionale, disassuefazione del tabagismo);
- favorire l'adesione agli screening di popolazione e la presa in carico dei casi risultati positivi per garantire la continuità assistenziale;
- migliorare la tempestività diagnostica attraverso un ragionato e consapevole uso delle indagini strumentali;
- rendere concreta la legittima richiesta di equità nell'accesso alle cure con punti di accoglienza nella rete individuabili anche attraverso i siti informatici delle Aziende e della Rete Oncologica Regionale, con denominazioni uguali nelle Reti Regionali;
- facilitare il percorso che porta dall'accoglienza oncologica alla presa in carico sistematica e continuativa di ogni nuovo paziente, da parte del Gruppo Oncologico Multidisciplinare pertinente;
- promuovere una applicazione diffusa in tutto il territorio regionale dei PDTA per patologia;
- programmare un razionale percorso di follow-up con coinvolgimento dei MMG, PLS, specialisti ambulatoriali e altre figure deputate alla cura dei pazienti oncologici (nutrizionisti, specialisti della fertilità, infermieri case-manager ecc.);
- valutare, già durante il ricovero, le condizioni cliniche e socio-assistenziali, al fine di indirizzare il paziente al percorso assistenziale più idoneo da seguire alla dimissione;
- favorire la continuità assistenziale con procedure di dimissione protetta e conseguente presa in carico da parte dei servizi di assistenza domiciliare, nei nodi della Rete di Cure Palliative e delle strutture residenziali, a seconda del setting più appropriato alla fase del percorso, sulla base di una procedura formalizzata;
- assicurare la possibilità di interventi riabilitativi facilitanti il reinserimento sociale;
- garantire l'effettiva rappresentatività dei pazienti organizzata in associazioni;
- garantire ai guariti e ai lungo sopravviventi tutte le prestazioni necessarie, tra le quali è da considerare rilevante la psico-oncologia, per un supporto ed una consulenza continuativa.

Sarà essenziale consentire a tutte le strutture della Rete di accedere agli elementi informativi indispensabili per ricostruire la storia clinica di ciascun paziente oncologico e assicurare una gestione unitaria delle prenotazioni delle prestazioni che caratterizzano il percorso di cura.

Inoltre sarà opportuno prevedere campagne di comunicazione e informazione per tutti i cittadini, sulle opportunità offerte dalla organizzazione a rete.

PUNTI DI ACCESSO DELLE RETI

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

L'accesso deve poter avvenire in tutti i nodi della rete che vanno dal territorio all'ospedale.

L'avvio al percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale potrà avvenire dal:

- percorso screening per le patologie screening detected: prevede, una volta diagnosticata la neoplasia, l'affidamento al PDTA per la scelta della sede di trattamento e al case manager;
- percorso urgenze-emergenze: in caso di sospetta diagnosi di neoplasia durante un accesso in urgenza all'ospedale, cui non segua un ricovero, il paziente dovrà essere affidato ad uno dei centri di accesso al PDTA, dal quale sarà inviato al GOM pertinente per patologia;
- percorso intraospedaliero: i pazienti ai quali viene fatta diagnosi di tumore durante un episodio di ricovero, verranno discussi e presi in carico dallo specifico GOM nell'ambito di un PDTA (oncologico o ematologico, case manager);
- percorso ambulatoriale: a seguito di sospetto o con reperto obiettivo di neoplasia (MMG o altro specialista), il paziente potrà essere inviato alla prima visita oncologica presso la struttura in cui opera un GOM oncologico o un ematologo più vicina alla residenza.

Una volta che il paziente accederà al PDTA specifico, da lì in poi inizierà la presa in carico e la discussione collegiale multidisciplinare per definire il percorso diagnostico terapeutico. Il paziente avrà sempre un medico ed un case manager di riferimento e potranno esserci altri specialisti coinvolti nelle varie fasi diagnostico-terapeutiche. Nei punti di accesso dovrebbero essere disponibili anche un infermiere, per raccogliere le informazioni utili per il piano assistenziale per tener conto dei problemi psicologico-relazionali, sociali, familiari dei malati, e un amministrativo, che provveda a tutte le prenotazioni, anche degli esami che si debbano eseguire presso altre strutture e delle pratiche burocratiche, quali le procedure per l'esenzione del ticket per patologia. Altre figure professionali potranno essere previste per ciascun punto di accesso quali: psico-oncologi e assistenti sociali per i casi più problematici, nei quali, potrebbe essere difficile assicurare la corretta compliance dei malati ai trattamenti indicati senza una presa in carico da parte di questi operatori.

Allegato A

SERVIZI E COMPETENZE DI I E II LIVELLO

SERVIZI DI II LIVELLO

AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA II LIVELLO				
	Oncologia Medica			
Servizi con competenza	■ Ematologia e Trapianto			
oncologica:	Oncoematologia Pediatrica			
	■ Radioterapia Oncologica			
	 Anatomia patologica 			
Servizi con competenza	■ Farmacia Ospedaliera			
oncologica generale:	■ Laboratorio analisi			
	■ Medicina nucleare			
	■ Nutrizione			
	■ Psico-oncologia			
	■ Radiologia			
	 Servizio Immunotrasfusionale 			
	■ Chirurgia Generale e Specialistiche			
Servizi non oncologici	Chirurgia Senologica			
ma con prevalente interesse	Chirurgia toracica			
oncologico di una loro branca:	■ Dermatologia			
	■ Gastroenterologia			
	■ Ginecologia			
	Medicina del lavoro			
	 Medicina interna e specialistiche 			
	Neurochirurgia			
	Otorinolaringoiatria			
	■ Pneumologia			
	■ Urologia			
	 Altre U.O. mediche interessate 			
	 Altre U.O. chirurgiche interessate 			

AZIENDA OSPEDALIERA DI TERNI II LIVELLO					
	Oncologia Medica				
Servizi con competenza	 Oncoematologia 				
oncologica:	Radioterapia Oncologica				
	Anatomia patologica				
Servizi con competenza	Farmacia Ospedaliera				
oncologica generale:	Laboratorio analisi				
	Medicina nucleare				
	■ Nutrizione				
	Psico-oncologia				
	■ Radiologia				
	Servizio Immunotrasfusionale				
	Chirurgia Generale e Specialistiche				
Servizi non oncologici	Chirurgia Senologica				
ma con prevalente interesse	Chirurgia toracica				
oncologico di una loro branca:	Dermatologia				
chicaregree an ania rene arranear	 Gastroenterologia 				
	■ Ginecologia				
	Medicina del lavoro				
	 Medicina interna e specialistiche 				
	Neurochirurgia				
	 Otorinolaringoiatria 				
	■ Pneumologia				
	Urologia				
	 Altre U.O. mediche interessate 				
	 Altre U.O. chirurgiche interessate 				

SERVIZI DI I LIVELLO

ASL 1 SEDI DI I LIVELLO					
Servizi ospedalieri con competenza oncologica	 Oncologia Medica Ospedali di Città di Castello e di Gubbio-Gualdo Tadino Oncologia ambulatoriale Ospedali di Base di Assisi, Castiglion del Lago. Media Valle del Tevere e Umbertide Radioterapia oncologica Ospedale di Città di Castello 				
Servizi con competenza oncologica generale di livello aziendale	 Anatomia patologica Cure Palliative e Hospice adulti Cure Palliative e Hospice pediatrico Farmaceutica Ospedaliera e Territoriale Laboratorio analisi Nutrizione Psico-oncologia Radiologia di Città di Castello e Gubbio-Gualdo Tadino Screening Oncologici Servizio Immunotrasfusionale 				
Servizi ospedalieri non oncologici ma con prevalente interesse oncologico di una loro branca:	 Chirurgia Generale Ospedali di Città di Castello e di Gubbio-Gualdo Tadino Chirurgia Senologica Ospedale di Città di Castello Gastroenterologia Ginecologia Ospedali di Città di Castello e di Gubbio-Gualdo Tadino Medicina Generale Ospedali di Città di Castello e di Gubbio-Gualdo Tadino Otorinolaringoiatria Urologia Altre U.O. mediche interessate (Ospedali di Base di Assisi, Castiglion del Lago. Media Valle del Tevere e Umbertide) Altre U.O. chirurgiche interessate 				
Servizi territoriali non oncologici ma con prevalente interesse oncologico	 Direttori Distretti Cure Domiciliari Dipartimenti di Prevenzione MMG PLS Assistenza Specialistica Ambulatoriale 				

ASL 2 SEDI DI I LIVELLO					
Servizi ospedalieri con	■ Oncologia Medica Ospedali di Foligno, di Spoleto e di				
competenza oncologica	Orvieto				
	 Oncologia ambulatoriale Ospedali di Base di Narni 				
	 Radioterapia oncologica Ospedale di Spoleto 				
	IORT Ospedale di Foligno				
	Anatomia patologica				
Servizi con competenza	Cure Palliative e Hospice adulti				
oncologica generale di livello	Farmaceutica Ospedaliera e Territoriale				
aziendale	Laboratorio analisi				
	Medicina Nucleare				
	■ Nutrizione				
	■ Psico-oncologia				
	Radiologia di Foligno-Spoleto e di Orvieto				
	Screening Oncologici				
	Servizio Immunotrasfusionale				
	Chirurgia Generale Ospedali di Foligno, di Spoleto e di				
Servizi ospedalieri non	Orvieto				
oncologici ma con prevalente	Chirurgia Senologica Ospedale di Foligno				
interesse oncologico di una	Gastroenterologia Giaccologia Consololi di Soligno, di Sucleta e di Omista				
loro branca:	Ginecologia Ospedali di Foligno, di Spoleto e di Orvieto Madicine, Canadali di Foligna, di Spoleta a di				
	 Medicina Generale Ospedali di Foligno, di Spoleto e di Orvieto Otorinolaringoiatria 				
	■ Urologia				
	Altre U.O. mediche interessate				
	Altre U.O. chirurgiche interessate				
Servizi territoriali non	■ Direttori Distretti				
oncologici ma con prevalente	Cure Domiciliari				
interesse oncologico					
interesse offeologico	Dipartimenti di Prevenzione				
	■ MMG				
	■ PLS				
	Assistenza Specialistica Ambulatoriale				

COMPETENZE DEI SERVIZI ONCOLOGICI DELLE AZIENDE SANITARIE

	VIZI UNCOLUGICI DELLE AZIENDE SANITARIE
	 Attività di ricerca di base legata alla presenza dei Dipartimenti Universitari.
	Ricerca "translazionale", cioè in grado di trasferire rapidamente nella
	pratica clinica quelli che sono i risultati delle ricerche più avanzate.
FUNZIONI ESCLUSIVE	Didattica con corsi di specializzazione e master di livello universitario
DEI SERVIZI	■ Esecuzione o completamento delle indagini volte alla
DI II LIVELLO	caratterizzazione biologica delle neoplasie con l'utilizzo di tecniche di
	biologia molecolare. E' da porre in rilievo che tale studio oltre che
	elemento di punta della ricerca clinica, è diventato parte integrante
	anche della pratica clinica essendo in grado di condizionare in molti
	casi le valutazioni prognostiche e le scelte terapeutiche. • Presenza nei poli di tutte le specialità e tra queste la neurochirurgia
	e la chirurgia toracica,
	Presenza dei GOM operativi relativi a tutte le principali neoplasie di
	livello aziendale o interaziendale.
	Accoglienza oncologica e prime visite
	Diagnostica per immagini per la diagnosi e la stadiazione
	Valutazione anatomo-patologica e caratterizzazione biologica delle
	neoplasie con tecniche di biologia molecolare, ove presente
COMPETENZE COMUNI	■ Trattamento chirurgico sia a carattere generale che specialistico
TRA	d'organo – come individuati per l'area chirurgica
II E I LIVELLO	■ Terapia medica in day-hospital ed ambulatorio nell'ambito di
III E I EI VELLO	protocolli standard o di ricerca concordati nell'ambito della Rete.
	■ Radioterapia presente nei due HUB e per la ASL 1 presso l'Ospedale
	di Città di Castello e per la ASL 2 presso l'Ospedale di Spoleto.
	Formazione del personale
	Attività di ricerca clinica, anche se va considerato che questa è
	ovviamente prevalente nei poli dove si è già accumulata una
	esperienza rilevante di cui fanno fede centinaia di pubblicazioni
	scientifiche su riviste "peer reviewed".
FUNZIONI ESCLUSIVE	E' riservato invece il compito esclusivo di gestire l'organizzazione degli screening di popolazione ed altri programmi di prevenzione in
	collaborazione con gli altri centri dedicati della rete e di collaborare con
DEI SERVIZI	i centri e presidi territoriali per l'assistenza domiciliare favorendo
DI I LIVELLO	l'integrazione con le cure palliative e le attività delle associazioni di
	volontariato. (Legge 38 del 15 marzo 2010)
	Gli Spoke partecipano alla gestione globale del paziente garantendone
	il primo trattamento, l'eventuale invio all'Hub nell'ambito della logica
ATTIVITA' INTEGRATE	di qualità della rete e la ripresa in carico per il follow-up.
TRA II E I LIVELLO	La condivisione tra sedi di I e di II livello di protocolli assistenziali
	uniformi garantisce che il percorso assistenziale sia realizzato in modo
	unitario e integrato in un'ottica di rete anche se le prestazioni sono
	erogate da strutture differenti. Questa collaborazione si deve
	estendere dalla pratica clinica alla ricerca che ormai vanno considerate
	elementi indissolubili del progresso scientifico in campo oncologico

CRONOPROGRAMMA

	mag-24	giu-24	lug-24	ago-24	set-24	ott-24	nov-24	dic-24
Aggiomamento Rete Oncologica Regionale (R.O.R.)								
Malecolar Tumor Board								
Individuazione componenti Rete con D.D.								ě.
Strutturazione PDTA Mammella								
Strutturazione PDTA Polmone								
Strutturazione PDTA Colon-Retto						8		
Strutturazione PDTA Prostata								
Strutturazione altri PDTA							10	
Aggiornamento annuale del piano di rete da parte degli organismi di coordinamento anche con valutazione degli aspetti e delle tematiche che necessitano di intersettorialità o rapporti inter regionali								
Individuazione delle risorse specifiche e del finanziamento per la piena operatività della rete e dei nodi della rete								
Definizione del programma di accreditamento delle strutture della rete								
Definizione strumenti per indagare la Customer Satisfaction (qualità percepita, coinvolgimento portatori di interesse)								
Definizione strumenti di diffusione delle informazioni in un ottica di trasparenza ed accountability								
Applicazione strumenti individuati								
Ricerca clinica								
Formazione								
Monitoraggio verifica mantenimento requisiti da parte della rete								
Monitoraggio risorse per le strutture della rete								15
Monitoraggio degli obiettivi e degli indicatori di volume e di processo dei PDTA e analisi della mobilità								

