



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

DELIBERAZIONE N. 4/25 DEL 30.01.2018

Oggetto: Primi indirizzi per lo sviluppo di un programma e di un modello organizzativo della rete oncologica regionale.

L'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, con nota n. 100311 del 2018, richiama il documento di "Ridefinizione della rete ospedaliera della Regione autonoma della Sardegna" approvata dal Consiglio Regionale in data 25.10.2017, che individua nelle reti assistenziali "l'obiettivo organizzativo prioritario per il superamento della frammentarietà dell'assistenza e il luogo in cui assicurare, anche attraverso collegamenti telematici informatizzati, la continuità della gestione dei problemi di salute dell'individuo e perseguendo l'efficienza del sistema nel prevenire ridondanze e duplicazioni inutili e fonte di diseconomie".

Nell'ambito delle reti considerate di interesse strategico dal documento di ridefinizione della rete ospedaliera, l'oncologia si configura come una disciplina che abbraccia sia le aree territoriali, sia quelle specialistiche ospedaliere che di ricerca; la definizione di un modello organizzativo di rete è considerata oggi la risposta ideale alla cura del paziente oncologico, in quanto funzionale al coordinamento dei predetti ambiti, al miglioramento della qualità assistenziale e al contenimento dei fenomeni di mobilità degli assistiti verso i centri che operano fuori regione.

Inoltre, l'attivazione di una rete oncologica regionale consente di superare la disomogeneità delle cure oncologiche garantendo diagnosi precoci e tempestive, sicurezza e qualità delle prestazioni, un approccio multidisciplinare e la presa in carico globale nell'intero percorso assistenziale.

L'Assessore riferisce che il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" pone a proprio fondamento gli obiettivi di miglioramento della qualità dell'assistenza, della sicurezza e umanizzazione delle cure. Il decreto prevede che nell'ambito del disegno globale della rete ospedaliera sia necessario adottare misure per assicurare la piena integrazione dell'ospedale con gli altri servizi territoriali attraverso l'adozione di linee guida per la gestione integrata dei percorsi diagnostico-terapeutici per le patologie complesse e a lungo termine, in particolare quelle oncologiche.



Nel quadro delineato, continua l'Assessore, la Regione Sardegna ha avviato una serie di interventi volti a ridisegnare le reti assistenziali e ad integrarle in un unico sistema di gestione che consenta di migliorare la qualità dell'assistenza, offrendo agli assistiti i più adeguati riferimenti di cura in rapporto all'intensità dei livelli assistenziali richiesti.

Nell'ambito delle cure oncologiche è stato istituito in Assessorato un gruppo di progetto con l'obiettivo di definire i primi indirizzi per la realizzazione della rete oncologica regionale secondo un modello organizzativo che favorisca la collaborazione e la sinergia tra i professionisti, la diffusione di conoscenze e la condivisione collegiale di protocolli di cura, al fine di garantire un'opzione terapeutica efficace, appropriata e sostenibile.

L'Assessore riferisce, in conclusione, che il gruppo di progetto ha redatto un "Programma di sviluppo della Rete Oncologica", allegato alla presente deliberazione. Il documento muove dall'analisi dei dati epidemiologici della patologia oncologica a livello regionale e dalla valutazione dei volumi di attività e delle criticità dell'attuale offerta assistenziale, per definire un primo piano di intervento su cui articolare la proposta organizzativa della Rete Oncologica della Regione Sardegna, con l'identificazione dei centri di riferimento per patologia, che sarà sviluppata e aggiornata dal Coordinamento oncologico regionale istituito con Decreto assessoriale n. 36 del 20.12.2017 e dai Gruppi di Lavoro specifici per le attività correlate. In particolare il Coordinamento è chiamato a:

- sviluppare la rete regionale con l'identificazione di ruolo dei centri di riferimento per le principali patologie oncologiche, sulla base dei volumi minimi di attività, come previsto dal Programma Nazionale Esiti (PNE) e dal DM n. 70/2015 relativamente al rapporto volumi/esiti;
- sviluppare e declinare i rapporti funzionali tra gli Hub individuati dal documento di "Ridefinizione della rete ospedaliera della Regione autonoma della Sardegna" e gli altri centri di riferimento della rete;
- definire i percorsi di cura multidisciplinare e multi-professionale nell'ambito della continuità di cura tra il livello ospedaliero e il livello territoriale per assicurare al paziente oncologico i trattamenti più idonei;
- sviluppare adeguati sistemi di verifica attraverso la definizione di indicatori per il monitoraggio dell'appropriatezza dei percorsi di cura e del trattamento oncologico.

La Giunta regionale, condividendo la proposta dell'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale e considerato che il Direttore generale della Sanità ha espresso il parere favorevole di legittimità



DELIBERA

- di approvare il documento "Programma di sviluppo della Rete Oncologica", allegato alla presente deliberazione;
- di dare mandato al Coordinamento oncologico regionale istituito presso l'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza sociale, anche per tramite dei Gruppi di lavoro attivati dal medesimo Coordinamento, di definire, sviluppare e aggiornare la rete oncologica della Regione Sardegna, con l'identificazione dei centri di riferimento per patologia, attribuendo allo stesso i seguenti compiti:
 - sviluppare la rete regionale con l'identificazione di ruolo dei centri di riferimento per le principali patologie oncologiche, sulla base dei volumi minimi di attività, come previsto dal Programma Nazionale Esiti (PNE) e dal DM 70/2015 relativamente al rapporto volumi/esiti;
 - sviluppare e declinare i rapporti funzionali tra gli Hub individuati dal documento di "Ridefinizione della rete ospedaliera della Regione autonoma della Sardegna" e gli altri centri di riferimento della rete;
 - definire i percorsi di cura multidisciplinare e multi-professionale nell'ambito della continuità di cura tra il livello ospedaliero e il livello territoriale per assicurare al paziente oncologico i trattamenti più idonei;
 - sviluppare adeguati sistemi di verifica attraverso la definizione di indicatori per il monitoraggio dell'appropriatezza dei percorsi di cura e del trattamento oncologico.

Letto, confermato e sottoscritto

Il Direttore Generale

Alessandro De Martini

Il Presidente

Francesco Pigliaru

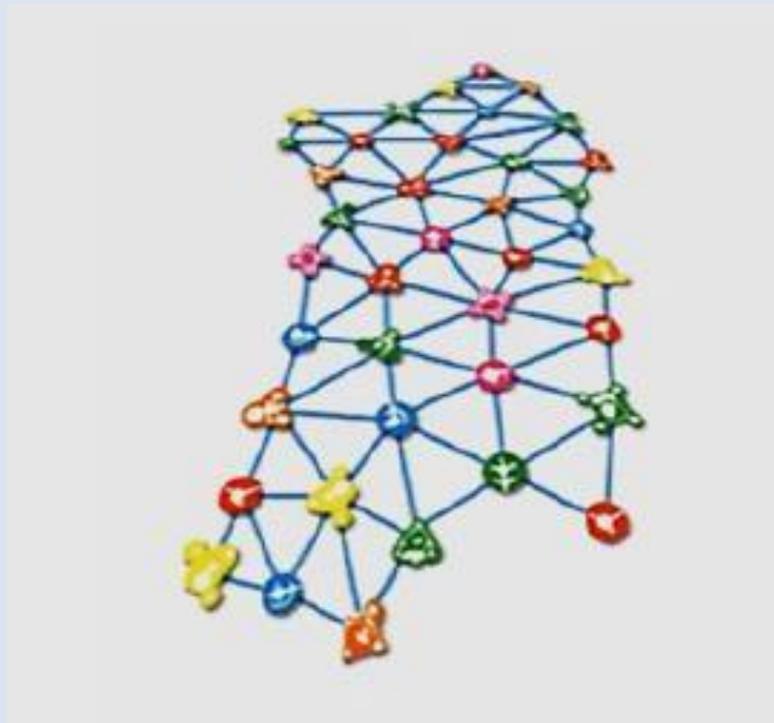


REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Allegato alla Delib.G.R. n. 4/25 del 30.1.2018

LA RETE ONCOLOGICA DELLA REGIONE SARDEGNA

Dall'analisi delle criticità alla definizione di un primo piano di intervento



**PROGRAMMA DI SVILUPPO DI UN MODELLO ORGANIZZATIVO
E PRINCIPI GENERALI DI FUNZIONAMENTO DELLA RETE**



1. Introduzione	pag 4
2. Gruppo di progetto	pag 7
2.1. Composizione	
2.2. Mission	
2.3. Obiettivo generale	
2.4. Obiettivi specifici	
2.5. Note metodologiche	
3. Riferimenti normativi	pag 12
4. Il modello a rete nell'assistenza sanitaria	pag 15
4.1. Definizione	
4.2. Indicazioni Piano Oncologico Nazionale e DM 70/2015	
4.3. Modelli organizzativi gestionali rete oncologica e principali caratteristiche	
4.4. Reti oncologiche attive	
4.5. Comprehensive Cancer Care Network	
5. Chirurgia Oncologica Regionale	pag 20
6. L'offerta oncologica regionale	pag 26
6.1. Strutture oncologiche regionali	
6.2. Epidemiologia regione Sardegna	
7. Programma di sviluppo rete oncologica della Regione Sardegna	pag 36
7.1. Mission	
7.2. Obiettivi specifici	
7.3. Risultati attesi	
7.4. Requisiti	
7.5. Modello di governance: infrastruttura della rete e meccanismi operativi	
7.5.1. Percorso di presa in carico del paziente	
7.5.2. Organizzazione livelli rete oncologica	



- 7.5.3. Coordinamento Rete Oncologica Regionale
 - 7.5.4. Gruppi di lavoro specifici attività correlate
 - 7.5.5. Centri di accesso e supporto
 - 7.5.6. Gruppi interdisciplinari di cure
 - 7.5.7. Identificazione GIC regionali e aspetti organizzativi specifici PDTA
- 8. Piano di rete: programma di attività** _____ pag 48
- 9. Attivazione progetti pilota e sperimentazione della rete** _____ pag 49



Introduzione

Dopo una fase di avvio particolarmente complessa e articolata, si va finalmente delineando un processo di cambiamento organizzativo e culturale che vede un linguaggio di programmazione comune e condiviso da tutte le regioni, che conferisce riconoscibilità al sistema delle reti clinico-assistenziali, e che consente di ripensare il sistema in termini di aggregazione di volumi e di esiti, e quindi di qualità dei servizi.

Le reti in sanità sono nate con scopi e motivazioni diversi, e il loro sviluppo guida da diversi anni le scelte strategiche della politica sanitaria. I Piani di Rientro e i vari DEF¹ hanno imposto continui tagli alla spesa sanitaria con gravi ricadute sull'efficienza del sistema, cui non hanno fatto seguito adeguate misure strutturali di revisione degli ospedali sui rispettivi volumi di attività. Le Regioni, in particolare quelle soggette a piano di rientro, hanno prevalentemente focalizzato la propria attenzione sul bisogno di risultati rapidi di natura economico-finanziaria. In un contesto in cui *“da un lato bisogna tendere al progressivo specializzarsi di alcune parti del sistema e dall'altro si è chiamati a contrarre necessariamente i costi a causa dell'indebolimento dei sistemi di welfare”*, il Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 individuava le reti come *“la premessa per il concretizzarsi delle logiche di equità di fronte al diritto alla salute”*.

Il sistema reticolare, finalizzato al miglioramento dell'offerta di fronte alla crescente scarsità di risorse finanziarie, ha assunto un ruolo sempre più determinante e nel tempo si è dimostrata la soluzione organizzativa in grado di rispondere in maniera più appropriata alle diverse transizioni epidemiologiche, demografiche e sociali, che negli ultimi decenni hanno mutato il contesto di riferimento. Le reti clinico-assistenziali, nelle quali il risparmio è diretta conseguenza del raggiungimento degli obiettivi generali di sicurezza, qualità ed appropriatezza delle cure, consentono di creare maggior valore con economie di scala e crescita dell'efficacia.

Il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera” pone a proprio fondamento gli obiettivi di miglioramento della qualità dell'assistenza, della sicurezza e umanizzazione delle cure, e dell'uso appropriato delle risorse, evidenziando come il riequilibrio dei ruoli tra ospedale e territorio e una maggiore attenzione alle cure graduate per intensità costituiscano

¹ Documento di Economia e Finanza



gli obiettivi di politica sanitaria verso cui tendere per rispondere concretamente ai nuovi bisogni di salute. Presupposto indispensabile per il raggiungimento di tali obiettivi è, pertanto, la costruzione di un sistema basato sull'integrazione tra i servizi ospedalieri e l'interazione funzionale tra la rete ospedaliera e quella territoriale, al fine di consentire a tutte le componenti di svolgere il proprio specifico e definito ruolo di "presa in carico". Le azioni di intervento volte a rimodulare le reti clinico-assistenziali secondo il concetto di organizzazione per complessità e intensità di cura si muovono parallelamente lungo le linee principali dell'emergenza, dell'ospedale e del territorio. Il citato Regolamento prevede altresì che nell'ambito del disegno globale della rete ospedaliera sia necessaria, da un lato, l'articolazione delle reti per patologia, che integrino l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale, dall'altro che l'ospedale integri la propria funzione con gli altri servizi territoriali attraverso l'adozione di linee guida per la gestione integrata dei percorsi diagnostico-terapeutici per le patologie complesse e a lungo termine, in particolare quelle oncologiche.

L'esigenza di linee guida per la costituzione delle reti oncologiche era stata precedentemente espressa con l'approvazione del Documento Tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro per gli anni 2011-2013 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10.02.2011, il cosiddetto "Piano oncologico nazionale". L'intesa Stato-Regioni del 30.10.14 amplia e proroga al 31.12.2016 la validità del Piano Oncologico Nazionale, definendone le azioni programmatiche e recependo la "*Guida per la costituzione di reti oncologiche regionali*" come strumento di riferimento nella programmazione ed attuazione delle reti oncologiche. Il documento si caratterizza sia per i contenuti tecnico-scientifici sia organizzativi, basati sull'analisi delle evidenze e delle buone pratiche, e risponde alla necessità di focalizzare i principali obiettivi delle reti oncologiche, ovvero rendere cure di qualità facilmente accessibili a tutti i pazienti di un determinato territorio e adottare un approccio multidisciplinare frutto dell'integrazione di differenti professionalità.

Il citato D.M. 70/2015 stabilisce quindi l'adozione da parte delle regioni di specifiche disposizioni per la definizione delle reti clinico-assistenziali, ivi compresa quella oncologica, attribuendo ad AGENAS il compito di istituire un Tavolo Istituzionale per la revisione delle Reti clinico-assistenziali, col mandato di definire le relative linee guida e di aggiornare quelle già contenute negli appositi Accordi sanciti in sede di Conferenza Stato-Regioni. Il Tavolo Istituzionale, istituito presso Agenas, ha concluso i lavori per la revisione di quattro Reti clinico-assistenziali tempo-dipendenti (Rete Cardiologica per l'emergenza, Neonatologica e Punti Nascita, Trauma e Ictus) ed elaborato uno schema di "*Linee guida per la revisione delle Reti Cliniche*", oggetto di consultazione pubblica sul sito istituzionale dell'Agenzia, prima dell'inoltro al Ministero della Salute e alla Conferenza Stato-Regioni. A fine dello scorso anno è stata individuata, in continuità con i lavori di revisione sulle Reti Cliniche tempo-dipendenti, la priorità per la ridefinizione delle Reti Oncologiche Regionali, con



l'obiettivo di elaborare le linee guida e raccomandazioni, la cui stesura della bozza definitiva è attesa per l'anno 2017.

Nell'ambito delle attività promosse da Agenas in ambito oncologico, riveste particolare importanza il documento elaborato col contributo AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) e CIPOMO (Collegio Italiano dei Primari Oncologi Medici Ospedalieri) nell'ambito del Progetto di Ricerca "Reti Oncologiche e percorsi Clinico Assistenziali in Oncologia". Oltre a rappresentare un ulteriore forte contributo alla definizione di linee di indirizzo nazionali e dei requisiti minimi per la creazione di Reti Oncologiche Regionali, con lo scopo di rendere uniforme il processo nell'intero Paese, il documento è espressione di una visione largamente condivisa e di forte coesione del mondo dell'oncologia medica italiana.

Il documento raccomanda alle regioni che non abbiano ancora avviato le reti oncologiche di costituire una commissione tecnica per la definizione del modello di organizzazione regionale, suggerendo l'adozione del "*Comprehensive Cancer Care Network*", e indica i requisiti indispensabili e le modalità operative per la realizzazione.

Nel quadro delineato, anche nella Regione Sardegna è in atto un complesso processo di riforma volto a ridisegnare le reti assistenziali e ad integrarle in un unico sistema di gestione che consenta di migliorare la qualità dell'assistenza, offrendo al paziente la giusta intensità di cure nel *setting* assistenziale più idoneo e maggiormente rispondente ai bisogni. Riconoscendo alle cure oncologiche un valore assoluto, si inserisce in tale contesto l'esigenza improrogabile di avviare una progressiva revisione dell'offerta oncologica, il cui sviluppo potrà essere ottimale solo nel caso in cui le attività territoriali, il sistema ospedaliero e la ricerca coopereranno in piena sinergia nel rispetto di un sistema organizzato secondo livelli di complessità differenti.

Per riuscire a qualificare i servizi e offrire ai pazienti oncologici un'offerta appropriata e accessibile è indispensabile attuare concretamente quanto già disposto dal "*Documento Tecnico di indirizzo per ridurre il cancro*" e ribadito dal Regolamento "DM 70/2015": la realizzazione della rete oncologica e l'identificazione dei centri di riferimento per le singole patologie.

Accogliendo la raccomandazione Agenas, l'Assessore ha identificato e istituito (con riunione di insediamento del 03.03.2017) un gruppo di progetto con l'obiettivo di definire i primi indirizzi per la realizzazione della rete oncologica secondo un modello organizzativo che favorisca la collaborazione e la sinergia tra i professionisti tramite la diffusione di conoscenze e la condivisione collegiale di protocolli di cura, al fine di garantire un'opzione terapeutica efficace, appropriata e sostenibile.



Il gruppo di progetto ha quindi tracciato un “Programma di sviluppo della Rete Oncologica”. Il documento definisce i primi indirizzi per l’attuazione del modello organizzativo di rete regionale e i principi generali di funzionamento, e delinea il programma di attività su cui articolare la definizione della proposta organizzativa della Rete Oncologica della Regione Sardegna, con identificazione dei centri di riferimento per patologia.

In un’ottica di integrazione e interrelazione tra i diversi tavoli tecnici e a garanzia della continuità del lavoro svolto, il Gruppo di Progetto della Rete Oncologica ha sviluppato la propria proposta partendo dalle conclusioni del Tavolo della Rete Chirurgica, istituito con riunione di insediamento del 08.04.2016, esplicitate nel capitolo “Chirurgia Oncologica” del presente documento, e del tavolo Rete Endoscopia Toracica Interventistica, istituito con Decreto n° 27 del 07.06.2016 (vedi Proposta di Rete di Pneumologia Interventistica).

Gruppo di progetto

Componenti:

Giuseppe Sechi, Direttore Generale Assessorato Sanità RAS

Marcello Tidore, Direttore Servizio di promozione e governo delle reti di cura, Assessorato RAS

Francesco Enrichens, Direttore Sanitario ATS

Luigi Presenti, Presidente Collegio Italiano Chirurghi e coordinatore Tavolo Tecnico Rete Chirurgica Regione Sardegna, Responsabile Chirurgia ASSL Olbia - Tempio

Daniele Farci, Consigliere Nazionale AIOM, Oncologia Medica Ospedale Businco AO Brotzu

Salvatore Ortu, Direttore Oncologia ATS ASSL OLBIA

Antonio Pazzola, Direttore Oncologia AOU SASSARI

Mario Scartozzi, Direttore Oncologia AOU CAGLIARI

Maria Antonietta Palmas, Osservatorio Epidemiologico, Assessorato Sanità RAS

Sara Ruggiu, Ufficio Gabinetto Assessore Sanità



Mission

Definire i primi indirizzi per la realizzazione nella Regione Sardegna di una rete oncologica sulla base della normativa vigente in materia e secondo un modello organizzativo che favorisca la collaborazione e la sinergia tra i professionisti mediante la diffusione di conoscenze e la condivisione collegiale di protocolli di cura per un'opzione terapeutica efficace, appropriata e sostenibile.

Obiettivo generale

Definire un programma di sviluppo strategico che espliciti le scelte di politica sanitaria per l'identificazione del modello organizzativo e dei principi generali di funzionamento della rete, con definizione degli aspetti programmatori e di indirizzo per la sua realizzazione. Il documento costituirà il presupposto su cui articolare la proposta organizzativa della Rete Oncologica della Regione Sardegna, con identificazione dei centri di riferimento per patologia, che sarà sviluppata dal Coordinamento Oncologico Regionale e dai Gruppi di Lavoro specifici per le attività correlate.

Obiettivi specifici:





Note metodologiche

Come considerazione preliminare, si sottolinea l'esigenza di adottare definizioni chiare e condivise in base ad una coerente ed omogenea impostazione metodologica, e un linguaggio comune che consenta agli operatori e ai pazienti l'identificazione univoca delle modalità e delle componenti organizzative della rete e dei percorsi.

È stato utilizzato come supporto metodologico lo schema della “Griglia di rilevazione”, lo strumento approvato a tal fine dal Tavolo Istituzionale per la Revisione delle reti Cliniche e trasmesso da AGENAS alle Regioni con nota 9470 del 10.11.2016. La Griglia di rilevazione individua i requisiti generali di riferimento comuni ad ogni Rete Oncologica al fine di garantire un sistema caratterizzato da coordinamento regionale, uniformità di trattamenti sul territorio, miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure attraverso punti di accesso, sviluppo di attività di ricerca e sostenibilità economica. La Griglia fa riferimento alla “Guida per la costituzione delle Reti Oncologiche Regionali”, Allegato all'Intesa Stato-Regioni del 30.10.2014, all'integrazione ospedale-territorio e alle indicazioni contenute nel DM 70/2015, nonché a ulteriori requisiti individuati da documenti tecnici e normativi relativi alle Reti Oncologiche, suddivisi nelle seguenti aree tematiche:

- A. **Struttura di base:** include i requisiti che riguardano l'impostazione programmatica, di *governance*, organizzativo-funzionale e le risorse strutturali, di personale, tecnologiche ed economiche. Tali elementi di base rappresentano l'infrastruttura della Rete e sono indispensabili ai fini della confrontabilità dei sistemi.
- B. **Meccanismi operativi:** comprendono i requisiti inerenti al funzionamento e agli aspetti qualitativi delle reti, ovvero ai processi assistenziali (presa in carico del paziente, PDTA, dimissioni protette e/o assistite, monitoraggio, qualità e sicurezza), ai processi di supporto (formazione) e ai processi strategico-gestionali (verifica e monitoraggio).
- C. **Processi sociali:** sono riferiti ai requisiti che attengono all'integrazione tra i professionisti e gli operatori che operano all'interno della Rete.
- D. **Risultati:** riguardano i requisiti relativi ai dati di processo (*output*) e di esito (*outcome*) relativamente alle attività della Rete e al grado di soddisfazione dei cittadini (qualità percepita ed umanizzazione).

Sono stati, quindi, definiti gli obiettivi specifici, il programma di attività e le tempistiche attese.



Preso atto della necessità di procedere con tempestività ad una identificazione del modello di riferimento e delle strategie per l'implementazione della rete oncologica, l'Assessore ha dato mandato ad un gruppo di lavoro di definire un primo documento di analisi contenente gli indirizzi strategici del programma di sviluppo della rete oncologica della Regione Sardegna. Il gruppo di lavoro ha operato collegialmente, riunendosi presso l'Assessorato alla Sanità, e in sottogruppi, riunendosi presso altre sedi, e si è rapportata costantemente con l'Assessore e con la Direzione Generale della Sanità.

L'indagine è stata condotta a partire da modelli di analisi organizzativa sulla base della letteratura scientifica di riferimento per le Reti Oncologiche e della normativa di riferimento, in particolare:

- ❖ Intesa Stato Regioni 30.10.2014 «Documento Tecnico di Indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro – anni 2014-2016» (Piano Oncologico Nazionale)
- ❖ Decreto Ministero della Salute n. 70 del 2 aprile 2015 «Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.»
- ❖ Documento metodologico per la riorganizzazione delle Reti Oncologiche Regionali e l'integrazione dell'assistenza ospedale-territorio (AGENAS)
- ❖ Progetto di Ricerca Autofinanziata AGENAS, *Reti oncologiche e percorsi clinico-assistenziali in oncologia*, con la collaborazione delle Società Scientifiche AIOM e CIPOMO
- ❖ Gruppo di lavoro AIOM-CIPOMO, *Processi organizzativi, percorsi e reti* e si è sviluppata sui seguenti aspetti:
 - ✓ Analisi contesto normativo nazionale e regionale
 - ✓ Analisi letteratura scientifica modelli di Rete Oncologica;
 - ✓ Analisi dei diversi modelli organizzativo-gestionali di Rete Oncologica presenti sul territorio nazionale e delle esperienze regionali più significative;
 - ✓ Prima ricognizione mappatura strutture, personale, tecnologie;
 - ✓ Analisi epidemiologica nazionale e regionale;
 - ✓ Analisi del lavoro del tavolo rete chirurgica: ipotesi revisione offerta rete chirurgica con mandati di attività



Sono state rilevate le **criticità** dell'offerta attuale regionale e ricavate alcune considerazioni preliminari riguardo valutazioni di impatto socio-sanitario ed organizzativo e, sulla base di tali valutazioni, sono stati identificati le seguenti **azioni/obiettivi di miglioramento**, a breve, medio e lungo termine:

- ✓ Identificazione modello organizzativo gestionale per la Regione Sardegna;
- ✓ Definizione percorso di cura;
- ✓ Definizione compiti e funzioni del Coordinamento Oncologico Regionale e ambiti di attività del Gruppi di Lavoro Specifici delle attività correlate;
- ✓ Centri di accesso: compiti e funzioni, individuazione centri regionali;
- ✓ Gruppi Interdisciplinari di cure (GIC): compiti e funzioni, identificazione GIC regionali;
- ✓ Definizione programma di attività per lo sviluppo del piano di rete;
- ✓ Cronoprogramma.

L'ambito di estensione del documento è stato, in questa prima fase, contenuto negli ambiti sopra richiamati, al fine di dare rapidamente avvio all'istituzione della rete oncologica regionale. Il documento non ha quindi l'eshaustività di un programma di riorganizzazione organizzativa e strutturale, che sarà oggetto della fase successiva, ma si limita a delineare l'infrastruttura, individuando il modello di riferimento, i principali meccanismi operativi, e il piano di sviluppo della rete.

Per quanto riguarda i dati epidemiologici, strutturali e organizzativi, sono stati analizzati esclusivamente i dati relativi all'oncologia medica e alla chirurgia oncologica necessari all'analisi richiesta in questa prima fase, rimandando ad un'analisi di dettaglio – avviata e tuttora in corso di svolgimento - di alcuni aspetti specifici, che costituiranno presupposto indispensabile per la fase successiva.



Riferimenti normativi

Riferimenti normativi Nazionali

- Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente la "Rete nazionale dei tumori rari";
- Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 10 febbraio 2011 concernente il “Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro – Anni 2011 – 2013”. Rep. Atti n. 21/CSR del 10-02-2011;
- Intesa Stato – Regioni 22-11-2012 – Linea Progettuale “Promozione di una Rete nazionale per i tumori rari”;
- Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 10 luglio 2014, concernente il nuovo Patto della Salute degli anni 2014 – 2016. rep. Atti n. 82/CSR del 10-07-2014;
- Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 30 ottobre 2014, concernente il “Documento tecnico di indirizzo per ridurre il *burden* del cancro – Anni 2014 – 2016”. Rep. Atti n. 21/CSR del 30-10-2014;
- Intesa Stato-Regioni del 18/12/2014, Linee di Indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia;
- Requisiti del Tavolo per la revisione della normativa in materia di accreditamento (Intesa Stato- Regioni del 20/12/2012) e criteri dei Manuali per l’accreditamento delle strutture sanitarie (Intesa Stato-Regioni del 19/02/2015), con riferimento al Criterio 1, Requisito 1.2 - Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali;
- Decreto Ministeriale 2 Aprile 2015, n.70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” (GU Serie Generale n. 127 del 04-06-2015);



- Adempimenti LEA per l'anno 2015: il Questionario LEA prevede, quale adempimento informativo, il recepimento da parte delle Regioni dell'Intesa Stato – Regioni del 30 ottobre 2014 “Documento tecnico di indirizzo per ridurre il *burden* del cancro anni 2014-2016”.

Riferimenti normativi regionali

- Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008;
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 15/20 del 19 aprile 2007 istituzione Commissione Oncologica Regionale;
- Deliberazione Giunta Regionale n°6/15 del 2.2.2016 «Proposta di ridefinizione della rete ospedaliera della Regione Autonoma della Sardegna»;
- Documento di “Ridefinizione della rete ospedaliera della Regione Autonoma della Sardegna”, approvato dal Consiglio regionale nella seduta del 25 ottobre 2017 e pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Sardegna n. 58 del 11 dicembre 2017.

Sono state altresì condotte numerose attività da parte del Ministero della Salute, AGENAS e Regioni/PA tra le quali si evidenziano:

- “Strumenti per il monitoraggio e la valutazione delle Reti Oncologiche Regionali”, Progetto Ministero della Salute, CCM 2013 (conclusosi a marzo 2017) per realizzare strumenti a supporto della implementazione delle reti oncologiche regionali, coordinato dall'Istituto Toscano Tumori – Regione Toscana e con AGENAS come Unità Operativa
- Linee guida sui modelli organizzativi per i servizi oncologici e la presa in carico dei pazienti con diagnosi oncologica, Attività internazionali condotte dal 2014 dal Ministero della Salute e da AGENAS nell'ambito della “Joint Action Cancan - Cancer Control, Work Package 6, Integrated Cancer Control - The case for comprehensive cancer care networks, Issue 5, *Decision making process for the establishment of specific organizational models of cancer networks*, conclusasi a marzo 2017
- Proposta tecnica per l'istituzione di un sistema permanente di monitoraggio e valutazione delle Reti Oncologiche (Osservatorio delle Reti Oncologiche Regionali), Agenas collaborazione con il Ministero della Salute nell'ambito del Programma di Ricerca del Ministero della Salute, CCM 2014 – Azioni Centrali, *Osservatorio reti oncologiche: sistema di monitoraggio e valutazione delle reti oncologiche regionali*, (conclusosi a febbraio 2016)



- Progetto di Ricerca Corrente 2014 sull'oncologia pediatrica *Valutare la qualità nel percorso clinico-assistenziale in oncologia pediatrica: definizione e strutturazione di un core di indicatori* (conclusosi a settembre 2016), che ha predisposto modelli ed indicatori specifici per la valutazione della qualità dei percorsi oncologici pediatrici, con le Unità Operative rappresentate dalle Regioni Piemonte, Veneto e Puglia.
- Progetto di Ricerca Autofinanziata AGENAS 2014, *Reti oncologiche e percorsi clinico-assistenziali in oncologia*, (conclusosi a settembre 2016), con la collaborazione delle Società Scientifiche AIOM e CIPOMO e della Fondazione Nazionale Gigi Ghirotti, che ha prodotto il documento: *Indicazioni per l'implementazione delle Reti Oncologiche secondo la prospettiva dell'oncologia medica ospedaliera e modelli per la valutazione della continuità assistenziale dal punto di vista dei pazienti e dei professionisti*.
- Progetto di Ricerca Autofinanziata AGENAS 2015, “*Sviluppo di modelli di Reti Cliniche Specialistiche* (Rete Geografica, Rete Socio-Sanitaria, Rete Infrastrutturale e delle Tecnologie, Rete IT) ed individuazione e sperimentazione di modelli di certificazione delle cure per disciplina specialistica”, (conclusosi a marzo 2017), per la realizzazione di un modello generale di analisi e monitoraggio delle reti cliniche specialistiche, con la collaborazione ed il supporto dell'Area Vasta Romagna, Regione Lombardia e Regione Toscana.
- “*Tavolo Tecnico di Coordinamento per l'implementazione della rete delle strutture di senologia*”, coordinato dalla Direzione Generale della Programmazione del Ministero della Salute, per definire strumenti per il monitoraggio dell'adesione regionale all'Intesa Stato-Regioni del 18/12/2014 sulle “Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia”.
- “*Tavolo Tecnico per la stesura della proposta di Intesa Stato-Regioni avente ad oggetto la istituzione della Rete Nazionale Tumori Rari*”, coordinato e promosso dalla Direzione Generale della Prevenzione del Ministero della Salute, la cui proposta è stata sottoposta alla Conferenza Stato-Regioni in data 3 aprile 2017.



Il modello a rete nell'assistenza sanitaria

Definizione

La rete raffigura la capacità delle strutture sanitarie di collaborare in modo coordinato per offrire in tempi certi e ragionevoli un'assistenza sanitaria equa e di elevata qualità. Allo strumento della rete è stato affidato il compito di rispondere a molteplici esigenze che negli anni sono maturate all'interno del SSN:

- ✓ rispondere alla complessità crescente dei processi assistenziali e alla necessità di integrare e condividere conoscenze, competenze e percorsi di assistenza;
- ✓ rendere fruibili “a distanza” competenze specialistiche, aumentando così gli standard di assistenza erogati;
- ✓ garantire l'equità di accesso alle cure;
- ✓ adattare il sistema delle cure ai bisogni dei pazienti;
- ✓ ottimizzare la gestione del percorso diagnostico-terapeutico del paziente definendo esattamente il ruolo che il singolo nodo è chiamato a svolgere, con un conseguente miglioramento della qualità dell'assistenza;
- ✓ migliorare l'utilizzo delle risorse complessivamente disponibili.

La rete clinico-assistenziale, come recentemente condiviso dal Tavolo Tecnico nazionale per la revisione delle Reti Cliniche, può essere 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.”*

L'organizzazione a rete è considerata oggi la risposta ideale ai bisogni del paziente oncologico, la cui complessità richiede un approccio comprensivo, multidisciplinare e sociale. L'oncologia si configura, infatti, come una disciplina che presenta particolari caratteristiche in termini assistenziali e che



abbraccia sia le aree territoriali (educazione sanitaria, prevenzione, ospedale a domicilio, follow up, terminalità), sia quelle specialistiche ospedaliere (diagnosi e cura primaria, adiuvante, avanzata, integrata) che di ricerca (università, IRCCS, ospedali ed anche territorio). La rete è funzionale all'organizzazione e al coordinamento dei predetti ambiti, al fine di ottenere un miglioramento della qualità assistenziale e una conseguente riduzione della mobilità passiva extra-regionale.

Indicazioni del Piano Oncologico Nazionale e del DM n. 70/2015

Il DM n. 70/2015 fornisce alcune indicazioni di pianificazione finalizzate alla promozione di linee guida e standard organizzativi che trovano riscontro anche nel Piano Oncologico Nazionale di cui all'Intesa Stato Regioni del 30.10.2014. Tra gli elementi essenziali individuati alla costruzione di una Rete, si evidenziano:

- ✓ l'individuazione di un livello organizzativo di gestione della Rete Oncologica per consentire la presa in carico del paziente tramite i PDTA ;
- ✓ la diffusione della Medicina di iniziativa e della Farmacia dei servizi;
- ✓ la gestione della cronicità in ambito oncologico e lo sviluppo delle cure intermedie quali diretta interfaccia tra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera, anche con riferimento agli Ospedali di Comunità;
- ✓ le modalità di integrazione dei flussi di informazione tra il livello ospedaliero e quello territoriale;
- ✓ la piattaforma informativa per la misurazione delle *performance* ed i relativi indicatori, compresi i PROM (*Patient Reported Outcome Measures*);
- ✓ le modalità di integrazione infrastrutturale e tecnologica;
- ✓ l'attivazione di programmi di ospedalizzazione domiciliare e lo sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa;
- ✓ l'attenzione particolare ai pazienti oncologici delle fasce deboli (pediatrici e anziani);
- ✓ l'assicurazione delle cure riabilitative e delle cure palliative;
- ✓ la necessità del coinvolgimento attivo e diretto dei pazienti favorendo il ruolo del volontariato e della famiglia;
- ✓ la disponibilità di un adeguato sostegno psicologico ai pazienti e ai loro familiari, con specifici percorsi di accompagnamento;



- ✓ l'implementazione di forme di lavoro multidisciplinare per l'integrazione tra i professionisti;
- ✓ l'adozione di piani di formazione e comunicazione

Modelli organizzativi gestionali rete oncologica e principali caratteristiche

HUB & SPOKE	• VEDE UNA SERIE DI STRUTTURE DI PRIMO LIVELLO (SPOKE), COLLEGATI SOTTO IL PROFILO GESTIONALE A CENTRI SOVRAORDINATI DI MAGGIORE SPECIALIZZAZIONE DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA (HUB)
COMPREHENSIVE CANCER CENTER (CCC)	• LE PRINCIPALI COMPETENZE E RISORSE SONO CONCENTRATE IN UN UNICO CENTRO CHE, RISPETTO AD UN DETERMINATO TERRITORIO, SVILUPPA UNA AUTONOMA FORZA ATTRATTIVA, BASATA SUI PROPRI LIVELLI DI COMPETENZE TECNICO-PROFESSIONALI
CANCER CARE NETWORK (CCN)	• PRIVILEGIA L'INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVA SENZA DEFINIRE UNA CHIARA GERARCHIA TRA LE STRUTTURE
COMPREHENSIVE CANCER CARE NETWORK (CCCN)	• GOVERNO ORGANIZZATIVO UNITARIO IN CUI IL SINGOLO CASO VIENE SEGUITO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINARI NEI POLI DI RIFERIMENTO E INVIATO SUCCESSIVAMENTE SUL TERRITORIO, PIÙ VICINO A CASA. GESTITO DA UNA AUTORITÀ CENTRALE INCLUDE TUTTE LE STRUTTURE PRESENTI SUL TERRITORIO: PUÒ INCORPORARE STRUTTURAZIONI GIÀ ESISTENTI (ES. HUB & SPOKE) E RISORSE GIÀ DISPONIBILI (ES. CCC)

Esperienze di reti oncologiche sul territorio nazionale

Le reti oncologiche rappresentano un obiettivo fondamentale per il nostro Paese ma, nonostante da anni si affermi la necessità di costruire sistemi di rete, lo stato di attivazione delle Reti Oncologiche in Italia è attualmente ancora molto disomogeneo. L'indagine evidenzia una limitata presenza di reti clinico-assistenziali sul territorio nazionale, con solo sei reti oncologiche attive in Veneto, Toscana, Lombardia, P.A. Trento, Umbria, Piemonte e Valle D'Aosta. Seppure con modalità differenti di network paritario o verticale, nelle regioni dove è stato intrapreso un percorso sistematico per l'implementazione della rete, gli ospedali di periferia curano secondo identici protocolli e modelli approvati con i centri di riferimento, condividendo informazioni cliniche e richieste grazie alla messa in rete di tutti i centri. I pazienti, in questo modo, si vedono garantite le stesse cure, le migliori possibili, vicino a dove risiedono accedendo dall'ospedale di area, nodo della rete di cura regionale.



Alcune regioni hanno già intrapreso un percorso per la fase di avvio e di implementazione, mentre ancora diversa è la situazione delle regioni che hanno adottato atti di costituzione ma che ad oggi non hanno ancora portato alla realizzazione dei progetti e alla definizione dei ruoli. Lo stato di attuazione è tuttavia in rapida evoluzione e ci si aspetta che presto tutte le Regioni si attivino per l'implementazione delle rispettive reti.

Reti oncologiche attive:

Piemonte e Valle D'Aosta: anno istituzione 2000 come progetto sperimentale ed estesa alla Valle d'Aosta nel 2003, è stata istituzionalizzata in Dipartimento Funzionale Interaziendale e Interregionale.

Toscana: formalmente istituita nel 2003 la Rete Oncologica della Toscana ha assunto il nome di Istituto Toscano Tumori, modello CCCN.

Lombardia: la Rete Oncologica della Lombardia (R.O.L.) è stata istituita nel 2005 secondo un modello CCCN, ha da tempo attivato le reti di patologia quale modello di integrazione dell'offerta.

P.A. Trento anno istituzione 2005 modello H&S.

Umbria anno istituzione 2008 modello H&S.

Veneto anno istituzione 2013 modello H&S.

Lavori in corso: Emilia Romagna; Friuli Venezia Giulia; Lazio; Liguria, Sicilia, Alto Adige, Campania, Puglia, Sardegna

Del tutto assenti: Abruzzo, Calabria, Basilicata, Marche, Molise

Comprehensive Cancer Care Network

Il modello suggerito dalla "Guida per la costituzione di reti oncologiche regionali", allegato 2 dell'Intesa Stato-Regioni 30 ottobre 2014 n. 144 "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il burden del cancro" è il Comprehensive Cancer Care Network (CCCN).

Il modello CCCN si caratterizza per un governo organizzativo unitario in cui la rete è gestita da un'autorità centrale che include tutte le strutture già presenti sul territorio a vario titolo competenti per prevenzione, cura e riabilitazione e coordina in modo efficiente il loro ambito di competenza. Il modello CCCN ha il valore aggiunto di coniugare qualità e prossimità (cure di qualità accessibili) perché si basa sulla valorizzazione e specializzazione di tutte le strutture presenti su un dato territorio, integrandole in percorsi al servizio dei pazienti e dei loro familiari.



Per le sue caratteristiche tale sistema può incorporare strutturazioni già esistenti (es. Hub & Spoke) e risorse già disponibili (es. CCC). Caratteristiche essenziali sono l'esistenza di legami organizzati tra le varie strutture e una pianificazione regionale dell'uso delle risorse spiccatamente inclusiva e tendente alla individuazione di funzioni e ruoli specializzati.

Per la sua realizzazione è indispensabile il raggiungimento di obiettivi specifici:

- Uniformare l'equità dell'accesso;
- Adottare in modo condiviso Linee Guida e PDTA;
- Identificare all'interno della rete le strutture di riferimento per i tumori per i quali sia comprovata l'efficacia della numerosità dei casi trattati e per patologie rare;
- Promuovere l'introduzione e l'uso ottimale di tecnologie avanzate;
- Facilitare l'attuazione di una logistica comune con economie di scala;
- Facilitare la ricerca.

Tra i Paesi dell'Unione Europea, ad eccezione della Spagna, che sviluppa l'assistenza sul modello *Hub&Spoke*, Germania e Bulgaria adottano il modello CCC, mentre Portogallo Ungheria, Irlanda e Francia il modello CCCN (o similare). L'Inghilterra presenta modelli organizzativi regionali differenti ma, seppure con diverse modalità di applicazione, dalla seconda metà degli anni novanta si è assistito a un cambiamento radicale del percorso di assistenza oncologica orientato a un servizio di alta specialità e composto esclusivamente da gruppi multidisciplinari di specialisti.



Chirurgia Oncologica Regionale

Aree di criticità, sintesi dei bisogni e azioni di miglioramento

La chirurgia rappresenta uno dei caposaldi dell'approccio multidisciplinare ai tumori ed è spesso determinante, come ampiamente evidenziato dalla letteratura internazionale, per il successo globale del trattamento. L'appropriatezza dell'intervento chirurgico viene espressa principalmente dalle valutazioni delle percentuali di sopravvivenza a distanza e di sopravvivenza libera alla malattia.

Con l'obiettivo di garantire sicurezza, qualità e appropriatezza attraverso la valorizzazione di tutti gli ospedali e di tutti i professionisti, assistenza uniforme sul territorio, miglioramento della qualità delle cure e utilizzo ottimale delle risorse, l'Assessorato ha istituito con riunione di insediamento del 08.04.2016, il gruppo di lavoro denominato "Tavolo della Chirurgia Regionale".

Il gruppo di lavoro, coordinato dall'Ufficio di Gabinetto dell'Assessore della Sanità, ha effettuato un'indagine approfondita sull'offerta chirurgica regionale al fine di valutare nelle strutture regionali la presenza di requisiti minimi strutturali e organizzativi, accompagnati da metodi di misura e di verifica circa la quantità e la qualità degli interventi.

Componenti gruppo di lavoro Rete Chirurgica Regionale:

Nicola Cillara, Coordinatore Regionale ACOI

Massimiliano Coppola, Direttore UOC Lanusei

Carlo De Nisco, Direttore UOC Nuoro

Gianluigi Luridiana, Chirurgo AO Brotzu

Renato Mura, Chirurgo, già DG AOU Sassari

Roberto Ottonello, Direttore UOC Muravera

Ivana A. Piredda, Direttore UOC Carbonia

Alberto Porcu, Direttore UOC Chirurgia AOU Sassari

Gianfranco Porcu, Direttore UOC Chirurgia Oristano



Luigi Presenti, Presidente CIC – Direttore UOC Olbia

Francesco Scintu, Direttore, UOC Chirurgia AOU Cagliari

Raffaele Sechi, Direttore UOC San Gavino

Sara Ruggiu, Ufficio Gabinetto Assessore Sanità

Attualmente, nel nostro Paese, gli indicatori dell'adeguatezza dell'intervento chirurgico si limitano alla misura della morbilità e mortalità. Tali parametri, ricavabili dal sistema di codifica delle schede di dimissione ospedaliera sono utilizzati ai fini delle valutazioni del Piano Nazionale Esiti (PNE) dell'Agenas, che ha messo in relazione la mortalità perioperatoria (entro i 30 gg) e il volume di interventi chirurgici per le singole patologie. Sulla base di tali presupposti e sulle disposizioni del D.M. 70/2015, l'indagine si è sviluppata lungo tre fasi, evidenziate nell'immagine sottostante, e si è conclusa con un'ipotesi di riorganizzazione strutturale.

Fase di analisi:

- organizzazione dei diversi nodi della rete già esistente (strutture, risorse, tecnologie)
- volumi ed esiti per patologie di interesse chirurgico

Fase attuativa:

- Identificazione strutture che rientrano nelle soglie minime di attività definite dal Regolamento DM n° 70/2015 e valutazione eventuali deroghe

Valutazione conclusiva:

- proposta di rimodulazione dell'offerta chirurgica secondo un modello in rete con identificazione centri di riferimento patologie oncologiche e non e mandati di attività. Definizione attività Day e Week Surgery. Progetto certificazione chirurgia Oncologica



Gli obiettivi specifici assegnati al Tavolo, con le relative tempistiche attese sono stati:

- rimodulazione dell'offerta chirurgica secondo un modello in rete con identificazione dei centri di riferimento (breve termine);
- definizione dei mandati di attività per patologie oncologiche (breve termine);
- definizione dei mandati di attività per patologie benigne (medio termine);
- definizione delle attività di *day e week surgery* (medio termine);
- certificazione delle attività di chirurgia oncologica (lungo termine).

I dati relativi alla chirurgia oncologica analizzati sono esemplificativi di come il mancato governo delle reti di cura indebolisca i livelli di qualità dell'assistenza erogata, sia in termini di esito che di appropriatezza, con conseguente frammentazione dell'attività operatoria in centri con casistiche limitate.

Tra le maggiori criticità evidenziate emergono: una fortissima dispersione di casistiche chirurgiche che determina inappropriata di accesso agli ospedali per patologie che dovrebbero essere invece concentrate in centri ad alta specialità e, in determinati campi, alti tassi di mobilità passiva.

Il Tavolo ha identificato come possibile azione di miglioramento la riorganizzazione e il rafforzamento delle reti di cura su un numero inferiore di centri di riferimento. La sottostante tabella è stata composta senza tenere conto della revisione degli atti aziendali adottati dalle rispettive direzioni aziendali nel corso del secondo semestre 2017: ne consegue che alcune articolazioni organizzative sottoelencate sono da ritenersi superate a seguito di processi di aggregazione o di ridefinizione condotti dalle aziende. In modo analogo, con l'approvazione della rete ospedaliera regionale sono state definite le funzioni dei nodi della rete e degli ospedali di area disagiata con particolare riferimento alle urgenze chirurgiche. La proposta di seguito illustrata dovrà, quindi, essere opportunamente adattata alla Rete Ospedaliera ed agli Atti Aziendali mantenendo fermi gli elementi fondanti su cui è stata ideata.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
 ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENTZIA SOTZIALE
 ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

			DS	WS	CO EBP	CO Dsup	CO Dinf	CO M	CO P	U
Asl1	P.O. Ozieri	Chirurgia Generale	x	x						
Asl1	P.O. Alghero	Chirurgia Generale	x				x			x
Asl2	P.O. Olbia	Chirurgia Generale	x				x			x
Asl2	P.O. Tempio	Chirurgia Generale	x	x						
Asl3	P.O. San Francesco Nuoro	Chirurgia Generale	x			x	x	x		x
Asl3	P.O. San Camillo Sorgono	Chirurgia Generale	x	x						
Asl4	P.O. NS della Mercede Lanusei	Chirurgia Generale	x				x			x
Asl5	P.O. Oristano	Chirurgia Generale	x				x			x
Asl5	P.O. Ghilarza	Chirurgia Generale	x	x						
Asl5	P.O. Bosa	Chirurgia Generale	x	x						
Asl6	P.O. San Gavino Monreale	Chirurgia Generale	x				x			x
Asl7	P.O. Sirai Carbonia	Chirurgia Generale	x				x			x
Asl7	P.O. S. Barbara Iglesias	Chirurgia D'Urgenza	x	x						
Asl8	P.O. San Marcellino Muravera	Chirurgia Generale	x	x						
Asl8	P.O. San Giuseppe Isili	Chirurgia Generale	x							
Asl8	P.O. Santissima Trinità	Chirurgia Generale			BP	x	x			x
AO Brotzu	P.O. San Michele	Chirurgia Generale	x	x	E	x	x			
AO Brotzu	P.O. San Michele	Chirurgia D'Urgenza					x			x
AO Brotzu	P.O. Businco	Chirurgia Sperimentale								
AO Brotzu	P.O. Businco	Oncologia Chirurgica						x		
AO Brotzu	P.O. Businco	Chirurgia Toracica							x	
AOU	Cagliari	Chirurgia Generale	x							
AOU	Cagliari	Chir. Gen. e Coloproct					x			
AOU	Cagliari	Chir. Gen. Lap., e Urg.								x
AOU	Sassari Cliniche	Chirurgia Generale			E BP	x	x	x	x	
AOU	Sassari Cliniche	Patologia Chirurgica	x				x			
AOU	Sassari Civile	Chirurgia Generale				x	x			x

UOC Day Surgery

UOC Chirurgia d'Urgenza

DS DAY SURGERY

WS WEEK SURGERY

CO CHIRURGIA ONCOLOGICA

U URGENZA

E Epatica

BP BILIOPANCREATICA

DSUP DIGERENTE SUPERIORE

DINF DIGERENTE INFERIORE

M MAMMELLA

P POLMONE

AOU SS Raccomandata istituzione struttura chirurgia toracica



Le attività di *day-week surgery* dovranno essere garantite in tutto il territorio regionale e, in base ai criteri definiti nella riorganizzazione della rete ospedaliera, verrà erogata nei presidi ospedalieri di base e sede disagiata per i quali non sono previsti moduli di chirurgia oncologica.

Obiettivi di tale distribuzione dell'offerta chirurgica a ciclo breve sono:

- migliore organizzazione del percorso di programmazione dell'attività a beneficio dell'utente, degli specialisti ambulatoriali e dei medici di medicina generale;
- riduzione dei tempi di attesa per struttura ospedaliera;
- maggior sicurezza e competenza nelle diverse strutture ospedaliere.

La proposta conclusiva del Tavolo Tecnico che individua le Unità Operative alle quali assegnare i mandati di attività per le singole patologie oncologiche in base a volumi di attività appropriata (come rappresentato nella tabella riassuntiva), costituisce il presupposto su cui avviare la fase successiva, nella quale stabilire i requisiti strutturali e organizzativi e di esperienza degli operatori. L'obiettivo finale è quello di introdurre standard qualitativi già adottati e comprovati a livello europeo che consentano l'implementazione di un modello di certificazione della chirurgia oncologica.

Il modello di certificazione prevede che le prestazioni chirurgiche afferenti alle patologie identificate siano erogate esclusivamente nelle strutture che soddisfano gli standard previsti.

Gli standard indicati sono:

- il rispetto delle soglie di struttura previste per specifica patologia (soglie di qualità)
- il rispetto delle soglie previste per chirurgo dedicato alla gestione clinica di definite patologie (soglie professionali)
- la griglia degli indicatori, contenente il percorso di ogni paziente oncologico e la rispondenza dei criteri di qualità definiti
- l'implementazione di Gruppi Interdisciplinari di Cure (GIC) in grado di assicurare una collaborazione strutturata ed in rete tra gli specialisti coinvolti ed afferenti alle varie specialità cliniche.

I professionisti che operano nelle altre strutture, qualora in possesso dei requisiti individuali professionali stabiliti dal modello di certificazione, potranno far parte delle equipe circolanti.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

La certificazione della chirurgia è un efficace strumento per incrementare il tasso di sopravvivenza dei pazienti oncologici e garantire loro un trattamento secondo i più innovativi standard scientifici nel rispetto del principio di prossimità delle cure: l'attività diagnostica, l'assistenza post-operatoria chemioterapica, la riabilitazione oncologica e le periodiche visite di controllo (follow-up) sono garantite in tutti i presidi ospedalieri, nel rispetto dei criteri previsti. L'operatività dei GIC e delle Equipe Circolanti incentiva il lavoro in team e la collaborazione in rete. Tale approccio rafforza ed intensifica una forma di collaborazione strutturata tra i diversi specialisti e rende inoltre possibile un prezioso scambio di opinioni e di esperienza tra i professionisti.



L'offerta oncologica regionale

Strutture oncologiche regionali

ONCOLOGIA MEDICA

Strutture Complesse (SC)

AOU Cagliari

AOU Sassari

AO Brotzu Cagliari Ospedale Oncologico

ATS Sardegna Ospedale San Francesco Nuoro

Strutture semplici dipartimentali (S.S.D.)

AO Brotzu Cagliari Ospedale Oncologico Melanomi e Patologie Rare

ATS Sardegna Ospedale San Martino Oristano

ATS Sardegna Ospedale Carbonia

ATS Sardegna Ospedale San Gavino

ATS Sardegna Ospedale Olbia

ATS Sardegna Ospedale Alghero

Servizi Ambulatoriali (terapia medica)

Isili – Muravera – Lanusei – Macomer

Privato accreditato

Nuova Casa di Cura Decimo



Assistenza extraospedaliera

Hospice Ospedale Oncologico A. Businco AO Brotzu

Hospice Madonna di Fatima Quartu S.Elena ATS Sardegna

Hospice Ospedale Zonchello Nuoro ATS Sardegna

Hospice Olbia

CHIRURGIA ONCOLOGICA

AOU SS	Sassari Cliniche	Chirurgia Generale
AOU SS	Sassari Cliniche	Patologia Chirurgica
AOU SS	Sassari SS Annunziata	Chirurgia Generale
ATS	P.O. Ozieri	Chirurgia Generale
ATS	P.O. Civile Alghero	Chirurgia Generale
ATS	P.O. Olbia	Chirurgia Generale
ATS	P.O. Tempio	Chirurgia Generale
ATS	P.O. San Francesco Nuoro	Chirurgia Generale
ATS	P.O. San Camillo Sorgono	Chirurgia Generale
ATS	P.O. NS della Mercede Lanusei	Chirurgia Generale
ATS	P.O. Oristano	Chirurgia Generale
ATS	P.O. Ghilarza	Chirurgia Generale
ATS	P.O. Bosa	Chirurgia Generale
ATS	P.O. San Gavino Monreale	Chirurgia Generale
ATS	P.O. Sirai Carbonia	Chirurgia Generale
ATS	P.O. S. Barbara Iglesias/CTO	Chirurgia D'Urgenza
ATS	P.O. SS Trinità	Chirurgia Generale
ATS	P.O. Marino	Chirurgia D'Urgenza
ATS	P.O. San Marcellino Muravera	Chirurgia Generale
ATS	P.O. San Giuseppe Isili	Chirurgia Generale
AOB	P.O. San Michele	Chirurgia Generale



AOB	P.O. San Michele	Chirurgia D'Urgenza
AOB	P.O. Businco	Chirurgia Sperimentale
AOB	P.O. Businco	Oncologia Chirurgica
AOU	Cagliari	Chirurgia Generale
AOU	Cagliari	Chir Gen. e Coloproctologica
AOU	Cagliari	Chir Gen, Lap e Urgenza

Privato accreditato

CCA Nuova Casa di Cura SRL	Decimomannu
CCA S. Elena (Kinetika SRL)	Quartu Sant'Elena
CCA Madonna del Rimedio	Oristano
CCA Policlinico Sassarese SPA	Sassari
CCA S. Antonio SPA	Cagliari
CCA Tommasini	Jerzu (Lanusei)



Epidemiologia Regione Sardegna (a cura dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale)

- I ricoveri totali 2016 (produzione e mobilità attiva) ammontano a circa 259.000
- Nel 2016 in Sardegna l'ospedalizzazione per tumori maligni (diagnosi principale) ha rappresentato l'8% circa (n=19745) dei ricoveri totali
- L'ospedalizzazione per tumori maligni nel 2016 ha riguardato circa il 10% della mobilità passiva

Principali raggruppamenti - Diagnosi principale codice ICD9-CM

Diagnosi principale	Produzione		Mob.Passiva	
	N	%	N	%
T organi genitourinari	4421	22.6	294	18.5
T app. digerente, peritoneo	3863	19.8	332	20.9
T ossa, connettivo, cute, mammella	3561	18.2	349	21.9
T tess. linfoemopoietico	3185	16.3	110	6.9
T altre non specifiche sedi	2630	13.5	332	20.9
T app. respiratorio, organi intratoraci	1525	7.8	146	9.2
T labbra, cavità orale, faringe	349	1.8	29	1.8

Distribuzione per regime di ricovero

Produzione			Mob.Passiva		
% DO	% DH	N Totale	% DO	% DH	N Totale
70.6	29.4	19745	82.7	17.3	1594



Tumore Polmone

- ✚ Ricoveri chirurgici di residenti in regione n° 126 (61,2%).
- ✚ Ricoveri chirurgici di residenti extraregione n° 81 (38,8%), di cui 18,7% IEO Milano, 8,1% Istituto Nazionale Tumori.

Struttura	N° ricoveri Pol	Solo polmone	% Polmone su Polmoni+ Bronchi+Pleura	chirurgia	%chirurgia
AO BROTZU - PO A. BUSINCO	941	902	95.9	81	9
AOU SASSARI - PO SS ANNUNZIATA	512	490	95.7	8	1.6
AO BROTZU - PO SAN MICHELE	226	196	86.7	14	7.1
PO SAN FRANCESCO - NUORO	196	190	96.9	1	0.5
AOU SASSARI - CLINICHE	183	174	95.1	18	10.3
PO SS. TRINITA'	169	158	93.5		0
PO S MARTINO - ORISTANO	159	154	96.9		0
AOU CAGLIARI - POLICLINICO MONSERRATO	158	153	96.8	3	2
PO GIOVANNI PAOLO II - OLBIA	148	139	93.9		0
PO ZONCHELLO - NUORO	95	90	94.7		0
ALTRE STRUTTURE	790	730			
TOTALE	3577	3376		126	

Tumore Mammella

- ✚ Ricoveri chirurgici di residenti in regione n° 1405 (84,9%).
- ✚ Ricoveri chirurgici di residenti extraregione n° 248 (15,1%), di cui 11% IEO Milano.

Struttura	N° ricoveri	chirurgia	%
AO BROTZU - PO A. BUSINCO	1197	532	44.4
AOU SASSARI - CLINICHE	310	263	84.8
PO SAN FRANCESCO - NUORO	219	90	41.1
KINETIKA SARDEGNA - V. MARCONI 160 - QUARTU S.E.	171	170	99.4
AO BROTZU - PO SAN MICHELE	115	81	70.4
AOU CAGLIARI - POLICLINICO MONSERRATO	107	56	52.3
PO S MARTINO - ORISTANO	105	37	35.2
PO GIOVANNI PAOLO II - OLBIA	86	46	53.5
PO SIRAI - CARBONIA	71	19	26.8
POLICLINICO SASSARESE SPA	57	57	100.0
AOU SASSARI - PO SS ANNUNZIATA	50		0.0
ALTRE STRUTTURE	249	54	
TOTALE	2737	1405	



Tumore Retto (n° ricoveri chirurgici)

- ✚ Ricoveri chirurgici di residenti in regione n° 222 (92%).
- ✚ Ricoveri chirurgici di residenti extraregione n° 19 (8%).

Struttura	N° ricoveri
AOU CAGLIARI - POLICLINICO MONSERRATO	75
PO SS. TRINITA'	32
AOU SASSARI - CLINICHE	28
AO BROTZU - PO SAN MICHELE	19
PO SAN FRANCESCO - NUORO	16
CdC NUOVA	15
PO S MARTINO - ORISTANO	8
PO GIOVANNI PAOLO II - OLBIA	7
AOU SASSARI - PO SS ANNUNZIATA	5
Altre strutture	17
Totale	222

Tumore Colon (n° ricoveri chirurgici)

- ✚ Ricoveri chirurgici di residenti in regione n° 677 (94,9%).
- ✚ Ricoveri chirurgici di residenti extraregione n° 36 (5,1%).

Struttura	N° ricoveri
AOU SASSARI - PO SS ANNUNZIATA	89
AOU SASSARI - CLINICHE	86
AO BROTZU - PO SAN MICHELE	76
AOU CAGLIARI - POLICLINICO MONSERRATO	69
PO SS. TRINITA'	48
PO S MARTINO - ORISTANO	44
PO SAN FRANCESCO - NUORO	42
PO N.S. DI BONARIA - SAN GAVINO	37
PO SIRAI - CARBONIA	36
PO GIOVANNI PAOLO II - OLBIA	31
Altre Strutture	119
Totale	677



Tumore Urologico (n° ricoveri totali)

- ✚ Prostata: Ricoveri chirurgici di residenti in regione n° 348 (85,1%).
Ricoveri chirurgici di residenti extraregione n° 61 (14,9%).
- ✚ Rene: Ricoveri chirurgici di residenti in regione n° 226 (88,6%).
Ricoveri chirurgici di residenti extraregione n° 29 (11,4%).
- ✚ Vescica: Ricoveri chirurgici di residenti in regione n° 147 (88,6%).
Ricoveri chirurgici di residenti extraregione n° 19 (11,4%).

Struttura	N° ricoveri
PO SS. TRINITA'	868
AOU SASSARI - CLINICHE	730
PO SAN FRANCESCO - NUORO	496
AO BROTZU - PO SAN MICHELE	478
CdC NUOVA	395
PO SIRAI - CARBONIA	207
CdC S. ANTONIO	199
OSPEDALE CIVILE - ALGHERO	184
PO S MARTINO - ORISTANO	170
PO N.S. DI BONARIA - SAN GAVINO	166
AOU SASSARI - PO SS ANNUNZIATA	105
ALTRE STRUTTURE	740
Totale	4738

Tumori Ginecologici* (n° ricoveri totali)

- ✚ Utero: Ricoveri chirurgici di residenti in regione n° 228 (87,4%).
Ricoveri chirurgici di residenti extraregione n° 33 (12,6%).

Struttura	N° ricoveri
AO BROTZU - PO A. BUSINCO	370
AOU CAGLIARI - POLICLINICO MONSERRATO	149
AOU SASSARI - CLINICHE	147
AO BROTZU - PO SAN MICHELE	97
PO S MARTINO - ORISTANO	75
PO SS. TRINITA'	50
PO SAN FRANCESCO - NUORO	48
PO GIOVANNI PAOLO II - OLBIA	43
OSPEDALE CIVILE - ALGHERO	34
AOU SASSARI - PO SS ANNUNZIATA	28
ALTRE STRUTTURE	169
TOTALE	1210

* Comprende: Tumori maligni dell'utero, dell'ovaio, i Carcinomi in situ e i Tumori maligni secondari dell'ovaio e degli organi genitali



Tumori testa/collo (n° ricoveri totali)

Struttura	N° ricoveri
AO BROTZU - PO A. BUSINCO	717
AOU CAGLIARI - POLICLINICO MONSERRATO	277
PO SAN FRANCESCO - NUORO	232
AOU SASSARI - CLINICHE	138
PO SS. TRINITA'	130
AOU SASSARI - PO SS ANNUNZIATA	111
AO BROTZU - PO SAN MICHELE	105
PO S MARTINO - ORISTANO	84
OSPEDALE CIVILE - ALGHERO	78
PO NS DELLA MERCEDE - LANUSEI	39
PO SIRAI - CARBONIA	38
PO GIOVANNI PAOLO II - OLBIA	36
OSPEDALE SEGNI - OZIERI	33
PO CTO - IGLESIAS	31
PO DETTORI - TEMPIO PAUSANIA	27
PO N.S. DI BONARIA - SAN GAVINO	26
Altre strutture	207
Totale	2309

* Comprende: Tumori maligni di testa, faccia, collo, cavita nasali, orecchio medio, seni paranasali, labbra, cavità orale, faringe, occhio, altre e non specificate parti del sistema nervoso.

Tumori cerebrali (n° ricoveri chirurgici)

- ✚ Ricoveri chirurgici di residenti in regione n° 222 (70,3%).
- ✚ Ricoveri chirurgici di residenti extraregione n° 93 (29,7%).

Struttura	N° ricoveri
AO BROTZU - PO SAN MICHELE	132
AOU SASSARI - PO SS ANNUNZIATA	64
PO MARINO	15
PO SAN FRANCESCO - NUORO	11
Totale	222

Tumori tiroide (n° ricoveri chirurgici)

- ✚ Ricoveri chirurgici di residenti in regione n° 356 (95,2%).
- ✚ Ricoveri chirurgici di residenti extraregione n° 18 (4,8%).

Struttura	N° ricoveri
AOU CAGLIARI - POLICLINICO MONSERRATO	136
CdC NUOVA	51
AO BROTZU - PO A. BUSINCO	48
POLICLINICO SASSARESE SPA	32
AOU SASSARI - CLINICHE	25
Altre strutture	64
Totale	356



Tumori stomaco (n° ricoveri chirurgici)

- ✚ Ricoveri chirurgici di residenti in regione n° 103 (92%).
- ✚ Ricoveri chirurgici di residenti extraregione n° 9 (8%).

Struttura	N° ricoveri
PO SS. TRINITA'	23
AOU SASSARI - CLINICHE	16
PO SAN FRANCESCO - NUORO	10
AO BROTZU - PO SAN MICHELE	10
AOU SASSARI - PO SS ANNUNZIATA	10
AOU CAGLIARI - POLICLINICO MONSERRATO	9
PO S MARTINO - ORISTANO	6
Altre strutture	19
Totale	103

Tumori esofago (n° ricoveri chirurgici)

- ✚ Ricoveri chirurgici di residenti in regione n° 13 (52 %).
- ✚ Ricoveri chirurgici di residenti extraregione n° 12 (48 %).

Struttura	N° ricoveri
AOU SASSARI - CLINICHE	6
PO SS. TRINITA'	4
AOU CAGLIARI - POLICLINICO MONSERRATO	3
Totale	13

Tumori fegato (n° ricoveri chirurgici)

- ✚ Ricoveri chirurgici di residenti in regione n° 111 (68,5 %).
- ✚ Ricoveri chirurgici di residenti extraregione n° 51 (31,5 %).

Struttura	N° ricoveri
AOU SASSARI - CLINICHE	50
AO BROTZU - PO SAN MICHELE	27
PO SS. TRINITA'	12
AOU CAGLIARI - POLICLINICO MONSERRATO	12
Altre strutture	10
Totale	111



Tumori pancreas (n° ricoveri chirurgici)

- ✚ Ricoveri chirurgici di residenti in regione n° 32 (54,2%).
- ✚ Ricoveri chirurgici di residenti extraregione n° 27 (45,8%).

Struttura	N° ricoveri
AOU SASSARI - CLINICHE	15
PO SS. TRINITA'	8
AO BROTZU - PO SAN MICHELE	5
Altre strutture	4
Totale	32

Tumori linfoematopoietico (n° ricoveri totali)

Struttura	N° ricoveri
AO BROTZU - PO A. BUSINCO	1467
PO SAN FRANCESCO - NUORO	842
AOU SASSARI - CLINICHE	749
PO BINAGHI	446
AO BROTZU - PO MICROCITEMICO	261
PO S MARTINO - ORISTANO	235
AOU SASSARI - PO SS ANNUNZIATA	193
AO BROTZU - PO SAN MICHELE	190
AOU CAGLIARI - POLICLINICO MONSERRATO	136
PO SS. TRINITA'	121
ALTRE STRUTTURE	599
TOTALE	5239

* Non comprende: milza



Programma di sviluppo Rete Oncologica

Mission

Fornire ai pazienti oncologici le risposte più appropriate rispetto alla complessità delle patologie, assicurando tempestività ed equità nell'accesso alle cure, sicurezza, qualità delle prestazioni, approccio multidisciplinare e presa in carico globale nell'intero percorso assistenziale.

Obiettivi specifici

Rispondere all'incremento dell'incidenza delle patologie tumorali con un sistema di rete che metta al centro di ogni azione il paziente, al fine di erogare un servizio di assistenza di qualità, sostenibile, responsabile e centrato sui bisogni della persona, attraverso:

- **Condivisione** delle competenze contro le complessità dei processi assistenziali
- **Prossimità**: creazione di accessi diffusi nel territorio
- **Sicurezza** delle cure
- **Qualità** delle prestazioni
- **Appropriatezza** clinica: definizione percorsi di allocazione del paziente in funzione della complessità del caso
- **Omogeneità**: adozione raccomandazioni cliniche condivise
- **Utilizzo consapevole ed ottimale delle risorse** a disposizione;

Risultati attesi

- diagnosi precoce e tempestiva
- miglioramento qualità delle cure
- superamento della disomogeneità delle cure oncologiche

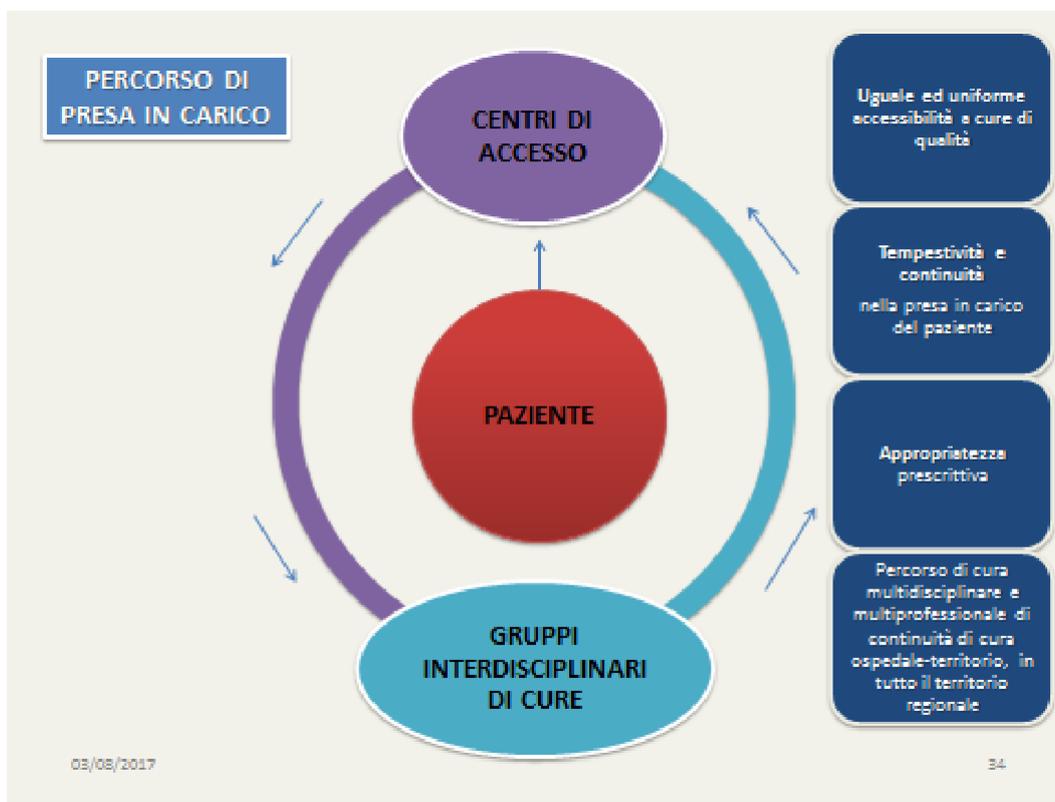
Modello

Comprehensive Cancer Care Network (CCCN)



Percorso di presa in carico

Ogni azione del piano di rete si sviluppa intorno al paziente, che viene sempre posto al centro delle cure e che viene accompagnato lungo un percorso facilitato e organizzato nell'ambito di un'unica regia. Il paziente, proveniente da MMG, screening, specialista, PS e altri reparti, accede al percorso tramite la capillare presenza sul territorio dei Centri di Accesso e Supporto e viene indirizzato al Gruppo Interdisciplinare di Cura per la specifica patologia, a garanzia della continuità assistenziale. Il percorso di cura multidisciplinare e multiprofessionale garantisce uguale e uniforme accessibilità a cure di qualità, tempestività e continuità nella presa in carico, appropriatezza.



Requisiti

Riprendendo i contenuti del Piano Oncologico Nazionale e del documento AIOM CIPOMO si identificano di seguito i requisiti che la rete oncologica regionale deve possedere:

- ✓ presenza di una **autorità centrale regionale** in grado di governare i collegamenti tra le diverse strutture, la pianificazione dell'uso delle risorse, la definizione e valutazione dei pazienti per le diverse patologie neoplastiche;



- ✓ diffusione nel territorio di **centri di accesso** alla rete oncologica in grado di prendere in carico il singolo caso assicurando la regia dell'intero percorso;
- ✓ esistenza di un **modello organizzativo che preveda l'integrazione multiprofessionale con la costituzione di gruppi tumore-specifici** che adottano in modo condiviso percorsi di cura mandatori per tutti i professionisti impegnati;
- ✓ individuazione delle **strutture di riferimento** per il trattamento dei diversi tumori in base alla loro incidenza/prevalenza epidemiologica, alla comprovata efficacia della numerosità dei casi trattati con appropriatezza, alla presenza delle necessarie tecnologie e all'expertise dei professionisti;
- ✓ **coinvolgimento dei servizi territoriali** per le azioni di promozione della salute/prevenzione, adesione agli screening, tempestività diagnostica, equità di accesso, integrazione dei percorsi di cura, programmazione del follow up, interventi riabilitativi e facilitanti il reinserimento sociale, cure palliative;
- ✓ **partecipazione e corresponsabilizzazione dei distretti sanitari e dei medici di medicina generale;**
- ✓ **promozione di rapporti con i pazienti e le loro associazioni** per una presenza attiva nei momenti delle scelte programmatiche e per una valutazione della qualità percepita;
- ✓ **informatizzazione** che consenta a tutti i nodi della rete di accedere alle principali informazioni caratterizzanti la storia del paziente e assicurarsi attraverso un sistema dedicato di prenotazioni la regia dei diversi momenti del percorso;
- ✓ **facilitazione della ricerca clinica** con la semplificazione e condivisioni delle procedure e l'istituzione di un servizio di data-management con una piattaforma informatica unificata per la raccolta dei dati;
- ✓ **nascita di infrastrutture di sistema** quale il laboratorio per le indagini di patologia molecolare e la ricerca delle mutazioni genomiche con una piattaforma per la gestione di tali dati;
- ✓ **progetti di comunicazione** per presentare ai cittadini le opportunità fornite dalla rete e renderli in grado di decidere consapevolmente sui diversi aspetti del loro percorso di cura;
- ✓ **programma di formazione e aggiornamento per tutti gli operatori della rete** su problemi clinici organizzativi relazionali;



- ✓ **definizione degli indicatori di struttura, processo e risultato** per ciascuno dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali previsti e audit periodici per l'adozione di eventuali provvedimenti correttivi.

Livelli Rete Oncologica:

- **Coordinamento Oncologico Regionale**
- **Comitato Scientifico**
- **Hub Centro Oncologico di Riferimento regionale (Oncologia Businco-AO Brotzu)**
- **Hub dell'AOU di Sassari**
- **Centri di accesso e supporto (CAS)**
- **Coordinamento Gruppi interdisciplinari di cure**
- **Gruppi interdisciplinari di cure (GIC)**
- **Gruppi di lavoro specifici attività di supporto (GL)**

Coordinamento Oncologico Regionale

Compiti e funzioni

Il Coordinamento Oncologico Regionale coordina l'attività complessiva di progetto e i collegamenti tra le diverse strutture, la pianificazione dell'uso delle risorse, la definizione e valutazione dei percorsi dei pazienti per le diverse patologie neoplastiche e la valutazione dell'impatto sul servizio sanitario dei diversi setting di patologia neoplastica, con il coinvolgimento del registro tumori.

Il Coordinamento sviluppa e gestisce il sistema delle regole della rete oncologica regionale sulla base e in coerenza con gli indirizzi definiti dal Comitato di organizzazione delle reti integrate (CORI) istituito con determinazione (n. 1479 del 28/12/2017) del Direttore Generale della Sanita ai sensi della DGR n. 24/22 del 16/05/2017.

Fornisce supporto tecnico-scientifico e organizzativo a tutti i gruppi di lavoro (Gruppi Interdisciplinari di cure e Gruppi di lavoro specifici delle attività di supporto) e ne coordina l'attività. Il Coordinamento Oncologico Regionale garantisce un'interlocuzione con i medici di medicina generale (MMG) e con l'Associazione in campo oncologico.

Il Coordinamento Oncologico avrà altresì il compito di redigere la proposta di riorganizzazione della rete oncologica regionale, con identificazione dei centri di riferimento.



La composizione e le funzioni del Coordinamento sono definite e aggiornate con appositi decreti assessoriali.

Gruppi di lavoro specifici attività di supporto (GL)

Accanto al Coordinamento Oncologico Regionale si ritiene necessario costituire gruppi di lavoro specifici più ampi relativi ad attività trasversali, o nominare referenti per la rete ove già esistenti, le cui proposte ed istanze verranno poi valutate e approvate dal Coordinamento Oncologico Regionale. Alcuni gruppi di lavoro o coordinamenti, come il Registro tumori regionale, il coordinamento screening, e il tavolo delle cure palliative, risultano già attivati e operano sotto il coordinamento dell'Assessorato; in altri casi, il coordinamento delle linee di attività è direttamente gestito dalle articolazioni organizzative della Direzione Generale della Sanità della RAS che può prevedere l'attivazione di gruppo di lavoro in rapporto alle seguenti tematiche:

- Rapporti con le Anatomie Patologiche
- Associazioni Pazienti
- Accordi interregionali
- Sistema Informativo: cartella clinica condivisa; portale rete oncologica
- Farmaci (monitoraggio tossicità tardive, farmaci innovativi e *off-label*)
- Formazione, Ricerca, Comitato Etico, Sperimentazioni cliniche

I referenti dei gruppi di lavoro specifici delle attività di supporto sopra identificate, ivi compresi quelli già istituiti a livello regionale, dovranno rapportarsi al Coordinamento Oncologico Regionale.

Centri di accesso e supporto (CAS)

Compiti e funzioni

I Centri di accesso rappresentano per il paziente le strutture di riferimento all'interno della Rete Oncologica, consentono la presa in carico dei singoli casi a garanzia della regia e dell'assistenza necessarie lungo le diverse fasi del percorso di cura, ne verificano la continuità assistenziale.

- Accoglienza del paziente
- Informazione su servizi erogati, modalità di accesso, prenotazioni
- Programmazione prestazioni diagnostiche preliminari



- Attivazione del Gruppo interdisciplinare di Cure di riferimento e coordinamento tempistica e riunioni del GIC
- Inserimento nel percorso di cura e supporto lungo l'intero percorso clinico assistenziale, rapportandosi direttamente con le singole strutture che avranno in carico il paziente nelle diverse fasi (diagnostica, GIC, terapeutica, follow up, cure palliative)
- Verifica della continuità assistenziale controllando che vi sia sempre un soggetto che abbia in carico il paziente
- Attività amministrativo-gestionali: creazione e aggiornamento scheda oncologica; predisposizione materiale GIC

Requisiti dei Centri di Accesso e Supporto

Quale presupposto di base necessario per l'identificazione del centro di accesso è in via prioritaria individuata la presenza nella struttura oncologica di personale dedicato e attività di ricovero in degenza ordinaria e/o Day Hospital.

Sul territorio regionale sono individuate le seguenti strutture:

- ❖ AOU Cagliari
- ❖ AOU Sassari
- ❖ AO Brotzu Cagliari Ospedale Oncologico
- ❖ Ospedale San Francesco Nuoro
- ❖ Ospedale San Martino Oristano
- ❖ Ospedale Sirai Carbonia
- ❖ Ospedale San Gavino
- ❖ Ospedale Olbia
- ❖ Ospedale Alghero

Nel corso del 2018 la Regione e l'Azienda per la tutela della Salute (ATS), sulla base delle indicazioni fornite dal Coordinamento Oncologico regionale valutano la possibilità:

- di istituire una struttura di Oncologia presso l'Ospedale SS. Trinità di Cagliari in ragione dell'attività oncologica dell'area di Cagliari e dei volumi di chirurgia oncologica della struttura;



- di istituire un servizio ambulatoriale in Lanusei in deroga al requisito principale in ragione della sede disagiata e degli attuali volumi di chirurgia oncologica della struttura. Si valuti la possibilità di inserire l'attività di Day Hospital.

Il privato convenzionato deve sempre riferire il paziente, all'interno del percorso di rete condiviso, tramite un centro di accesso.

Requisiti organizzativi

I seguenti indirizzi organizzativi sono sottoposti alla valutazione del nucleo tecnico di cui agli articoli 5 e 6 della legge regionale 28 luglio 2006, n. 10, ai fini della definizione delle procedure per la verifica della funzionalità e dei requisiti di qualità necessari per ottenere l'accreditamento dei centri.

Dotazione organica

- Un amministrativo
- Un infermiere
- Un medico referente
- Psiconcologo

Disponibilità di ulteriori figure professionali a richiesta

- Geriatra
- Assistente sociale

Requisiti Strutturali

- Accettazione
- Ambulatorio (medico – infermieristico)
- Sala d'attesa con servizi

Requisiti Strumentali

- Linea telefonica esterna (numero dedicato per le prenotazioni)
- Linea telefonica dedicata per le comunicazioni tra i diversi Centri di Accesso della Rete (solo operatori della Rete)
- Accesso piattaforma informatica
- Cartella informatica condivisa



Requisiti Organizzativi

- Apertura al pubblico dal lunedì al venerdì
- Infermiere e amministrativo svolgono compiti relativi al Centro di Accesso e al Centro ospite (nodo della Rete)
- Medico referente di turno (disponibile per almeno 3 ore al giorno)
- Figure professionali che operano in modo programmato (psiconcologo, assistente sociale, geriatra)
- Fascia oraria dedicata di almeno due ore al giorno alle telefonate esterne (prenotazioni, informazioni etc).

Modalità di accesso del paziente

Il paziente accede in modo diretto (non tramite CUP) su richiesta screening, MMG, PS e reparti ospedalieri, specialisti ambulatoriali.

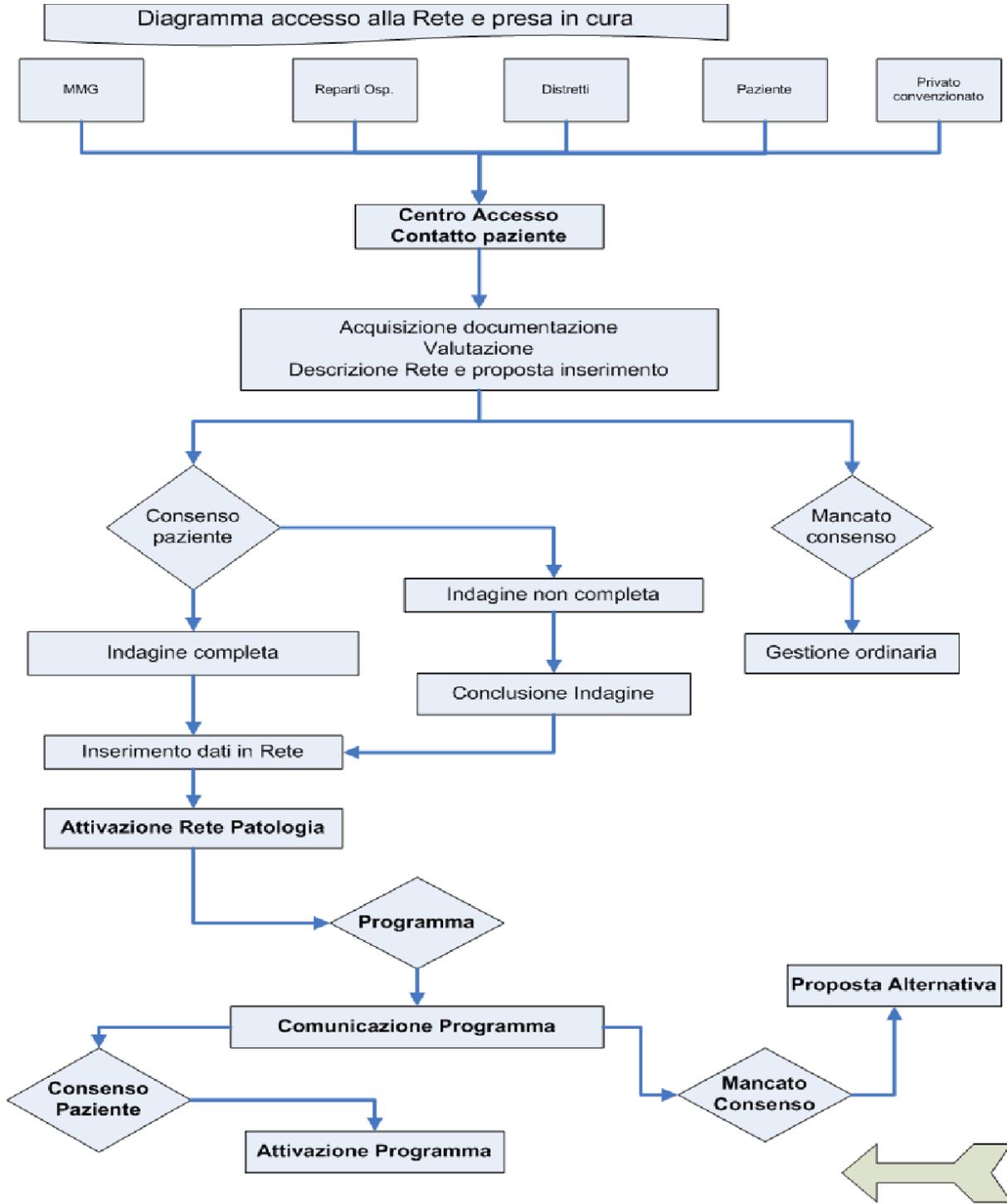
Indicatori

Il primo contatto dalla prenotazione deve avvenire entro 48 ore (due giorni lavorativi) per almeno l'80% dei pazienti. Percentuale pazienti visti entro 24 - 48 - 72 - oltre.

Modalità di presa in carico del paziente

Ogni Centro dispone di una procedura validata dalla rete con indicazione sul percorso interno (pazienti con diagnosi certa, diagnosi presunta, già stadiati, da stadiare). Ogni Centro deve altresì avere indicazioni chiare, per le singole patologie, sulle strutture a cui fare riferimento per prestazioni non eseguibili nel territorio di competenza. Tali indicazioni devono essere chiaramente riportate nelle procedure interne del Centro.

Nel diagramma sottostante è illustrata la procedura di accesso e presa in carico da parte del Centro.





Gruppi interdisciplinari di cure (GIC)

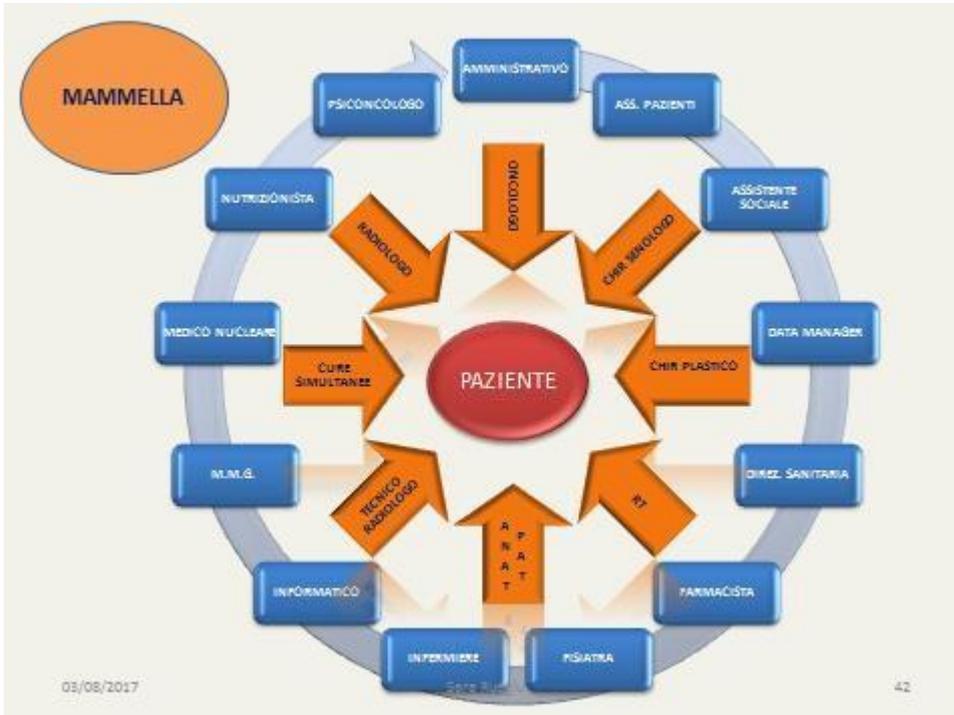
I Gruppi Interdisciplinari di Cure (GIC) rappresentano un modello organizzativo che prevede il coinvolgimento di diversi professionisti coinvolti nelle varie diagnosi di cura che, attraverso una visione complessiva della persona e l'interdisciplinarietà dell'approccio clinico, decidono collegialmente il percorso di cura più appropriato e vi pongono al centro la persona, accompagnandola nelle diverse fasi.

Il principale vantaggio che deriva da una presa in carico multidisciplinare è rappresentato da una maggiore tempestività e dal coordinamento degli interventi: i diversi professionisti coinvolti nelle fasi di diagnosi e cura, che cambiano in base alla patologia e alle specifiche condizioni di salute della persona, non incontrano il paziente in successione, frammentando i percorsi diagnostico-terapeutici e allungando i tempi di attesa, ma si presentano come una vera e propria équipe medica che basa la propria operatività sulla comunicazione e sulla condivisione interdisciplinare.

In via preliminare sono individuati i seguenti GIC regionali, che possono essere successivamente integrati sulla base delle indicazioni del Coordinamento Oncologico regionale:

- Mammella
- Polmone
- ORL
- Urologici
- Colon Retto
- Neoplasie Rare
- Oncoematologia pediatrica
- Ematologia

Per ciascun GIC sono state identificate le figure trasversali e le figure professionali specifiche per le singole patologie. Si riporta di seguito un esempio:



PDTA

Per ciascuna patologia identificata è delineato il programma di attivazione dei singoli percorsi diagnostico terapeutico assistenziali e le tempistiche attese per ciascuna fase. In particolare, si prevedono tre fasi:

Fase Preliminare: la fase preliminare è di **competenza del singolo GIC**, sotto la supervisione del Gruppo di Lavoro. I coordinatori dei GIC, nominati dalla Direzione Generale della Sanità, identificano i componenti gruppo di lavoro (tempistica attesa 1 mese) e redigono il PDTA sulla base delle linee guida AIOM, ESMO e NCCN (Tempistica attesa 6 mesi)

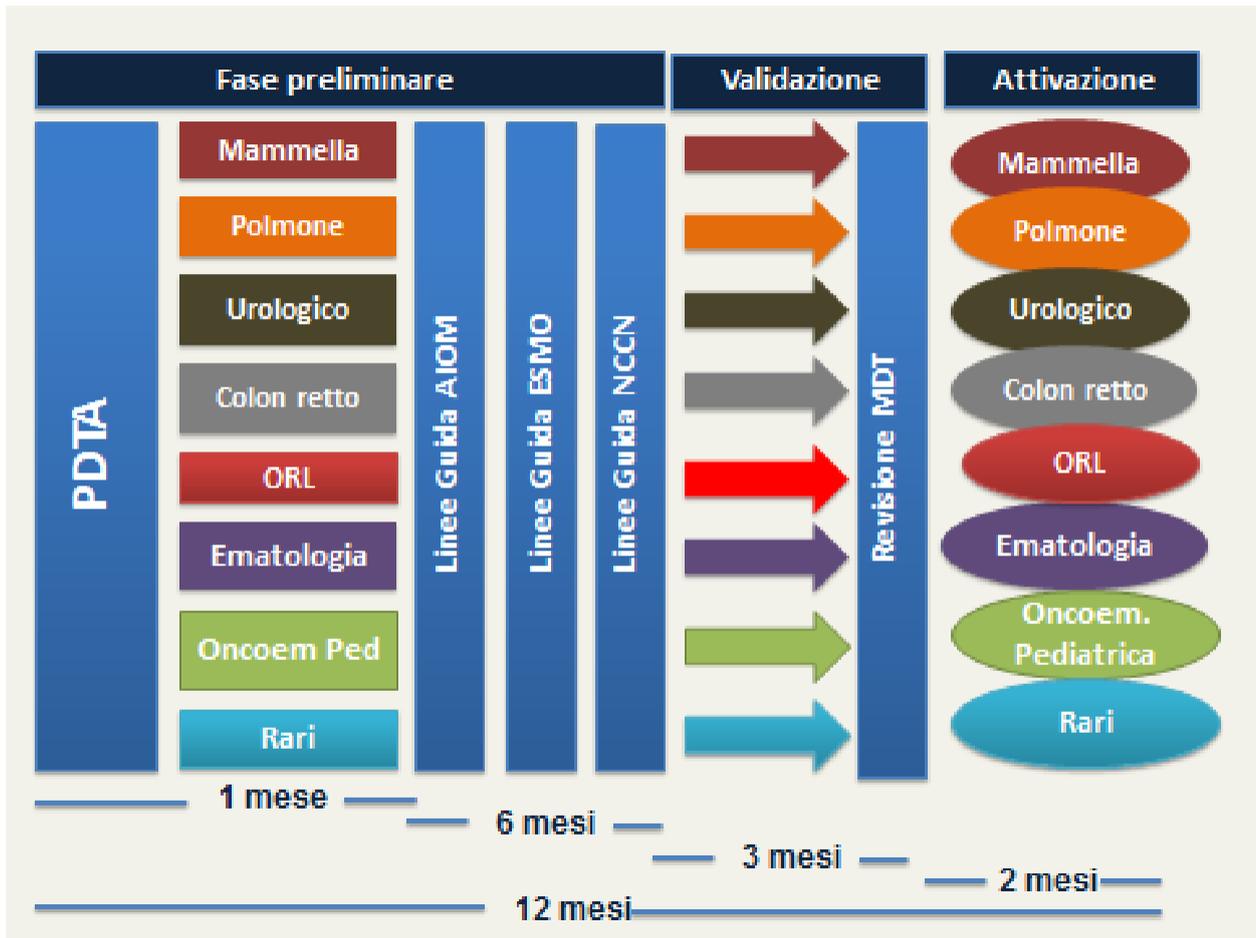
Fase di Validazione: il processo di revisione dei PDTA è di **competenza dei Direttori Sanitari delle Aziende ATS, AO Brotzu, AOU Sassari, AOU Cagliari** che potranno, se necessario, convocare il coordinatore del singolo GIC. Tempistica attesa: 3 mesi

Fase di Attivazione: attivazione percorsi (tempistica attesa 2 mesi)

Fase di monitoraggio: definire criteri



Nel diagramma seguente son rappresentati graficamente i percorsi identificati:





Piano di rete: programma di attività

Il Coordinamento oncologico regionale coordina i Gruppi Interdisciplinare di Cure (GIC) e i Gruppi di Lavoro specifici delle attività di supporto, ha il compito di redigere la proposta di riorganizzazione della rete oncologica regionale, con l'individuazione e la definizione delle caratteristiche dei centri di riferimento e la successiva identificazione degli stessi.

Sulla base delle priorità e delle relative tempistiche il Coordinamento Oncologico è chiamato a:

- sviluppare la rete regionale con l'identificazione di ruolo dei centri di riferimento per le principali patologie oncologiche, sulla base dei volumi minimi di attività, come previsto dal Programma Nazionale Esiti (PNE) e dal DM 70/2015 relativamente al rapporto volumi/esiti;
- sviluppare e declinare i rapporti funzionali tra gli Hub individuati dal documento di Riordino della rete ospedaliera regionale e gli altri centri di riferimento della rete;
- assicurare al paziente oncologico il miglior trattamento attraverso un percorso di cura multidisciplinare e multi-professionale nell'ambito della continuità di cura tra il livello ospedaliero e il livello territoriale,
- definire percorsi di cura integrati e facilitare l'adesione a programmi di continuità di cura sul territorio e la riabilitazione oncologica;
- definire raccomandazioni metodologiche per la definizione dei PDTA, Audit, revisione e aggiornamento e indicatori per il monitoraggio, nonché le modalità per l'eventuale richiesta di una *second opinion* da parte del paziente;
- definire aspetti specifici dei PDTA per i vari tipi di tumore e attivare adeguati sistemi di verifica e di indicatori per il monitoraggio dell'appropriatezza dei percorsi di cura e del trattamento oncologico;
- assicurare un sistema informativo che permetta la condivisione di strumenti e informazioni dei pazienti affetti da patologie oncologiche, nell'ambito di percorsi integrati ospedale-territorio;



- definire piani di formazione ed aggiornamento per il personale;
- facilitare i programmi di *screening* e di diagnosi precoce per i vari tipi di tumore
- sviluppare interlocuzioni con i MMG
- sviluppare interlocuzioni con le Associazioni
- sostenere programmi di ricerca e sperimentazioni cliniche in oncologia.

Attivazione progetti pilota e sperimentazione della rete

La programmazione della rete oncologica regionale rappresenta certamente un progetto articolato e decisamente ambizioso, la cui implementazione complessiva attraverso un percorso sistematico che si sviluppi nei diversi ambiti richiede tempistiche di lungo periodo. Per contro, la cura dei pazienti oncologici rappresenta un obiettivo di rilevanza tale da richiedere risultati immediati, e la Regione intende colmare quanto più possibile il ritardo accumulato. Al fine di dare una prima risposta concreta, si è pertanto deciso di tradurre immediatamente in pratica il programma di sviluppo, attivando i primi progetti pilota e sperimentando la condivisione in rete.

Grazie al progetto promosso dall'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari, in un clima di grande entusiasmo e sinergia, tutte le oncologie presenti sul territorio regionale si sono incontrate in rete tramite piattaforma, dando luogo alla prima web conference oncologica regionale. Durante la riunione è stato chiesto alle strutture oncologiche regionali di individuare i referenti per le singole patologie e si sono identificate le strutture cui sarà affidato il coordinamento dei singoli progetti pilota.

La piattaforma consente di accorciare le distanze e ridurre i tempi, con l'obiettivo di passare dall'attuale rete, nella quale i professionisti sono uniti da collegamenti deboli per lo più basati sulla conoscenza reciproca, a una rete supportata da azioni istituzionali e maggiormente strutturata, che metta in relazione i gruppi di lavoro per specialità e che sia finalizzata al confronto tra pari su casi clinici complessi e allo sviluppo dei percorsi assistenziali per le specifiche patologie.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Si tratta di un primo passo verso il raggiungimento di una piena conoscenza reciproca tra strutture e professionisti e la messa in collegamento degli stessi tramite piattaforma informatica per lo scambio di pareri e consulenze, di immagini, e di dati finalizzati al coordinamento per specialità, in modo che, in questa prima fase, la rete possa già agire come veicolo di trasmissione di informazioni che consentano al MMG, specialista o allo stesso paziente di identificare la struttura più idonea per lo specifico problema clinico.