



REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO

Roma, 28 luglio 2010

PARTE PRIMA - PARTE SECONDA

Si pubblica normalmente il 7, 14, 21 e 28 di ogni mese
Registrazione: Tribunale di Roma n. 569/1986

DIREZIONE REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO LA PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE - VIA CRISTOFORO COLOMBO, 212 - 00147 ROMA

IL BOLLETTINO UFFICIALE si pubblica a Roma in due distinti fascicoli:

- 1) la Parte I (Atti della Regione) e la Parte II (Atti dello Stato e della U.E.)
- 2) la Parte III (Avvisi e concorsi)

Modalità di abbonamento e punti vendita:

L'abbonamento ai fascicoli del Bollettino Ufficiale si effettua secondo le modalità e le condizioni specificate in appendice e mediante versamento dell'importo, esclusivamente sul c/c postale n. 42759001 intestato a Regione Lazio abbonamento annuale o semestrale alla Parte I e II; alla parte III; alle parti I, II e III al Bollettino Ufficiale. Per informazioni rivolgersi alla Regione Lazio - Ufficio Bollettino Ufficiale, Tel. 06-51685250 - 06-51685074.

Il Bollettino Ufficiale della Regione Lazio è ora consultabile anche in via telematica tramite Internet accedendo al sito www.regione.lazio.it

Il Bollettino Ufficiale può essere visualizzato e/o stampato sia in forma testuale che grafica.

Gli utenti sono assistiti da un servizio di "help" telefonico (06-85084200).

Da Gennaio 2001 l'accesso alla consultazione del Bollettino in via telematica tramite INTERNET è gratuito al pubblico.

Si rinvia ugualmente all'appendice per le informazioni relative ai punti vendita dei fascicoli del Bollettino Ufficiale.

Riproduzione anastatica

PARTE I

ATTI DEL PRESIDENTE DELLA REGIONE LAZIO

DECRETO DEL PRESIDENTE IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA 9 luglio 2010, n. 53.

Remunerazioni delle prestazioni in rese in case di cura neuropsichiatriche dai soggetti erogatori privati provvisoriamente accreditati per l'anno 2010. Attuazione Obiettivo 2.5.1. dei Programmi Operativi

Pag. 3

DECRETO DEL PRESIDENTE IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA 13 luglio 2010, n. 59.

Rete Oncologica

» 17

PARTE I

ATTI DEL PRESIDENTE DELLA REGIONE LAZIO

DECRETO DEL PRESIDENTE IN QUALITÀ DI COMMISSARIO *AD ACTA* 9 luglio 2010, n. 53.

Remunerazioni delle prestazioni in rese in case di cura neuropsichiatriche dai soggetti erogatori privati provvisoriamente accreditati per l'anno 2010. Attuazione Obiettivo 2.5.1. dei Programmi Operativi.

LA PRESIDENTE In Qualità di Commissario *ad Acta*

PRESO ATTO che con Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010 è stato nominato, in qualità di Commissario *ad acta* per la prosecuzione del piano di rientro del disavanzo sanitario della Regione Lazio, il presidente *pro-tempore* della Giunta della Regione Lazio;

PRESO ATTO che con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 17 ottobre 2008 n. 3743 il dr. Mario Morlacco è stato nominato sub Commissario per l'attuazione del Piano di rientro della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale ai sensi della suddetta deliberazione del consiglio dei Ministri dell'11 luglio 2008;

VISTO il D.Lgs. 502/92 e s.m.i., concernente il "Riordino della disciplina in materia sanitaria", che, in particolare, disciplina il sistema di finanziamento a quota capitaria da assicurare alle Regioni per garantire livelli uniformi di assistenza e introduce il sistema di finanziamento e di remunerazione a prestazione dei soggetti pubblici e privati che erogano assistenza sanitaria;

CONSIDERATO che la Regione Lazio per aver maturato nel tempo disavanzi di gestione non ripianabili entro il 31 maggio 2006 e per aver accertato un livello di indebitamento del settore sanitario di rilevante consistenza si è trovata nella condizione di dover stipulare l'accordo previsto nell'art. 1 comma 180 Legge dello Stato n. 311 del 30/12/2004 – legge finanziaria 2005 - e di dover ottemperare a tutti gli obblighi, ivi disciplinati, per le Regioni in squilibrio economico finanziario;

VISTO l'accordo sottoscritto il 28 febbraio 2007 dal Ministero della Salute, dal Ministero dell'Economia e dal Presidente della Regione Lazio per l'approvazione del Piano di rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'art. 1 comma 180 della L. 30 dicembre 2004 n. 311, recepito con DGR n. 149 del 6 marzo 2010;

CONSIDERATO che gli interventi individuati dal Piano di rientro sopracitato sono per la Regione Lazio vincolanti ai sensi dell'articolo 1, comma 796, lettera b della legge 27 dicembre 2006 n. 296,

VISTA la DGR n. 149 del 06.03.2007 con la quale è stato approvato l'accordo sottoscritto in data 28.02.07 ed il Piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario della Regione Lazio, allo stesso allegato quale parte integrante;

ATTESO che il predetto Piano di Rientro prevede obiettivi generali e specifici all'interno dei quali sono sviluppati obiettivi operativi ed interventi con l'indicazione, per ognuno di essi, dei tempi e dei modi di realizzazione;

PRESO ATTO che il Piano di Rientro ha valenza triennale con scadenza il 31 dicembre 2009;

VISTA l'Intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009 concernente il Patto per la salute per gli anni 2010-2012;

PRESO ATTO di quanto disposto nel Patto per la salute 2010-2012, in particolare all'art. 13, comma 14, circa il prosieguo dei piani di rientro delle Regioni già commissariate, secondo programmi operativi;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U0087 del 18 dicembre 2009 "Approvazione Piano Sanitario Regionale 2010-2012";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U0096 del 29/12/2009 avente ad oggetto : "Patto per la Salute 2010-2012 del 3.12.2009, art. 13, comma 14. Tavolo di verifica del 10 novembre e 10 dicembre 2009. Approvazione Programmi Operativi per l'anno 2010", e s.m.i.;

ATTESO CHE nell'Obiettivo 5 del suddetto Programma Operativo per l'anno 2010, riguardante l'Altra assistenza da privato, sono ricomprese anche le prestazioni rivolte alle case di cura neuropsichiatriche;

VISTI il Decreto Commissariale n. U0033 del 08/04/2010 avente ad oggetto "Revoca decreto del Commissario ad Acta n. U0096 del 29.12.2009 e n. U0009 del 26.01.2010 ed approvazione Programmi operativi 2010" e il Decreto Commissariale n. U0037 del 21 aprile 2010 recante oggetto "Integrazioni e modifiche dei Programmi Operativi di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U0033 del 08.04.2010" e s.m.i.;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U0017 del 09 marzo 2010 avente ad oggetto "Atto ricognitivo di cui al Decreto Commissariale U0096/2009, Piano dei fabbisogni assistenziali per la Regione Lazio ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. A, numero 1) della L.R. 4/2003", con cui si approva il Documento di valutazione della "Stima del fabbisogno assistenziale per le strutture del Servizio Sanitario Regione Lazio", ai fini della verifica di compatibilità di cui al D. Lgs. 502/92 e s.m.i., art. 8 *quater* ed alla Legge Regionale n. 4/2003 e al Regolamento Regionale n. 2/2007, la cui validità risulta correlata al Piano Sanitario Regionale 2010-2012;

VISTA la Legge Regionale n. 4 del 3 marzo 2003 : "Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali";

VISTO il Regolamento Regionale n. 2 del 26 gennaio 2007 : "Disposizioni relative alla verifica di compatibilità e al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio, in attuazione dell'art. 5, comma 1, lett. b), della L.R. n. 4/2003;

VISTO il Decreto Commissariale n. U0003/09 "Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni neuropsichiatriche dei soggetti erogatori privati accreditati per l'anno 2009. Attuazione del Piano di rientro di cui all'accordo sottoscritto ai sensi dell'art 1 comma 180 L. 311/2004 : obiettivi specifici 1.1 - 1.3.";

VISTO il Decreto Commissariale n. U0098 del 29/12/2009 che definisce i livelli massimi di finanziamento e remunerazione delle prestazioni sanitarie acquistate da privato per l'anno 2010 e, in particolare, stabilisce il tetto per l'anno 2010 per l'Altra assistenza da privato (RSA, Neuropsichiatria, Hospice, CTR, Alzheimer, tossicodipendenti e alcolisti, idrotermale) nella misura complessiva di € 320.430.400;

VISTO il D.Lgs. n. 502/92, ed in particolare l'art. 8 *quinqüies*, comma 2 che prevede la stipulazione di contratti con le strutture private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro associazioni rappresentative a livello regionale che indicano tra l'altro:

- Il volume massimo di prestazioni che le strutture si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza;
- Il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extratariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali.

VISTO il D.Lgs. n. 502/92, art. 8 *quater*, comma 2, che, a tal proposito, prevede che la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui al suddetto art. 8 *quinqüies*;

VISTO l'art. 8 *quinquies*, comma 2, lettera e-bis, del D.Lgs. 502/92 che definisce la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture, correlato ai volumi di prestazioni concordato, prevedendo che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti regionali, fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario programmato;

PRESO ATTO che nell'Intesa raggiunta il 10 dicembre 2008 tra la parte Pubblica (Regione Lazio) e le associazioni di categoria, parte integrante del Decreto Commissariale n. U0003/09 summenzionato, si è stabilito che: "Il budget 2009 è quantificato nella misura corrispondente al 2008"*omissis* "La presente intesa, fermo restando il limite complessivo di remunerazione, potrà essere rivista all'esito della definizione della specifica collocazione degli 800 posti nelle 12 Cdc in tre tipologie di strutture/reparti, della revisione tariffaria e della riconversione di 245 pp.ll. residui in RSA (salvo vecchi pp.ll. residui). Si conviene la costituzione di un tavolo paritetico che esaminerà la proposta della Regione rispetto al Documento tecnico, da realizzare entro il 30/04/2009, per la specifica collocazione degli 800 posti nelle 12 Cdc in tre tipologie di strutture/reparti, della revisione del sistema tariffario e della riconversione di 245 pp.ll. residui in RSA. Detto tavolo è costituito al fine di raggiungere una intesa concordata e condivisa";

VISTO il Decreto Commissariale n. U0048 del 7 luglio 2009 avente ad oggetto "Approvazione 'Integrazione e modifica dei requisiti di cui alla DGR 424/2006'(All.1); 'Ridefinizione dell'offerta complessiva di posti letto nella Case di Cura neuropsichiatriche e valorizzazione delle relative tariffe' (All.2)";

VISTO il Decreto Commissariale n. U0049 del 31 maggio 2010 avente ad oggetto "Integrazioni e modifiche dei Programmi Operativi di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U0037 del 21.04.2010" ed, in particolare, l'Obiettivo 2.5.2 che stabilisce per l'attività accreditata delle strutture neuropsichiatriche un costo programmato per l'anno 2010 pari a 45,7 milioni di euro;

CONSIDERATO che il Decreto Commissariale n. U0003/09 summenzionato ha stabilito che il budget 2009 è quantificato nella misura corrispondente al budget dell'anno 2008;

PRESO ATTO del termine del 31 dicembre 2009, prorogato al 31 marzo 2010 con nota n.155393 del 30 dicembre 2009, stabilito dalle disposizioni generali dell'Allegato 2 del Decreto commissariale n. U0048/09 per il completamento del piano di riconversione delle Case di Cura Neuropsichiatriche;

ATTESO che il Decreto Commissariale n. U0049/10 sopra citato prevede all'Obiettivo Operativo 2.5.1 d), che il processo di riorganizzazione del settore relativo alle strutture neuropsichiatriche debba completarsi nel primo semestre 2010, e che detto processo è attualmente in corso;

RIBADITO quindi, limitatamente alle 12 Cde neuropsichiatriche indicate nell'allegato "Tetti di remunerazione", parte integrante del Decreto commissariale n. U0003 del 21/01/2009, di seguito elencate: Castello della Quietè, Villa dei fiori, Villa Maria Pia, Villa Mendicini, S. Valentino, Sorriso sul mare, Colle Cesarano, Villa Armonia Nuova, Villa Rosa, Villa Giuseppina, Samadi, Villa Von Siebenthal, che il predetto termine del 31 marzo 2010 si intende differito al primo semestre 2010, al fine di completare la riorganizzazione dell'intero settore, come previsto dal Decreto Commissariale n. U0048/09;

VISTO il Decreto Commissariale n. U0025 del 19/03/2010 avente ad oggetto "Modifica e integrazione dei provvedimenti di finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di RSA per gli anni 2007 (DGR 437/07 - DGR 344/08), 2008 (DGR 173/08 - Decreto Commissariale n. U0021/08), 2009 (Decreto Commissariale n. U0004/09)";

PRESO ATTO del Decreto Commissariale n. U0025/2010 che, in particolare, ha stabilito il "budget di neuropsichiatria per l'anno 2009" delle Case di Cura "Castello della quiete" e "Mendicini" rispettivamente in € 1.529.220,00 (unmilione cinquecentoventinove miladuecentoventi/00) e in € 1.473.448,00 (unmilione quattrocento settantatré quattrocento quarantotto/00);

CONSIDERATO che, per l'anno 2010, il tetto di remunerazione, previsto dal predetto Obiettivo Operativo 2.5.1 d), Decreto Commissariale n. U0049/2010, per le prestazioni in Altra Assistenza ed, in particolare, per le prestazioni erogate dalle 12 Cde neuropsichiatriche è stato complessivamente ridotto rispetto all'anno 2009, sia in funzione del programmato completamento del processo di riorganizzazione del settore sia per le già intervenute riconversioni;

VALUTATO che, per effetto di quanto sopra, con i programmi operativi è stato possibile prevedere una riduzione del tetto complessivo di remunerazione pari al 5,68% rispetto all'anno 2009, limitatamente all'anno 2010, per le strutture che stanno completando detto processo;

CONSIDERATO che il Decreto Commissariale n. U0048/09 stabilisce che la competenza del suddetto percorso di riorganizzazione è attribuita all'Area Qualità e Requisiti Autorizzativi e di Accreditamento - Direzione Politiche della Prevenzione e dell'Assistenza Sanitaria Territoriale - e che detto percorso, previsto dal Decreto Commissariale n. U0049/10, è tuttora in corso;

DEFINITO pertanto che per le 12 Cdc Neuropsichiatriche il budget per l'anno 2010 è pari al budget 2009 con una riduzione del 5,68%;

PRESO ATTO del "Verbale di incontro del 23 e 25 giugno 2010" tra la parte Pubblica (Regione Lazio) e le Associazioni di categoria, allegato e parte integrante del presente Decreto Commissariale, con cui all'esito del dibattito è risultato quanto segue :

- I 240 posti letto di tipo ospedaliero, previsti nel decreto 48/09 suddetto, vanno configurati come pp.ll. per acuti, tenuto anche conto della carenza di pp.ll. negli SPDC.
In ordine al rilievo ministeriale, secondo il quale non sarebbe compatibile la presenza di pp.ll. per acuti nelle Case di cura private, i presenti ritengono che non sussista specifica normativa che lo vieti e, in ogni caso, aderendo a tale rilievo verrebbe meno un livello di assistenza con gravi conseguenze. Pertanto, a partire dalla formalizzazione della riconversione, nei termini di cui sopra, saranno applicate le tariffe giornaliere previste nel decreto 48/09. A tal fine i rappresentanti regionali ritengono di non poter accogliere la richiesta, avanzata dalle Case di cura, di spostare da 20 a 30 giorni il termine dopo il quale la tariffa è abbattuta.
- L'accesso dei pazienti alle strutture su inoltro del Dipartimento di Salute mentale potrà avvenire mediante presa in carico, da parte delle strutture accreditate, che garantisca il percorso assistenziale. A tal fine, in sede di tavolo tecnico ex decreto 48/09, saranno stabilite le modalità di presa in carico. Il tavolo si insedierà entro 30 gg. E concluderà i lavori entro il 30/09/2010.
- In sede di tavolo tecnico potrà essere concordato che le attività socio riabilitative H24 e H12 possano essere in parte sostituite da altre tipologie di attività carenti nella regione ad invarianza di risorse.
- Nell'ambito dei lavori attualmente in corso presso l'ASP per la revisione dei requisiti delle strutture si procederà alla rivalutazione anche di quelli delle strutture di assistenza neuropsichiatrica relativamente agli acuti.
- Per le Case di cura che avessero già completato il processo di riconversione ex decreto 48/09, ferma restando la qualificazione di 30 pp.ll. per acuti, sussistendone le condizioni in termini di requisiti, con effetto immediato possono essere applicate le nuove tariffe per le relative tipologie di attività all'interno del tetto massimo di spesa.
- Entro il 31 dicembre 2010, dovrà comunque pervenirsi all'accREDITAMENTO definitivo all'interno del processo che riguarda tutto il sistema regionale.

PRESO ATTO inoltre che con il medesimo incontro di cui al Verbale di incontro del 23 e 25 giugno 2010 suddetto, il tetto di spesa delle 12 Cdc Neuropsichiatriche, per il 2010 è fissato con una riduzione del 5,68% rispetto all'anno precedente così come di seguito riportato:

ASL	Casa di Cura Neuropsich	TETTI 2010 (riduzione del 5,68% rispetto ai tetti 2009 e 2008)
RMB	Castello della Quietè	1.442.360,30
RMB	Villa Mendicini	1.389.756,15
RMD	Villa Giuseppina	4.689.811,11
RMD	Villa Armonia Nuova	4.556.666,17
RME	S. Valentino	2.527.639,24
RME	Villa dei Fiori	4.368.095,45
RME	Samadi	3.454.191,76
RME	Villa Maria Pia	2.245.877,10
RMG	Colle Cesarano	8.399.196,00
RMH	Villa Von Siabenthal	3.360.177,35
VT	Villa Rosa	3.175.478,99
LT	Sorriso sul Mare	6.099.975,28
	TOTALE	45.709.224,90

CONSIDERATO che il giorno 25 giugno 2010 erano presenti tutte le Associazioni di categoria convocate e che, di queste, l'ARIS ha approvato e sottoscritto il suddetto verbale, mentre l'Aiop, la Confindustria Lazio e la Federlazio Salute ne hanno ricevuta copia, riservandosi di sottoscrivere ovvero formulare osservazioni in tempi brevi all'Ufficio del Commissario dr. Mario Morlacco;

CONSIDERATO che alla data del 6 luglio 2010 non sono state formulate osservazioni da parte delle Associazioni di categoria, rispetto a quanto proposto dalla Parte pubblica in sede di incontro del 23 e 25 giugno 2010;

RITENUTO che, alla luce di quanto sopra menzionato, il budget 2010 per le 12 Cdc Neuropsichiatriche è ridefinito in complessivi euro 45.709.224,90 (quarantacinquemilionsettecentonovemiladuecentoventiquattro/90);

STABILITO che il tetto di remunerazione per l'anno 2010 per ogni singola struttura, così ridefinito, è riportato nell'allegato "TETTI 2010 Cdc Neuropsichiatriche", parte integrante del presente decreto;

RITENUTO di dover adottare uno "Schema di Accordo contrattuale" per l'anno 2010 per le strutture erogatrici di prestazioni in Cdc Neuropsichiatriche, così come definito nell'allegato documento, parte integrante del presente provvedimento;

STABILITO altresì che la validità degli schemi di accordo 2010 decorre dal 01.01.2010 e ha scadenza 31.12.2010;

STABILITO inoltre che le Aziende Sanitarie Locali devono proporre per la sottoscrizione, limitatamente ai soggetti erogatori indicati nel prospetto "TETTI 2010 Cdc Neuropsichiatriche", i contratti denominati "Schema di Accordo Contrattuale" e inviargli copia originale alla Direzione Regionale Programmazione Sanitaria, Risorse Umane e Sanitarie - Area Pianificazione Strategica - del Dipartimento Sociale della Regione Lazio;

RIBADITO che, ai sensi dell'art. 8 *quater*, comma 2, D.Lgs. 502/92, la remunerazione delle prestazioni erogate non può essere corrisposta al di fuori della sottoscrizione degli accordi contrattuali;

RITENUTO opportuno precisare che la remunerazione delle prestazioni, così come indicato nel prospetto allegato "TETTI 2010 Cdc Neuropsichiatriche" è comprensiva delle prestazioni erogate ai residenti fuori regione ed ai cittadini comunitari e stranieri;

DECRETA

Le premesse sono parte integrante e sostanziale del presente decreto.

- Di definire per l'anno 2010 il budget per le 12 Case di Cura Neuropsichiatriche è pari al budget 2009 ridotto del 5,68% come esplicitato nell'allegato denominato "TETTI 2010 Cdc Neuropsichiatriche";
- Di approvare il prospetto allegato denominato "TETTI 2010 Cdc Neuropsichiatriche", parte integrante del presente decreto, che riporta la quantificazione dei tetti di remunerazione per l'anno 2010, per ogni singola struttura privata provvisoriamente accreditata erogatrice di prestazioni in Casa di Cura Neuropsichiatrica, per un totale di euro 45.709.224,90 (quarantacinquemilionesettecentonovemiladuecentoventiquattro/90);
- Di approvare il documento allegato denominato "SCHEMA di Accordo Contrattuale anno 2010", parte integrante del presente provvedimento;

- Di stabilire che:
 - la validità degli schemi di accordo contrattuale decorre dal 01.01.2010 e ha scadenza 31.12.2010;
 - le Aziende Sanitarie Locali devono proporre per la sottoscrizione, limitatamente ai soggetti erogatori indicati nel prospetto “TETTI 2010 Cdc Neuropsichiatriche”, i contratti denominati “Schema di Accordo Contrattuale” e inviame copia originale alla Direzione Regionale Programmazione Sanitaria, Risorse Umane e Sanitarie - Area Pianificazione Strategica - del Dipartimento Sociale della Regione Lazio;
 - la remunerazione delle prestazioni erogate non può essere corrisposta al di fuori della sottoscrizione degli accordi contrattuali;
 - la remunerazione delle prestazioni, così come indicato nel prospetto allegato “TETTI 2010 Cdc Neuropsichiatriche”, è comprensiva delle prestazioni erogate ai residenti fuori regione ed ai cittadini comunitari e stranieri;

Il presente decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale Regione Lazio.

La Presidente
Renata POLVERINI



REGIONE LAZIO

Dipartimento Sociale

Direzione Regionale Programmazione Sanitaria, Risorse Umane e Sanitarie

VERBALE D'INCONTRO del 23 e 25 giugno 2010

Tra la Regione Lazio

Dipartimento Sociale

Direzione Regionale Programmazione Sanitaria, Risorse Umane e Sanitarie

**Direzione Regionale Politiche della Prevenzione e dell'Assistenza sanitaria territoriale
e le Associazioni di categoria**

AIOP, ARIS, CONFINDUSTRIA LAZIO, FEDERLAZIO SALUTE

L'anno 2010 nei giorni 23 e 25 del mese di giugno presso la Regione Lazio, nella sede di Via R.R. Garibaldi 7 - IX piano - sala riunioni dell'Assessore alla Sanità, a seguito di apposita convocazione, si è tenuto un incontro finalizzato a regolare i rapporti con le 12 Case di cura svolgenti attività di assistenza neuropsichiatrica per le quali è prevista una parziale riconversione dal decreto commissariale n. U0048/2009.

Sono presenti :

Per la parte pubblica : il Sub Commissario per l'attuazione del Piano di rientro della Regione Lazio, nella persona del dottor Mario Morlacco, la Dirigente dell'area Programmazione della rete dei servizi nell'area dei soggetti deboli - Direzione regionale Politiche della prevenzione e dell'assistenza sanitaria territoriale - nella persona della dr.ssa Simonetta Fratini, il dr. Florido Falcioni, la dr.ssa Cristina Bianchi, la dr.ssa Traficante MLuisa per la Direzione Regionale Programmazione Sanitaria, Risorse Umane e Sanitarie - Area Pianificazione Strategica -, il dr. Andrea Gaddini dell'Asp Lazio-Sanità.

Per le Case di Cura neuropsichiatriche i rappresentanti delle Associazioni di categoria AIOP, ARIS, CONFINDUSTRIA LAZIO e FEDERLAZIO SALUTE.

PREMESSA

Preliminarmente il Dr. Morlacco introduce i lavori, richiama le criticità connesse alla situazione di disavanzo della Regione Lazio, i vincoli del piano di rientro e si sofferma sulla mancata attuazione del decreto commissariale n. U0048/09 per una serie di circostanze ivi compresi i rilievi elevati allo stesso decreto da parte del ministero affiancante.

Segue ampia discussione sulla questione dalla quale emerge l'esigenza di intervenire con integrazioni e modifiche al decreto suddetto contestualmente all'accordo sulla fornitura di prestazioni.

TANTO PREMESSO

All'esito del dibattito si concorda quanto segue:

- I 240 posti letto di tipo ospedaliero, previsti nel decreto 48/09 suddetto, vanno configurati come pp.ll. per acuti, tenuto anche conto della carenza di pp.ll. negli SPDC.

In ordine al rilievo ministeriale, secondo il quale non sarebbe compatibile la presenza di pp.ll. per acuti nelle Case di cura private, i presenti ritengono che non sussista specifica normativa che lo vieti e, in ogni caso, aderendo a tale rilievo verrebbe meno un livello di assistenza con gravi conseguenze. Pertanto, a partire dalla formalizzazione della riconversione, nei termini di cui sopra, saranno applicate le tariffe giornaliere previste nel decreto 48/09. A tal fine i rappresentanti regionali ritengono di non poter accogliere la richiesta, avanzata dalle Case di cura, di spostare da 20 a 30 giorni il termine dopo il quale la tariffa è abbattuta.

- L'accesso dei pazienti alle strutture su inoltro del Dipartimento di Salute mentale potrà avvenire mediante presa in carico, da parte delle strutture accreditate, che garantisca il percorso assistenziale. A tal fine, in sede di tavolo tecnico ex decreto 48/09, saranno stabilite le modalità di presa in carico. Il tavolo si insedierà entro 30 gg. E concluderà i lavori entro il 30/09/2010.
- In sede di tavolo tecnico potrà essere concordato che le attività socio riabilitative H24 e H12 possano essere in parte sostituite da altre tipologie di attività carenti nella regione ad invarianza di risorse.

**REGIONE LAZIO**

*Dipartimento Sociale
Direzione Regionale Programmazione Sanitaria, Risorse Umane e Sanitarie*

- Nell'ambito dei lavori attualmente in corso presso l'ASP per la revisione dei requisiti delle strutture si procederà alla rivalutazione anche di quelli delle strutture di assistenza neuropsichiatrica relativamente agli acuti.
- Per le Case di cura che avessero già completato il processo di riconversione ex decreto 48/09, ferma restando la qualificazione di 30 pp.ll. per acuti, sussistendone le condizioni in termini di requisiti, con effetto immediato possono essere applicate le nuove tariffe per le relative tipologie di attività all'interno del tetto massimo di spesa.
- Entro il 31 dicembre 2010, dovrà comunque pervenirsi all'accreditamento definitivo all'interno del processo che riguarda tutto il sistema regionale.

Per tutto quanto sopra concordato il tetto di spesa delle case di cura, per il 2010, è fissato come segue:

ASL	Casa di Cura Neuropsich	TETTI 2010 (riduzione del 5,68% rispetto ai tetti 2009 e 2008)
RMB	Castello della Quietè	1.442.360,30
RMB	Villa Mendicini	1.389.756,15
RMD	Villa Giuseppina	4.689.811,11
RMD	Villa Armonia Nuova	4.556.666,17
RME	S. Valentino	2.527.639,24
RME	Villa dei Fiori	4.368.095,45
RME	Samadi	3.454.191,76
RME	Villa Maria Pia	2.245.877,10
RMG	Colle Cesarano	8.399.196,00
RMH	Villa Von Siebenthal	3.360.177,35
VT	Villa Rosa	3.175.478,99
LT	Sorriso sul Mare	6.099.975,28
TOTALE		45.709.224,90

Roma, li 25 giugno 2010.

Letto, approvato e sottoscritto in otto copie originali.

Per la Regione

Il Sub Commissario
Morlacco

Il Dirigente regionale
Fratini

Per l'associazione ARIS

Il Presidente
Illegibile

Per l'associazione AIOP

Il Presidente

Per l'associazione CONFINDUSTRIA Lazio

Il Presidente

Per l'associazione FEDERLAZIO SALUTE

Il Presidente

SCHEMA DI ACCORDO CONTRATTUALE

L'Azienda Sanitaria Locale _____ con sede in Via _____ n. ____-
_____ in persona del Direttore Generale e legale rappresentante *pro-*
tempore _____ C.F./P.I. _____

e

dall'altra parte, il soggetto privato accreditato
_____ (di seguito per brevità
"Erogatore"), cod. _____ erogatore di prestazioni in Casa di cura
Neuropsichiatrica,

visto il D. Lgs. n. 502/92, e successive modificazioni ed integrazioni, concernente il
riordino della disciplina in materia sanitaria,

visto, in particolare, l'art. 8 *quinquies*, comma 2, D. Lgs. n. 502/92 che prevede la
stipulazione di contratti con le strutture private e con i professionisti accreditati,

visto il Decreto Commissariale n. U0049 del 31 maggio 2010 e s.m.i.,

visto il Decreto Commissariale con il quale è approvato il presente schema di accordo;

convengono e stipulano quanto segue:

- a) Il Budget assegnato per l'anno 2010 all'Erogatore è quello di cui alla colonna finale dell'allegato "TETTI 2010 Cdc Neuropsichiatriche " al rispettivo decreto commissariale di approvazione _____.
- b) L'Erogatore si impegna ad assicurare le prestazioni in Cdc neuropsichiatrica fino a concorrenza del Budget (Tetto Massimo) assegnato di cui al punto a).
- c) Le prestazioni erogate oltre il tetto massimo (Budget) non sono riconosciute con onere a carico del S.S.R. Ai fini del rispetto dei tetti di spesa sopra indicati, corrispondenti ai volumi di prestazioni massimi remunerati, si applica il disposto di cui all'art. 8 *quinquies*, comma 2, lettera e-bis del D.Lgs n. 502/92 e s.m.i..
- d) L'Erogatore è tenuto all'erogazione delle prestazioni agli aventi diritto modulando la produzione per soddisfare il fabbisogno assistenziale della popolazione in modo omogeneo per tutto l'anno fermo restando che le prestazioni erogate oltre il tetto massimo (Budget) non sono riconosciute con onere a carico del S.S.R.
- e) Le prestazioni erogate precedentemente alla sottoscrizione del presente accordo sono riconosciute entro e non oltre il Budget assegnato (Tetto massimo).

- f) Le prestazioni fatturate oltre il Budget (Fetto massimo) non sono liquidabili da parte della Azienda Sanitaria e pertanto non sono esigibili.
- g) Al fine del monitoraggio delle prestazioni l'Erogatore è tenuto al rispetto delle procedure di validazione, verifica, controllo esterno.
- h) All'Erogatore viene riconosciuta la produzione relativa al Budget assegnato da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti, delle attività svolte effettivamente, in applicazione della normativa nazionale e regionale sui controlli.
- i) Nel caso di cessione, a qualsiasi titolo, dei crediti derivanti dal presente accordo, l'Erogatore dovrà notificare alla ASL territorialmente competente la cessione, ai sensi dell'art. 1264 c.c..
- l) Le modalità di fatturazione e le procedure di pagamento rimangono invariate e si confermano quindi quelle attualmente vigenti.
- m) Il presente accordo si intende valido per l'intero anno 2010 e pertanto avrà scadenza il 31.12.2010.
- n) Restano ferme le cause di risoluzione previste per legge.
- o) Il Foro competente a decidere le controversie relative o derivanti dal presente accordo è esclusivamente in cui ha sede la ASL che sottoscrive il presente accordo.

Roma, _____ 2010

Letto, confermato e sottoscritto in 3 originali, conservato uno ciascuno dai sottoscrittori ed uno inviato alla Regione Lazio - Direzione Regionale Programmazione Sanitaria, Risorse Umane e Sanitarie - Area Pianificazione Strategica.

Per l'Azienda Sanitaria Locale _____

Per l'Erogatore _____

Il legale rappresentante (allega copia documento di riconoscimento)

REGIONE LAZIO

DIPARTIMENTO SOCIALE

Direzione Programmazione Sanitaria, Risorse Umane e sanitarie

TETTI CASE DI CURA NEUROPSICHIATRICHE 2010

ASL	Casa di Cura Neuropsich	TETTI 2010 (riduzione del 5,68% rispetto ai tetti 2009)
RMB	Castello della Quiete	1.442.360,30
RMB	Villa Mendicini	1.389.756,15
RMD	Villa Giuseppina	4.689.811,11
RMD	Villa Armonia Nuova	4.556.666,17
RME	S. Valentino	2.527.639,24
RME	Villa dei Fiori	4.368.095,45
RME	Samadi	3.454.191,76
RME	Villa Maria Pia	2.245.877,10
RMG	Colle Cesarano	8.399.196,00
RMH	Villa Von Siebenthal	3.360.177,35
VT	Villa Rosa	3.175.478,99
LT	Sorriso sul Mare	6.099.975,28
	TOTALE	45.709.224,90

DECRETO DEL PRESIDENTE IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA 13 luglio 2010, n. 59.

Rete Oncologica.

LA PRESIDENTE
In Qualità di Commissario ad Acta

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la L.R. 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il R.R. 6 settembre 2002, n.1 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, con la quale la Presidente della Regione Lazio, Renata Polverini, è stata nominata Commissario ad Acta per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel piano di rientro dai disavanzi regionali nel settore sanitario;

DATO ATTO, altresì, che con il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3743 del 17 ottobre 2008 il dr. Mario Morlacco è stato nominato sub commissario per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 luglio 2008;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni";

VISTO il DPCM 29 novembre 2001 e s.m.e i., con il quale sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza (LEA);

VISTA la legge 30 dicembre 2004, n.311 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)" ed in particolare l'art.1, comma 180 che ha previsto per le regioni interessate, qualora si verificasse una situazione di squilibrio economico – finanziario, l'obbligo di procedere ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, di durata non superiore al triennio;

VISTA l'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 che in attuazione della Legge Finanziaria dello Stato pone in capo alla Regione:

- l'impegno ad adottare provvedimenti in ordine alla razionalizzazione della rete ospedaliera con l'obiettivo, tra l'altro, del raggiungimento degli standard nazionali relativi alla dotazione di posti letto per mille abitanti e al tasso di ospedalizzazione (art. 4);
- l'obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi sull'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del Servizio Sanitario Regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo per l'anno di riferimento (art. 6);
- la stipula - in relazione a quanto disposto dall'art.1 comma 180 della Legge 30 dicembre 2004 - con i Ministri dell'Economia e della Salute di un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza (art. 8);

VISTO il nuovo Patto per la Salute sancito in Conferenza Stato – Regioni e P.A. il 3 dicembre 2009 con il quale, all'art. 13, comma 14 è stato stabilito che per le Regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate all'entrata in vigore delle norme attuative del medesimo patto restano fermi l'assetto commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad Acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;

CONSIDERATO che il nuovo Patto per la Salute 2010-2012 prevede la necessità per le Regioni di adottare misure di razionalizzazione della rete ospedaliera e di miglioramento dell'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri ed in particolare, all'articolo 6, la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario Regionale, non superiore a 4 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici;

VISTA la DGR n.66 del 12 febbraio 2007 concernente: "Approvazione del "Piano di Rientro" per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della Legge 311/2004";

VISTA la DGR n.149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: "Presenza d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del Piano di Rientro" ed in particolare gli obiettivi:

- 1.1.2 Definizione dei requisiti autorizzazione

- 1.1.3 Modalità e termini per l'adeguamento ai requisiti autorizzativi
- 1.1.4 Ulteriori requisiti per l'accreditamento
- 1.2.2 Ridimensionamento di reparti con bassa performance organizzativa.
- 1.2.4 Riorganizzazione delle rete ospedaliera e separazione dei percorsi tra l'emergenza urgenza e l'elezione
- 1.2.5 Organizzazione delle prestazioni di alta specialità secondo il modello basato su centri di riferimento e strutture satellite

VISTA la Legge Regionale 3 marzo 2003, n. 4 "Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio – sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali", e successive modificazioni ed integrazioni e s.m.e i.;

VISTA la DGR n. 424 del 14 luglio 2006: " Legge Regionale 3 marzo 2003 n. 4 "Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio sanitarie",

VISTA la DGR n.420/07, recante, nell'ambito della ridefinizione della rete e dell'offerta dei servizi ospedalieri, linee guida per la costituzione e lo sviluppo di reti assistenziali di alta specialità e di emergenza;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 17/2010 "Atto ricognitivo di cui al Decreto Commissariale 96/2009. Piano dei fabbisogni assistenziali per la Regione Lazio ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. a, numero 1) della L.R. 4/2003";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 87/2009 recante "Approvazione Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010 – 2012" ed in particolare l'allegato IG;

CONSIDERATO che la proposta di Rete Oncologica contenuta nel citato Decreto si basa su una organizzazione dell'assistenza rispondente a criteri di collegamento funzionale tra strutture di un' area definita , secondo il modello di Hub and Spoke;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta del 31 maggio 2010, n. 48 " Piano degli interventi per la riconduzione dell'offerta ospedaliera per acuti, riabilitazione post acuzie e lungodegenza medica agli standard previsti dal Patto per la Salute 2010 – 2012";

CONSIDERATO che per specifici ambiti assistenziali un'organizzazione in rete dell'offerta garantisce una migliore qualità dell'assistenza e consente di ottimizzare il fabbisogno di servizi ospedalieri e territoriali e l'allocazione delle relative risorse sul territorio regionale;

CONSIDERATA la necessità di intraprendere un processo di riorganizzazione e riqualificazione dell'offerta sanitaria coerente con il Piano di Rientro a partire dall'identificazione dell'attività erogata in ambiti assistenziali inappropriati;

CONSIDERATO che tale riorganizzazione consente inoltre l'avvio del processo di razionalizzazione dei reparti duplicati con contenimento dei relativi costi che sarà completato, al termine dell'istituzione delle reti di specialità, nell'ambito del riassetto complessivo della rete ospedaliera;

VISTA la nota 9121/ASP/DG del 2/7/2010 di Laziosanità ASP con la quale è stato trasmesso l'allegato documento "La Rete Oncologica" che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

TENUTO CONTO che il citato documento si riferisce alla popolazione adulta e pediatrica, che le patologie considerate riguardano i tumori solidi;

RILEVATO che il citato documento non considera l'assistenza ai malati oncoematologici adulti;

RILEVATO che la riabilitazione e le cure palliative per il paziente oncologico saranno integrate nelle rispettive specifiche reti regionali;

RITENUTO opportuno istituire un Coordinamento Regionale della rete oncologica presso la competente Direzione Regionale, con il supporto tecnico scientifico di Laziosanità ASP ed il supporto clinico-assistenziale e di ricerca dell'Istituto Regina Elena (IRE) nonché la rappresentanza di tutti i Coordinamenti Oncologici di Macroarea;

RITENUTO di affidare a Laziosanità ASP il mandato di effettuare il monitoraggio e la valutazione continua delle attuazione della rete oggetto del presente decreto e di proporre alla Direzione competente della Regione Lazio, nel corso del tempo, eventuali interventi migliorativi;

RITENUTO di precisare che le Direzioni Regionali competenti dovranno predisporre i provvedimenti attuativi per la realizzazione di quanto contenuto nell'allegato "Rete Oncologica" che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

RITENUTO di riservarsi ogni definitiva determinazione in ordine alla dotazione dei posti letto in sede di predisposizione del complessivo riordino della rete ospedaliera;

TENUTO CONTO che il presente provvedimento non è soggetto alle procedure di concertazione con le parti sociali;

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano,

di approvare l'allegato documento predisposto da Laziosanità ASP "La Rete Oncologica" riguardante i tumori solidi che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

di affidare a Laziosanità ASP il mandato di effettuare il monitoraggio e la valutazione continua dell'attuazione della rete oggetto del presente decreto e di proporre alla Direzione competente della Regione Lazio, nel corso del tempo, eventuali interventi migliorativi;

di istituire un Coordinamento Regionale della rete oncologica presso la competente Direzione Regionale, con il supporto tecnico scientifico di Laziosanità ASP ed il supporto clinico assistenziale e di ricerca dell'Istituto Regina Elena (IRE) nonché la rappresentanza di tutti i Coordinamenti Oncologici di Macroarea;

di precisare che le Direzioni Regionali competenti dovranno predisporre i provvedimenti attuativi per la realizzazione di quanto contenuto nell'allegato "La Rete Oncologica" al presente decreto;

di precisare che la riabilitazione e le cure palliative per il paziente oncologico saranno integrate nelle rispettive specifiche reti assistenziali;

di riservarsi ogni definitiva determinazione in ordine alla dotazione dei posti letto in sede di predisposizione del complessivo riordino della rete ospedaliera;

Il presente decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

La Presidente
Renata POLVERINI



REGIONE
LAZIO

Piano di riorganizzazione delle reti ospedaliere

La Rete Oncologica

Indice

INDICE	
PREMESSA	
OGGETTIVI E ORGANIZZAZIONE	
IL MODELLO	
COORDINAMENTO ONCOLOGICO DI MACROAREA.....	
IL COORDINAMENTO REGIONALE DELLA RETE ONCOLOGICA	
PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI.....	
VALUTAZIONE E SISTEMA INFORMATIVO ONCOLOGIA.....	
PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE E PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE (PAI)	
INNOVAZIONE, RICERCA E SVILUPPO	
REQUISITI DEI CENTRI HUB E SPOKE DELLA RETE DI ONCOLOGIA	
LE STRUTTURE DELLA RETE	
I CENTRI HUB E SPOKE	
LIVELLI DI COMPLESSITÀ E REQUISITI DELLE UNITÀ DI RADIOTERAPIA	
UNITÀ DI CHIRURGIA PER LE PRINCIPALI SEDI TUMORALI	
LA RETE DELLE ANATOMIE PATOLOGICHE	
CENTRI PER I TUMORI PEDIATRICI	
CENTRI PER LE NEOPLASIE DELLA PELLE.....	
RIORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA OSPEDALIERA DI ONCOLOGIA	
AZIONI DA INTRAPRENDERE	
TABELLA RIASSUNTIVA DELLA RIORGANIZZAZIONE DEI REPARTI DI ONCOLOGIA	
BIBLIOGRAFIA	
ALLEGATI	
TABELLA 1 (MAMMELLA).....	
TABELLA 2 (COLON).....	
TABELLA 3 (POLMONE)	
TABELLA 4A (UTERO).....	
TABELLA 4B (OVAIO).....	
TABELLA 5A (PROSTATECTOMIE E CISTECTOMIE)	
TABELLA 5B (PROSTATECTOMIE).....	
TABELLA 6A (TUMORI PEDIATRICI SOLIDI)	
TABELLA 6B (TUMORI PEDIATRICI DEL SANGUE)	
TABELLA 7A (MELANOMA)	
TABELLA 7B (ALTRI TUMORI DELLA PELLE).....	
TABELLA 8 (POSTI LETTO EQUIVALENTI PER RICOVERI ORDINARI RADIO O CHEMIO)	

Premessa

Il Decreto Regionale 48 del 31 Maggio 2010 riordina e riqualifica l'offerta assistenziale considerando una suddivisione del territorio in 4 Macroaree secondo criteri di dislocazione della popolazione, viabilità e offerta attuale.

Tra i successivi interventi di riordino è previsto un piano di riorganizzazione della rete ospedaliera e l'avvio delle reti regionali già previste nel DCA 87/2009, tra cui la Rete Oncologica Regione Lazio (ROL).

Il Documento sulla Rete Oncologica della Regione Lazio (Allegato, 1G al DCA 87/2009) è stato il frutto di un gruppo di lavoro regionale, identificato con Decisione 8 del 14/1/08 del DG di Laziosanità – ASP, ed è la base per l'attuale proposta organizzativa della ROL.

Il coordinamento delle azioni che si riferiscono al paziente neoplastico sia in ambito ospedaliero che al di fuori, è un obiettivo essenziale per il raggiungimento di elevati standard di qualità e per consentire equità di accesso alle cure in tutto il territorio regionale. Il progetto della rete oncologica regionale promuove quindi l'integrazione fra tutte le risorse del servizio sanitario regionale, includendo anche i medici di medicina generale, in maniera da rispondere in modo coordinato e con standard elevati ai bisogni dei pazienti in tutte le fasi della malattia.

In ambito assistenziale oncologico è necessario tenere conto della globalità delle esigenze del paziente, includendo gli aspetti clinici e psicologici e gli aspetti legati alla riabilitazione e alla gestione del percorso di cura, anche al fine di migliorare la qualità di vita della persona affetta da malattia tumorale.

La proposta di Rete Oncologica contenuta nel DCA 87/2009 è basata su un'organizzazione dell'assistenza rispondente a criteri di collegamento funzionale fra strutture in un'area definita. Tali aggregazioni vengono definiti nel presente documento Coordinamenti Oncologici di Macroarea che hanno come finalità la presa in carico e l'indirizzo del paziente oncologico in un percorso diagnostico-terapeutico che coinvolge strutture assistenziali diverse.

Per ogni macroarea, si identifica una struttura *Hub* e strutture *Spoke*. Le prime, oltre a garantire prestazioni di elevata complessità e specializzazione, hanno funzioni di coordinamento di Macroarea. Il modello consente di realizzare economie di scala e programmazione per zone territoriali anche sovra aziendali, come le Macroaree.

Nel documento vengono presentate proposte organizzative riferite, rispettivamente, alla popolazione adulta (>=15 anni) e pediatrica. Le patologie considerate riguardano i tumori solidi. Non viene considerata l'assistenza ai malati ematologici adulti. Riabilitazione e cure palliative per il paziente oncologico saranno integrate nelle rispettive specifiche reti regionali.

Obiettivi e organizzazione

L'avvio della ROL assume come centrali gli obiettivi previsti nel Patto per la Salute 2010-2012, il DCA 87/2009 e quindi la necessità di riorganizzazione della rete ospedaliera (Decr.48/2010). Tale riorganizzazione è resa necessaria anche per il notevole volume di prestazioni che il paziente oncologico genera.

La razionalizzazione dell'offerta ospedaliera per il paziente oncologico è finalizzata a:

- 1) rimodulare l'offerta ospedaliera con riduzione dell'uso del ricovero ordinario e qualificazione dell'offerta assistenziale con l'identificazione di percorsi diagnostico terapeutici. Ciò implica di ridurre il numero di posti letto in degenza ordinaria in oncologia e di privilegiare modalità di assistenza differenti: day hospital e prestazioni ambulatoriali;
- 2) favorire l'accesso all'assistenza appropriata in strutture, per quanto possibile di prossimità, che si identificano come nodi della rete oncologica;

- 3) mettere in rete degli erogatori del SSR, permettendo l'uso dei posti letto non specialistici dei presidi di prossimità per prestazioni, come l'infusione di chemioterapici sotto la guida di un'Unità Clinica Multidisciplinare, aumentando l'efficienza e la flessibilità del sistema.

Obiettivi specifici della Rete Oncologica, già previsti nel DCA 87/2009, riferibili alla riorganizzazione dell'offerta sono:

1. coordinamento delle professionalità e istituzioni coinvolte ai diversi livelli della assistenza oncologica, con finalità di integrazione e miglioramento della qualità;
2. garanzia della presa in carico dell'assistito, attuando percorsi diagnostico-terapeutici adeguati e tempestivi, riducendo le liste di attesa e favorendo la continuità assistenziale;
3. definizione dei percorsi assistenziali;
4. condivisione e sviluppo di sistemi informativi e strumenti come le linee guida condivise;
5. valorizzazione delle risorse messe a disposizione dal volontariato;
6. equità di accesso ai servizi e ai trattamenti, superando le disomogeneità e i disagi logistici per i pazienti.

Tenendo conto delle indicazioni del Decreto 48/2010, la ROL è organizzata in quattro Macroaree. Ognuna delle quattro Macroaree definite dal predetto Decreto, è dotata di un proprio coordinamento delle funzioni di oncologia garantito dal centro *Hub* individuato nel presente atto.

Il Modello

Coordinamento Oncologico di Macroarea

Fanno parte del Coordinamento Oncologico di Macroarea le diverse strutture di tutte le Aziende Sanitarie che assistono il paziente oncologico nel percorso diagnostico terapeutico. Esso è definito Coordinamento Oncologico di Macroarea. Il Coordinamento Oncologico di Macroarea prevede che le strutture in esso presenti, una volta preso in carico il paziente, organizzino l'assistenza attraverso le opportune integrazioni fra i diversi livelli (*Hub*, *Spoke* e presidi erogatori di prossimità) presenti nella Macroarea; tuttavia per la definizione dei percorsi assistenziali il Coordinamento può avvalersi anche di strutture che non insistono nel suo territorio in modo da supplire ad eventuali carenze dell'offerta in alcune zone, per maggiore prossimità o per particolari prestazioni di alta complessità.

Il Coordinamento Oncologico di Macroarea, con la partecipazione di tutte le aziende erogatrici che insistono nel territorio della Macroarea stessa, definisce i nodi della rete stabilendo il Piano Strutturale di Macroarea che è rinnovato ogni due anni. Questo identifica i servizi e presidi di prossimità, i reparti delle strutture *Hub* e *Spoke* coinvolte e i reparti specialistici non oncologici che partecipano ai percorsi diagnostico terapeutici dei pazienti oncologici. Garante e responsabile del Coordinamento Oncologico di Macroarea è il centro *Hub* della Macroarea (specificato appresso nel presente documento per ciascuna Macroarea). Questa funzione di coordinamento e garanzia è assunta dal Direttore del Dipartimento di oncologia ove esistente o, in mancanza di tale figura, da uno specialista Direttore di UOC fortemente coinvolto nel settore della patologia oncologica, nominato dal Direttore Generale della struttura *Hub* della Macroarea.

- All'interno di ogni Coordinamento Oncologico di Macroarea viene costituito un comitato clinico-scientifico con un referente per ognuna delle specialità di oncologia medica, radioterapia, chirurgia oncologica, anatomia patologica, diagnostica x immagini/medicina nucleare. Il comitato provvede ad attivare il lavoro delle Unità Cliniche Multidisciplinari per patologia (UCM) già previste nell'allegato DCA 87/2009 e ad elaborare il progetto di riorganizzazione dell'assistenza ed i flussi dei pazienti all'interno delle strutture *hub* e *spoke* della Macroarea, e condividono con il Coordinamento Regionale i percorsi diagnostico terapeutici. Tali percorsi devono essere condivisi anche dalle singole strutture che fanno parte del Coordinamento Oncologico di Macroarea.

- I rapporti fra le strutture (ASL, Aziende Ospedaliere e Universitarie) anche di altre Macroaree che contribuiscono con competenze specialistiche ai percorsi diagnostico terapeutici, sono disciplinate nell'ambito di Convenzioni.
- Gli accordi interaziendali, condivisi nel Coordinamento Oncologico di Macroarea, devono considerare tutte le fasi organizzative per la realizzazione del percorso diagnostico terapeutico, incluso il *follow up*, per le patologie neoplastiche considerate.
- Il Coordinamento di Macroarea cura la formazione continua delle risorse umane dei centri della rete coinvolte nell'assistenza oncologica e in particolare il centro Hub organizza stage formativi del personale degli Spoke presso la propria sede, invia formatori nei centri Spoke della macroarea, favorisce la periodica discussione di casi clinici in gruppi inter-aziendali.

Il Coordinamento Regionale della rete oncologica

Il Coordinamento Regionale della rete oncologica è affidato alla Direzione competente dell'Assessorato alla Sanità, con il supporto tecnico scientifico di Laziosanità-ASP e clinico assistenziale e di ricerca dall'Istituto Regina Elena (IRE). Il Coordinamento Regionale vede la presenza di una rappresentanza di tutti i Coordinamenti Oncologici di Macroarea.

Le funzioni del Coordinamento Regionale sono quelle di: formulare gli obiettivi organizzativi, programmare le attività di governo clinico, definire le priorità per le attività di ricerca, sviluppo e *Health Technology Assessment*, definire i criteri di appropriatezza clinica e organizzativa dell'assistenza oncologica e in particolare per i ricoveri di oncologia medica. Il Coordinamento Regionale della rete oncologica coadiuva le aziende delle macroaree nella definizione dei Piani strutturali e fornisce supporto tecnico alla Regione per l'attività di programmazione. Ha inoltre compiti di documentazione, elaborazione di linee guida da condividere con i coordinamenti di Macroarea con cui vengono istituiti momenti di raccordo per la definizione di strumenti, tempi e metodi di costruzione della rete oncologica regionale. L'Istituto Regina Elena, specificamente, istituisce e coordina un coordinamento per le sperimentazioni cliniche, un centro per l'educazione medica permanente in oncologia, indirizzato nei primi due anni agli obiettivi di costruzione e funzionamento delle reti ed un gruppo di coordinamento regionale per patologia.

La funzione di monitoraggio e valutazione della rete e dell'appropriatezza dei percorsi assistenziali è affidata a Laziosanità-ASP, che periodicamente presenta una relazione tecnica alla Direzione della Programmazione e delle risorse del SSR dell'Assessorato alla Sanità.

Percorsi diagnostico terapeutici

Entro tre mesi dall'emanazione del presente atto, sono prodotti da parte di un Gruppo di Lavoro Regionale coordinato da ASP e Istituto Regina Elena con i rappresentanti dei Coordinamenti oncologici di Macroarea i percorsi clinico-organizzativi relativi alle principali patologie oncologiche solide.

Le fasi che dovranno essere prese in considerazione per ogni singola patologia sono:

- *Sospetto diagnostico*
- *Accertamento diagnostico e stadiazione*
- *Trattamento*
 - *Stadi iniziali*
 - *Malattia localmente avanzata*
 - *Malattia metastatica, incluse prime linee e ulteriori linee di trattamento*

- *Follow up e valutazione delle risposte*
- *Cure Palliative/Hospice*

I percorsi diagnostico terapeutici dovranno tenere in considerazione l'*appropriatezza tecnico-clinica* delle prestazioni in base alle linee guida condivise nel gruppo regionale e l'*appropriatezza organizzativa* intesa come migliore opportunità per l'assistito e migliore utilizzo delle risorse disponibili nella macroarea.

I percorsi diagnostico terapeutici già attivi e operativi per il programma di screening per il carcinoma mammario e della cervice uterina, sono realizzati e resi operativi anche per lo screening del colon retto, includendo la fase diagnostica, il trattamento e il follow up delle persone identificate come affette da tumore.

E' obiettivo di performance dei Direttori Generali e di valutazione dei Direttori di Dipartimento aziendali l'aderenza ai percorsi organizzativi condivisi a livello regionale, valutati in rapporto al *benchmark*.

Valutazione e Sistema Informativo Oncologia

Le ASL sono tenute a sviluppare il sistema informativo aziendale per l'oncologia, secondo le indicazioni che verranno prodotte da ASP Laziosanità, in quanto strumento essenziale per la valutazione dei percorsi diagnostico terapeutici.

Sarà attivato il monitoraggio delle liste di attesa per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche, specificando la tipologia oncologica della prestazione e il *benchmark* dei principali tempi di erogazione.

Il sistema informativo per la misura di indicatori del processo diagnostico terapeutico già concordati a livello regionale per i programmi di screening oncologico sarà esteso ai tumori identificati al di fuori dello screening oncologico organizzato e reso obbligatorio (mammella, colon retto).

Sulla base dei criteri di appropriatezza definiti dal Coordinamento Regionale e della valutazione e monitoraggio effettuato dall'ASP, sarà periodicamente rivista la dotazione di posti letto della rete oncologica con il preciso obiettivo di riportare l'attività al setting di erogazione più appropriato. In particolare per le attività di oncologia medica si favorirà un aumento dell'erogazione in regime ambulatoriale.

Presa in carico del paziente e Piano Assistenziale Individuale (PAI)

La funzione di accoglienza e presa in carico delle persone che hanno un problema di tipo oncologico è centrale per il funzionamento della rete oncologica.

I *centri di prenotazione* delle prestazioni e degli interventi sono parte essenziale del percorso assistenziale. Le AS stipulano accordi specifici nelle singole aziende e a livello di Macroarea per favorire l'accesso alle prestazioni del percorso assistenziale in base alle esigenze del percorso concordato nella ROL.

Saranno identificati, nell'ambito dei percorsi diagnostico terapeutici, tempi massimi per l'erogazione di prestazioni specialistiche diagnostiche e degli interventi terapeutici.

Ogni Azienda Sanitaria Locale deve operare affinché l'organizzazione al suo interno (Medici di Medicina Generale, i presidi distrettuali, i servizi ambulatoriali e i servizi di screening) favoriscano la presa in carico e l'avvio ad un percorso diagnostico terapeutico appropriato e tempestivo.

La presa in carico del paziente oncologico inizia con la valutazione di gruppi multidisciplinari, diretti dallo specialista che ha maggior coinvolgimento e responsabilità nei singoli casi clinici. Questi gruppi multidisciplinari (Unità Cliniche Multidisciplinari) specifiche per patologia, hanno il compito di assicurare il coinvolgimento di tutti gli specialisti nel

trattamento del paziente con cancro, individuare i percorsi diagnostici e terapeutici più appropriati nel singolo caso, definire il Piano assistenziale individuale (PAI) e assicurare la continuità terapeutica e assistenziale dei pazienti.

La struttura di accoglienza deve identificare per qualunque punto di accesso alla rete oncologica il *referente per la continuità assistenziale* che è responsabile per il PAI nell'ambito dell'Unità Clinica Multidisciplinare, e che deve definire e condividere con l'assistito il piano di assistenza individuale, garantendo adeguata informazione e consenso, e favorire l'utilizzo di presidi erogatori di prossimità, riconosciuti nella ROL. Inoltre monitora lo svolgimento delle successive tappe del percorso assistenziale e mette in atto quanto possibile per il superamento di eventuali ostacoli o ritardi.

I programmi di screening oncologici, per loro definizione, hanno una propria Unità Clinica Multidisciplinare che definisce e condivide con l'assistito il piano di assistenza individuale (PAI) fino al trattamento (nel caso della mammella e del colon e delle lesioni pre-neoplastiche o micro-invasive della cervice uterina) o all'invio presso un centro di riferimento per il trattamento di casi di particolare complessità (ad esempio neoplasie francamente invasive della cervice uterina).

L'esistenza di una funzione di accoglienza, la definizione del PAI per il singolo e la valutazione dell'adesione al percorso diagnostico terapeutico saranno considerati tra gli indicatori a fini di valutazione di performance aziendale e dipartimentale.

Dovranno essere sperimentate modalità di informatizzazione e trasmissione telematica dei referti per favorire il ritorno dei pazienti dalle strutture a più alta complessità verso quelle più prossime per la somministrazione delle terapie e per i controlli routinari.

Innovazione, Ricerca e Sviluppo

Health Technology Assessment

La rete oncologica si propone come obiettivo l'erogazione di prestazioni la cui efficacia sia basata sulle prove (Evidence-Based). Il coordinamento regionale della rete oncologica, avvalendosi di gruppi di lavoro nominati *ad hoc*, identifica e aggiorna una lista di tecnologie, intese come farmaci, procedure e devices, la cui valutazione è prioritaria. Le valutazioni saranno principalmente effettuate tramite metodiche di Health Technology Assessment. Per alcune tecnologie innovative, la valutazione potrà esitare in una mancanza di evidenze sufficienti; in caso la tecnologia abbia un forte potenziale di innovazione, si potrà raccomandarne l'introduzione solo in programmi di ricerca, con disegni sperimentali controllati od osservazionali a seconda degli obiettivi conoscitivi identificati dalla valutazione HTA. Le prestazioni non saranno considerate tra quelle erogabili al di fuori dai protocolli della rete oncologica.

La valutazione sull'opportunità di introdurre nuove tecnologie è basata anche sulla valutazione di costo efficacia. A tale scopo i report di HTA daranno chiare indicazioni su quale sia il costo per anno di vita, aggiustato per la qualità, guadagnato.

Ricerca clinica

I Coordinamenti oncologici di Macroarea avranno l'obiettivo di mobilitare una massa critica necessaria per la ricerca clinica e traslazionale, per la promozione di *trials* clinici per nuove strategie terapeutiche o nel campo dell'economia sanitaria o delle scienze sociali.

Gli indirizzi della rete oncologica in materia di ricerca clinica sono:

- Privilegiare la ricerca traslazionale e particolarmente quella che può portare rapidamente ad applicazioni che giovino ai malati di cancro.
- Privilegiare la ricerca clinica e, nell'ambito di questa, particolarmente i protocolli diagnostico-terapeutici.

- Promuovere studi per la valutazione della dismissione di tecnologie potenzialmente obsolete.
- Affiancare alla ricerca clinica la ricerca valutativa sulle performance dei servizi sanitari.

Su queste basi, il coordinamento regionale della rete oncologica individua periodicamente:

- a) i settori prioritari nei quali la ricerca deve essere focalizzata;
- b) le infrastrutture disponibili a livello regionale.

Per quel che riguarda il settore della ricerca clinica, la programmazione e l'attuazione di studi clinici controllati rappresentano una priorità della rete oncologica regionale. La rete oncologica regionale deve favorire l'applicazione dei criteri di buona pratica nella ricerca clinica.

In considerazione della rilevanza del quesito di ricerca e del campione di pazienti da reclutare, saranno favorite opportune collaborazioni con Istituzioni di altre regioni o internazionali.

La partecipazione dell'intera rete regionale alle iniziative di ricerca clinica genera una massa critica particolarmente rilevante rispetto alla potenza degli studi intrapresi.

Il giudizio di priorità del coordinamento regionale non sostituisce la necessaria approvazione del protocollo dello studio da parte del Comitato Etico competente.

Banche biologiche

I recenti progressi nella genomica e nella proteomica forniscono oggi una reale opportunità per accelerare i progressi nella ricerca biomedica in generale e nell'oncologia in particolare. Una risorsa vitale perché questo si realizzi è rappresentata dalla disponibilità di banche biologiche. I centri di diagnosi e cura che assistono i pazienti oncologici hanno l'opportunità di raccogliere campioni di tessuto tumorale, materia prima fondamentale nella ricerca di *biomarker* e *targets* per la diagnosi, la definizione della prognosi e il trattamento della malattia neoplastica.

Diversi ospedali e centri di ricerca attualmente utilizzano una propria banca di tessuti; ma, ad oggi, si è avuto un approccio frammentario e non omogeneo per raccogliere e usare i campioni tumorali a scopo di ricerca.

Dovrà essere favorita presso gli IRCCS e le Università l'istituzione di biobanche oncologiche con relativi database clinici, funzionali allo sviluppo delle ricerche nel campo della genomica funzionale e della proteomica nonché sempre negli stessi centri lo sviluppo di piattaforme di ricerca per analisi genomiche e proteomiche su vasta scala correlate anche all'identificazione di nuovi *targets* diagnostici e terapeutici.

La rete oncologica dovrà stabilire un network di centri per la raccolta e conservazione dei tessuti. I centri devono essere collegati da un sistema gestionale e informativo unico. Tale processo sarà in sintonia con i progetti analoghi promossi dal Ministero della Salute e dall'Istituto Superiore di Sanità a livello nazionale.

Requisiti dei centri *Hub* e *Spoke* della rete di oncologia

All'interno della rete per l'oncologia medica si identificano tre livelli di erogatori: *Hub*, *Spoke*, e presidi erogatori di prossimità.

- a) *Hub*: attività di oncologia di secondo livello, a elevata specializzazione e con compiti di coordinamento dei protocolli sperimentali e controllati. In tali strutture avrà sede l'Unità Clinica Multidisciplinare che potrà formulare il Piano Assistenziale Individuale. Nel Centro *Hub* della Macroarea è identificata la responsabilità funzionale del Coordinamento Oncologico di Macroarea
- b) *Spoke*: attività di oncologia con disponibilità di posti letto DH e/o ordinari. Anche in tali strutture avrà sede l'Unità Clinica Multidisciplinare che potrà formulare il Piano Assistenziale Individuale. Qualora nei centri *spoke* manchi una specifica figura professionale necessaria per la completezza della valutazione del paziente, questa va individuata nell'ambito dell'*Hub* di riferimento

- c) Presidi erogatori di prossimità: attività a bassa complessità, ad esempio procedure diagnostiche routinarie o l'infusione di chemioterapici, sono coordinati ai centri di *Hub e Spoke* del Coordinamento Oncologico della Macroarea.

Requisiti funzionali dei centri Hub

Centri con struttura complessa di oncologia medica che garantiscono le seguenti funzioni:

- struttura di accoglienza
- ricovero in DH dei pazienti oncologici
- ricovero ordinario per i pazienti oncologici particolarmente complessi, anche attraverso protocolli formalizzati con altri reparti di area medica dello stesso istituto atti a garantire il ricovero in via prioritaria
- chirurgia oncologica per:
 - tumori della mammella e della cute
 - sarcomi delle parti molli
 - tumori gastro-digestivi ed epato-pancreatici
- chirurgia toracica ed endoscopia toracica
- chirurgia ginecologica
- neurochirurgia
- chirurgia testa-collo
- chirurgia plastica e ricostruttiva
- urologia
- radioterapia con acceleratori lineari di ultima generazione e strumentazioni per radioterapia stereotassica, conformazionale, Imrt e brachiterapia
- radiologia per immagini con sezioni di RMN, TC spirale, radiologia interventistica
- endoscopia digestiva e delle vie biliari
- anatomia patologica e patologia molecolare
- fisica medica
- farmacia con preparazione centralizzata di farmaci antitumorali
- medicina nucleare
- psicologia oncologica
- riabilitazione oncologica
- laboratorio di patologia clinica con annesso sezioni di: biologia molecolare ed ematologia
- centro trasfusionale
- terapie palliative ed assistenza domiciliare (in collaborazione con i servizi territoriali)
- biostatistica, epidemiologia clinica
- centro documentazione e biblioteca

Requisiti funzionali dei centri Spoke

Centri con struttura di oncologia medica che garantiscono le seguenti funzioni:

- struttura di accoglienza
- ricovero in DH dei pazienti oncologici
- chirurgia
- urologia (anche in consultazione)
- farmacia con preparazione centralizzata di farmaci antitumorali
- radioterapia (anche non localizzata nella stessa struttura)
- radiologia per immagini con sezioni di, TAC, radiologia interventistica, RMN (anche non localizzata nella stessa struttura)
- endoscopia digestiva e delle vie biliari

- anatomia patologica
- medicina nucleare (anche non localizzata nella stessa struttura)
- psicologia oncologica
- centro trasfusionale
- terapie palliative ed assistenza domiciliare (in collaborazione con i servizi territoriali)

Le strutture della rete

I centri Hub e Spoke

Si identificano come *Hub* i centri con maggiore volume di ricoveri di pazienti oncologici per ogni macroarea. I requisiti funzionali sono stati verificati sulla base della documentazione prodotta dai Gruppi di coordinamento della rete oncologica di cui alla DGR 420/2007 identificati con Decisione 8 del 14/1/08 del DG di Laziosanità - ASP. I centri individuati dovranno comunque documentare requisiti elencati entro un mese dall'emanazione del presente atto.

Hub identificati per macroarea:

- Macroarea 1: PU Umberto I - Roma.
- Macroarea 2: IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri - Roma.
- Macroarea 3: AO S. Camillo-Forlanini - Roma.
- Macroarea 4: PU A. Gemelli - Roma.

La funzione di garante e responsabile del Coordinamento Oncologico di Macroarea è affidata al centro *Hub* della macroarea.

La funzione di garante e responsabile del Coordinamento Oncologico di Macroarea prevede, oltre alla garanzia e all'organizzazione del coordinamento, la responsabilità di presentare il Piano Strutturale di Macroarea.

Strutture *Spoke* per ogni macroarea:

Macroarea 1

- Ospedale S. Giovanni Calibita FBF - Roma
- Ospedale Umberto I - Frosinone
- Ospedale SS. Trinità - Sora
- Ospedale Parodi Delfino - Colferro/Ospedale S. Giovanni Evangelista - Tivoli (da considerarsi funzionalmente come un unico centro)

NB. Il S. Giovanni Addolorata, sebbene attribuito alla Macroarea 2, insiste territorialmente anche nella Macroarea 1. Dovrà essere preso in considerazione nella predisposizione dei Piani Strutturali di entrambe le macroaree.

Macroarea 2

- PU Tor Vergata - Roma
- AO S. Giovanni Addolorata - Roma
- PU Campus Biomedico - Roma
- Ospedale Sandro Pertini - Roma
- Ospedale S. Eugenio - Roma
- Ospedale Regina Apostolorum - Albano

- Ospedale di S. Sebastiano - Frascati/ Polo Ospedaliero Ospedali Riuniti Albano-Genzano (da considerarsi funzionalmente come un unico centro)

Macroarea 3

- Polo Ospedaliero Latina Nord

NB. L'IFO, sebbene centro *Hub* della Macroarea 2, è situato al confine fra le Macroaree 2 e 3. Dovrà essere preso in considerazione nella predisposizione dei Piani Strutturali anche della Macroarea 3. Ciò permette di superare i problemi derivanti dalla minor offerta in questa area e di rispettare i flussi già consolidati di pazienti dall'area di Latina e costiera della ASL Roma H verso l'IFO.

Macroarea 4

- PU S. Andrea - Roma
- AO S. Filippo Neri - Roma
- Ospedale Belcolle - Viterbo
- Ospedale S. Camillo de Lellis - Rieti
- Ospedale S. Pietro FBF - Roma

Livelli di complessità e requisiti delle unità di Radioterapia

Le *unità di radioterapia* della Macroarea sono identificate, sulla base della complessità delle prestazioni erogate come classificate dalla DGR424/06:

- Strutture di I livello: trattamenti di categoria A (Sagomatura con blocchi semplici; simulazione radiologica; calcolo della dose assorbita limitato a punti definiti sull'asse centrale; uso di accessori immobilizzanti non personalizzati) e B (Acquisizione dei dati anatomici mediante TC o RM; impiego di più di due campi, tecniche di movimento, grandi campi complessi con sagomatura personalizzata; rappresentazione grafica della distribuzione della dose assorbita su una o più sezioni corporee)*
- Strutture di II livello: anche trattamenti di categoria C (Tecniche conformazionali; rappresentazione 3D della distribuzione della dose; sistemi di immobilizzazione e di schermatura personalizzati)*
- Strutture di III livello: anche trattamenti di categoria D (Tecniche speciali (brachiterapia, radioterapia stereotassica, radioterapia intraoperatoria))*

Data la concentrazione di strutture in alcune macroaree e la carenza in altre, i centri di radioterapia devono considerarsi per definizione di riferimento regionale e dunque i Piani Strutturali di Macroarea individuano i centri per la radioterapia indipendentemente dalla localizzazione geografica, cercando sempre però di favorire la prossimità al paziente.

Per garantire la funzionalità dei centri di radioterapia, i reparti di oncologia di queste strutture sono incluse fra le strutture della rete anche quando non siano nodi della rete (*Hub o Spoke*), in questo caso rimane comunque l'impossibilità di formulare il PAI autonomamente.

Entro 30 giorni dall'emanazione del presente atto i centri per la radioterapia documentano la tipologia di trattamenti in grado di effettuare ai sensi della DGR 424/2006.

Unità di chirurgia per le principali sedi tumorali

Le unità di chirurgia per l'oncologia sono identificate sulla base dei requisiti di qualità e volumi di prestazioni.

Per le specifiche patologie sotto riportate, i Piani Strutturali di Macroarea devono individuare, all'interno degli istituti che possiedono i requisiti di qualità (vedi liste sotto riportate), i reparti chirurgici di riferimento per i percorsi assistenziali. Gli istituti identificati, in particolare per le patologie maggiormente diffuse, possono essere *Hub*, *Spoke*, ma anche altri presidi erogatori. Vista la non omogenea distribuzione dei centri per macroarea, queste funzioni non sono suddivise per competenza territoriale.

Si riportano di seguito i criteri di qualità che devono essere rispettati dai nodi della rete per il trattamento chirurgico delle patologie a maggiore carico assistenziale.

Tumore della mammella

Le linee guida EUSOMA indicano in 150 nuovi casi trattati chirurgicamente ogni anno il volume annuale previsto per una *Breast Unit*, cioè una unità multidisciplinare di assistenza. Sulla base della distribuzione territoriale dei trattamenti eseguiti nella Regione Lazio si ritiene che un Nodo della Rete Oncologica debba avere, in questa fase iniziale, un volume annuo di almeno 100 interventi. Requisito essenziale è la possibilità di esecuzione della valutazione del linfonodo sentinella.

Dati i volumi osservati nel 2009 (vedi Tab.1 allegata) rientrano nella rete:

- PU A. Gemelli - Roma
- IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri - Roma.
- PU Umberto I - Roma
- AO S. Giovanni Addolorata - Roma
- PU S. Andrea - Roma
- AO S. Filippo Neri - Roma
- AO S. Camillo Forlanini - Roma
- Ospedale S. Carlo di Nancy - Roma
- PU Campus Biomedico - Roma
- PU Tor Vergata - Roma
- Ospedale S. Giovanni Calibita FBF - Roma
- Sandro Pertini - Roma
- Ospedale Belcolle - Viterbo
- Polo Ospedaliero Ospedali Riuniti di Albano-Genzano

Inoltre le seguenti strutture hanno volumi sufficienti (superiori a 70 casi anno) all'inclusione in prospettiva dell'aumento di volume di prestazioni in seguito alla definizione dei percorsi di macroarea: Ospedale S. Pietro FBF - Roma, Ospedale Sant'Eugenio - Roma, Polo Ospedaliero Latina Nord, Ospedale SS. Trinità - Sora.

Per queste strutture verrà effettuata una rivalutazione dei criteri sulla base dell'attività erogata nel 2011.

Tutte le strutture devono documentare entro 60 giorni dall'approvazione del presente atto la possibilità di effettuare la tecnica del linfonodo sentinella.

Tumori del Colon

Esistono poche indicazioni nella letteratura in relazione ai volumi di trattamento ottimali per le più frequenti patologie (colon, retto). Solo studi che hanno analizzato gli esiti di strutture con volumi molto bassi (meno di 50 casi/anno) hanno osservato differenze con le strutture a più alto volume.

E' però ritenuta necessaria la realizzazione di una integrazione con strutture di tipo diagnostico e di integrazione nella parte terapeutica.

Per garantire una scelta ottimale del percorso diagnostico terapeutico, per il tumore del colon sono nodi della Rete Oncologica i centri che trattano un volume minimo di casi (50 casi/anno) e siano in collegamento funzionale con un centro di endoscopia digestiva che abbia effettuato almeno 700 esami endoscopici in uno dei due anni precedenti.

Dati i volumi osservati nel 2008/2009 (vedi tab.2 allegata) rientrano nella rete:

- PU A. Gemelli - Roma
- PU Umberto I - Roma
- AO S. Camillo-Forlanini - Roma
- PU S. Andrea - Roma
- AO S. Giovanni Addolorata - Roma
- AO S. Filippo Neri - Roma
- Ospedale S. Eugenio - Roma
- Ospedale Belcolle - Viterbo
- Ospedale S. Pietro FBF - Roma
- PU Tor Vergata - Roma
- IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri - Roma
- Ospedale S. Giovanni Calibita FBF - Roma
- Polo Ospedaliero Latina Nord
- Ospedale S. Carlo di Nancy - Roma
- Ospedale Cristo Re - Roma
- Ospedale Madre Giuseppina Vannini - Roma

Inoltre le seguenti strutture hanno volumi sufficienti (superiori 30 casi/anno) e comunque un centro di endoscopia con più di 700 colonscopie anno, o volumi ottimali (superiori a 50 casi) e endoscopie con volumi sufficienti (più di 400, colonscopie/anno), all'inclusione in prospettiva dell'aumento di volume di prestazioni in seguito alla definizione dei percorsi di macroarea: Ospedale GB Grassi - Ostia, Ospedale S. Camillo De Lellis - Rieti, Polo Ospedaliero Latina Centro, Ospedale Sandro Pertini - Roma, Ospedale Umberto I - Frosinone, Ospedale S. Spirito - Roma e PU Campus Biomedico - Roma.

Per queste strutture verrà effettuata una rivalutazione dei criteri sulla base dell'attività erogata nel 2011.

Tutte le strutture devono documentare entro 60 giorni dall'approvazione del presente atto il collegamento con il centro di endoscopia digestiva mediante protocolli, condivisi e sottoscritti, riguardo le indicazioni chirurgiche derivanti dalla diagnostica.

NB. Il tumore del Retto richiede una integrazione di trattamenti, in particolare per alcuni interventi del mesoretto, che sono generalmente disponibili nei reparti chirurgici a elevata specializzazione. Per questa patologia i Coordinamenti Oncologici devono predisporre un percorso differente; visto il minore impatto di tale patologia in termini epidemiologici, non è argomento di questo atto programmatico.

Tumore del Polmone

I tumori del Polmone richiedono interventi in centri specializzati in chirurgia polmonare che possano svolgere trattamenti integrati di elevata specializzazione. Volumi di interventi maggiori di 100 casi anno sono associati a migliori esiti del trattamento. Già attualmente la maggior parte dei casi che si verificano nella Regione Lazio si concentrano in centri specializzati che devono garantire un volume annuo di almeno 100 casi anno.

Dati i volumi osservati nel 2009, (vedi tab. 3 allegata) rientrano nella rete: AO S. Camillo-Forlanini - Roma, IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri - Roma, PU A. Gemelli - Roma, PU S. Andrea - Roma, PU Umberto I - Roma.

Neoplasie ginecologiche

Le neoplasie ginecologiche (carcinomi della cervice e del corpo dell'utero invasivi, ovaio) richiedono trattamenti integrati e quindi l'esecuzione di almeno 20 interventi anno per l'ovaio e 40 per l'utero.

Dati i volumi osservati nel 2009, (vedi tab. 4A e 4B allegate) rientrano nella rete: PU A. Gemelli - Roma, PU Umberto I - Roma, IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri - Roma, Ospedale S. Giovanni Calibita FBF - Roma.

Inoltre le seguenti strutture hanno volumi ritenuti sufficienti (più di 30 casi di utero e più di 15 casi di ovaio) all'inclusione in prospettiva dell'aumento di volume di prestazioni in seguito alla definizione dei percorsi di macroarea: PU S. Andrea - Roma, PU Campus Biomedico - Roma, Ospedale S. Carlo di Nancy - Roma, Ospedale S. Pietro FBF - Roma, AO S. Camillo - Roma, AO S. Filippo Neri - Roma.

Per queste strutture verrà effettuata una rivalutazione dei criteri sulla base dell'attività erogata nel 2011.

Tumore della prostata

Per il trattamento della prostata il National Institute for Health and Clinical Excellence individua due criteri di qualità per i centri che devono effettuare trattamenti chirurgici del carcinoma prostatico: alti volumi di attività (>50 prostatectomie e cistectomie anno) e multidisciplinarietà nella definizione della terapia appropriata.

Sulla base delle indicazioni della letteratura scientifica si identificano i seguenti criteri di qualità per i centri che possono effettuare chirurgia del carcinoma prostatico nella rete oncologica: più di 50 prostatectomie e cistectomie, di cui almeno 15 prostatectomie, per anno in pazienti con tumore della prostata e della vescica, e garanzia di valutazione multidisciplinare della terapia. Tali volumi di attività definiscono anche i requisiti per poter effettuare la chirurgia del tumore della vescica. Le seguenti strutture hanno superato lo standard del volume ottimale nel 2009 (vedi tab. 5a e 5b):

- PU A. Gemelli - Roma
- PU Umberto I - Roma
- IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri - Roma
- AO S. Giovanni Addolorata - Roma
- AO S. Camillo Forlanini - Roma
- Casa di Cura Villa Tiberia - Roma
- PU Campus Biomedico - Roma
- Ospedale S. Eugenio - Roma
- Ospedale Belcolle - Viterbo
- Polo Ospedaliero Latina Nord
- AO S. Filippo Neri - Roma
- PU S. Andrea - Roma
- Ospedale Cristo Re - Roma
- Ospedale S. Giovanni Calibita FBF - Roma

- Ospedale Policlinico Casilino - Roma
- Ospedale Madre Giuseppina Tannini - Roma
- CdC Fabia Mater – Roma*
- Ospedale S. Spirito - Roma
- Ospedale Parodi-Delfino - Colferro
- PU Tor Vergata - Roma
- Ospedale Regina Apostolorum
- Ospedale Civile di Velletri
- Ospedale S. Camillo de Lellis - Rieti
- Casa di Cura Nuova Villa Claudia - Roma
- Ospedale S. Carlo di Nancy - Roma
- Ospedale S. Sebastiano - Frascati
- Ospedale CTO A. Alesini - Roma
- Ospedale S. Pietro FBF - Roma
- Aurelia Hospital - Roma
- Ospedale Israelitico - Roma
- Ospedale S. Giovanni Evangelista - Tivoli
- Casa di Cura INI – Grottaferrata

* L'accreditamento di questa struttura è stato sospeso con DGR 304/2010

Tutte le strutture devono documentare entro 60 giorni dall'approvazione del presente atto i protocolli in uso per la garanzia della valutazione multidisciplinare per la definizione della terapia.

La rete delle anatomie patologiche

Le *Anatomie Patologiche* e i laboratori biomolecolari di Macroarea concorrono nella offerta di diagnostica cito-patologica, immunoistochimica, biomolecolare e genetica, integrando le rispettive competenze nell'ambito di una rete delle anatomie patologiche regionali, attualmente in fase di sperimentazione (Progetto CCM-Ministero della Salute, 2009-2011).

Centri per i Tumori Pediatrici

L'attuale cura dei pazienti pediatrici sia per tumori solidi sia per ematologici è caratterizzata da una forte polarizzazione su tre centri. Tutti i tre centri possiedono i requisiti strutturali individuati dagli esperti dei Gruppi di coordinamento della rete oncologica di cui alla DGR 420/2007, identificati con Decisione 8 del 14/1/08 del DG di Laziosanità - ASP (vedi tab. 6A e 6B allegate). Sono dunque identificati i seguenti centri di riferimento regionali per l'oncologia pediatrica: Bambino Gesù, Umberto I, Gemelli. Tutti questi centri sono situati a Roma e, data la specializzazione per alcune specifiche patologie, non si individua una competenza territoriale specifica per ciascuno dei tre centri regionali. I quattro Coordinamenti Oncologici di Macroarea definiscono in collaborazione con i tre centri di riferimento i percorsi assistenziali tenendo conto delle specifiche competenze.

Centri per le neoplasie della pelle

L'assistenza per i tumori della pelle è concentrata in due centri, IFO - S. Galliano - Roma e Istituto Dermatologico dell'Immacolata – Roma. Il coordinamento delle attività è affidato all'IFO (vedi tab. 7A e 7B allegate). I quattro Coordinamenti Oncologici di Macroarea definiscono i percorsi assistenziali in collaborazione con i due centri, riferendo ai centri specialistici i casi di maggiore complessità e tenendo conto delle specifiche competenze.

Riorganizzazione dell'offerta ospedaliera di oncologia

La dotazione di posti letto di oncologia nella regione Lazio, 13.9/100.000, è superiore alla media nazionale, che nel 2006 era inferiore a 10/100.000. Ciò è in parte motivato dalla presenza di diverse strutture di eccellenza che svolgono un ruolo di riferimento nazionale e attraggono pazienti da altre regioni, ma anche a una organizzazione dell'offerta molto orientata all'uso del ricovero. Infatti la dotazione risulta superiore anche a quella della regione Lombardia (11.1/100.000 nel 2006) che svolge un simile ruolo a livello nazionale.

La rete qui delineata prevede 4 *Hub* e 18 *Spoke*, più tre centri di riferimento per la pediatria e due per le neoplasie della pelle. Fra gli *Spoke* individuati, due centri possiedono i requisiti sotto la condizione di un accorpamento almeno funzionale per l'oncologia: il Polo Ospedaliero Ospedali Riuniti di Albano-Genzano con l'Ospedale S. Sebastiano - Frascati, e l'Ospedale Parodi Delfino - Colferro con l'Ospedale S. Giovanni Evangelista - Tivoli. Non rientrano nei centri della rete 12 reparti di oncologia attualmente esistenti (Casa di Cura INI - Grottaferrata, Casa di Cura Marco Polo - Roma, INRCA - Roma, Istituto Odontoiatrico G. Eastman - Roma, Polo Ospedaliero Anzio-Nettuno, Ospedale Civile di Anagni, Ospedale di Civitacastellana, Ospedale di Tarquinia, Ospedale di Montefiascone, Ospedale SS. Salvatore - Palombara, Polo Ospedaliero Latina Centro e Polo Ospedaliero Latina Sud).

Sono state considerate funzionali alla rete due strutture private accreditate a prevalente vocazione oncologica che non rispondono ai requisiti dei centri *Spoke*, ma che sono comunque dotate di acceleratore lineare e che erogano attività di radioterapia in regime di accreditamento provvisorio (Marco Polo) o come assistenza indiretta (Casa di Cura INI - Grottaferrata): Casa di Cura Marco Polo - Roma (20 posti letto ordinari e 9 DH), peraltro normata dal Decreto 16/10, e la Casa di Cura INI - Grottaferrata (15 posti letto ordinari e 10 DH). Queste strutture possono erogare terapie in malati oncologici solo sotto mandato di un'Unità Clinica Multidisciplinare di un centro *Hub* o *Spoke*. Per quanto riguarda l'assistenza indiretta erogata dall'INI, nelle more della risoluzione del TAR circa la sospensione di tale forma di assistenza, la struttura potrà continuare l'erogazione secondo quanto disposto dalla DGR 557/02¹.

La quota di posti letto oncologici esclusi dalla rete per le strutture che si trovano nelle ASL romane (INRCA - Roma, Istituto Odontoiatrico G. Eastman - Roma e Ospedale Israelitico - Roma, per un totale di 14 posti letto ordinari e 9 DH) deve essere eliminata. Per le strutture nelle ASL di provincia, i 26 posti letto di oncologia in DH potranno essere accorpati ad altri reparti esistenti (es. medicine generali) per garantire l'erogazione di prestazioni attualmente erogate ai malati oncologici, sotto mandato di un'Unità Clinica Multidisciplinare di un centro *Hub* o *Spoke*. Per gli erogatori pubblici queste modifiche delle dotazioni di posti letto e l'assegnazione delle funzioni ad altri reparti dovranno essere messe in atto contestualmente alla presentazione dei Piani Strutturali di Macroarea. Questo non si applica all'Ospedale di Montefiascone in quanto ai sensi del DCA 48/10 l'attività per acuti è interrotta in tale struttura.

¹ La Circolare n.1 del 17.01.2002 del Ministero della Sanità, ha rimesso alle autonomie regionali la valutazione in ordine alla prosecuzione dell'assistenza indiretta. Il Lazio con la DGR n. 557 del 3/05/2002 ha previsto la prosecuzione della assistenza sanitaria in forma indiretta, per alcuni casi specifici fra cui le prestazioni ambulatoriali di terapia radiante ai pazienti affetti da patologie neoplastiche presso strutture private autorizzate non accreditate, con rimborso su preventiva autorizzazione delle ASL di residenza quando i tempi di attesa nelle strutture pubbliche e private accreditate non siano compatibili con il piano terapeutico.

Il DCA 31 del 2 aprile 2010 ha revocato la DGR 557/02, tale Decreto è stato sospeso dal TAR con sentenza del 29/4/10, sospensione confermata nella successiva Ordinanza dello stesso TAR del 20/05/2010 n. 00826/2010-REG.ORD.COLL.

L'offerta della regione (totale 781 posti letto) era sbilanciata verso i posti letto in ricovero ordinario, 491 posti letto ordinari e 290 in DH, con una grande variabilità fra diverse strutture con livelli di assistenza simili. Una parte di questi posti letto ordinari nel 2009 è stato utilizzato per la somministrazione di chemioterapici e radioterapia, attività che può essere effettuata sia in DH, sia, in molti casi, come prestazione ambulatoriale. Si rende dunque necessaria una riconversione dei posti letto equivalenti ordinari occupati da tali prestazioni in posti letto DH. Per la riconversione dei posti letto da ordinari in DH si applica il coefficiente di produttività di 1.7, già applicato dalla DGR 713/2000, dunque per ogni 1.7 posti letto ordinari si genera un posto letto in DH. Sempre allo scopo di favorire l'erogazione di prestazioni chemio e radioterapiche in DH o in Day service, si procede a un riordino dell'offerta di posti letto del PU A. Gemelli come segue: dei 159 posti letto di oncologia, attualmente 62 ordinari e 13 DH sono dedicati alla radioterapia e radiochemioterapia (come da nota dell'erogatore DP/2665/2010 del 30/6/2010), questi posti vengono ridotti a 22 ordinari DH e 18 DH. Tale operazione ha anche l'effetto di riequilibrare l'offerta fra macroaree, attualmente molto sbilanciata a favore della macroarea 4.

Tale riconversione genera un'offerta complessiva di 659 posti letto di cui 348 ordinari e 311 in DH. Nella tabella che segue è riportata l'offerta precedente a tale atto, la rimodulazione e il saldo dei posti letto per istituto e macroarea. I metodi con cui sono stati ottenuti i valori numerici dei posti letto equivalenti alle giornate di degenza in ricovero ordinario con diagnosi principale di radio o chemioterapia sono descritti nella tabella 8 in allegato.

Le prestazioni erogate al di fuori dei centri *Hub* e *Spoke* della rete devono essere previste dal PAI compilato dall'Unità Clinica Multidisciplinare di un *Hub* o di uno *Spoke* della rete ed effettuate in strutture incluse nel Piano Strutturale di Macroarea.

Per la chirurgia della mammella i centri che hanno i requisiti di qualità ottimali o sufficienti trattano al momento il 73% della patologia nella regione. L'aumento previsto di volume per questi centri al massimo può arrivare al 25% dei volumi attuali quando tutti i percorsi saranno implementati.

Per la chirurgia del colon i centri che hanno i requisiti di qualità ottimali o sufficienti trattano al momento il 76% della patologia nella regione. L'aumento previsto di volume per questi centri al massimo può arrivare al 20% dei volumi attuali.

Per la chirurgia del tumore del polmone i centri identificati trattano al momento il 73% della patologia nella regione. L'aumento previsto di volume per questi centri al massimo può arrivare al 25% dei volumi attuali.

Per la chirurgia dei tumori ginecologici i centri che hanno i requisiti di qualità ottimali o sufficienti trattano al momento il 60% dei casi di utero e il 72% dei casi di ovaio nella regione. I casi di cancro della cervice uterina considerati nell'analisi includono anche i tumori microinvasivi, non distinguibili sulla base dei codici ICD-9-CM dai francamente invasivi, ma che non necessitano di un trattamento complesso, la proporzione di casi complessi effettuata dai centri ad alto volume è sicuramente sottostimata, fatta questa premessa, l'aumento previsto di volume per questi centri al massimo può arrivare al 30% dei volumi attuali.

Per la chirurgia della prostata i centri che hanno i requisiti di qualità ottimali o sufficienti trattano al momento l'81% della chirurgia oncologica per prostata e vescica nella regione. L'aumento previsto di volume per questi centri al massimo può arrivare al 15% dei volumi attuali.

Considerando una quota incompressibile di pazienti che continueranno ad essere trattati in altri centri (privato non accreditato o trattamenti non programmabili) e la gradualità del processo di implementazione dei percorsi, l'aumento di volume previsto per i centri individuati sarà di modesta entità e dunque non richiede un potenziamento strutturale dei reparti nella fase iniziale.

Una successiva valutazione a un anno dalla messa in atto dei Piani Strutturali di Macroarea verificherà la persistenza dei requisiti funzionali e volumi di attività per ciascuna struttura della rete, nonché gli indicatori di appropriatezza e qualità dell'assistenza. Specifico obiettivo della rivalutazione sarà quello di favorire modalità di assistenza differenti dal ricovero per l'erogazione delle prestazioni di oncologia medica. Conseguentemente ai risultati di questa valutazione verrà emanata l'eventuale revisione della rete.

Azioni da intraprendere

- Mese 1 Entro 30 giorni dall'approvazione del presente atto programmatico il Coordinamento Regionale della rete oncologica, definisce le prestazioni che caratterizzano le differenti fasi del percorso diagnostico terapeutico delle patologie oncologiche a più alto impatto. Definisce inoltre gli ulteriori requisiti, oltre a quelli già riportati nel presente documento, che le strutture della rete oncologica devono garantire per poter erogare tali prestazioni. Le sedi oncologiche prioritarie sono: Polmone, Mammella, Colon Retto, Stomaco ed Esofago, Prostata, Ovaio e Utero, Fegato e Vie biliari, Pancreas.
- Mese 2 Entro 60 giorni dall'approvazione del presente atto programmatico, il DG del Centro *Hub* coordinatore della Macroarea deve presentare il Piano Strutturale di Macroarea per le principali patologie oncologiche sulla base dei criteri di qualità indicati dal Coordinamento Regionale della rete oncologica. Tali percorsi devono essere condivisi con Le Aziende territoriali, le aziende ospedaliere che insistono sul territorio della ASL ed eventuali altre aziende che siano incluse nei percorsi presentati.
- Mese 3 Entro i successivi 30 giorni il Coordinamento Regionale della rete oncologica esamina i protocolli presentati e fornisce una relazione tecnica per ogni Macroarea, eventualmente suggerendo soluzioni differenti, laddove i criteri di qualità non siano rispettati.
- Mese 4 Le Aziende hanno ulteriori 30 giorni per adeguare i protocolli ai rilievi fatti dal Coordinamento Regionale della rete oncologica e presentano la proposta finale.
- Mese 5 Entro 150 giorni dall'approvazione del presente atto programmatico la Regione Lazio, sentito il parere del Coordinamento regionale, approva o respinge i protocolli sottoposti dalle aziende territoriali. Qualora i percorsi siano respinti ancora, la Regione darà mandato al coordinamento della rete di redigere nuovi protocolli per la macroarea
- Mese 18 Valutazione a un anno dalla messa in atto dei Piani Strutturali di Macroarea ed eventuale revisione della rete.

Tabella riassuntiva della riorganizzazione dei reparti di oncologia

ISTITUTO	Offerta Attuale(1)		Offerta inserita nei centri Hub e Spoke		Differenza Posti letto	
	PL	ORD	PL	DH	ORD	DH
MACROAREA1						
PU Umberto I (Hub)	0	14	0	14	0	0
Osp. SS Trinità - Sora	14	8	12	9	2	1
Osp. Umberto I - Frosinone	0	5	0	5	0	0
Osp. S. Giovanni Calibita - FBF - Roma	12	16	11	17	-1	1
Osp. Parodi Delfino - Colferro	0	4	0	8	0	0
Osp. S. Giovanni Evangelista - Tivoli	0	4			0	0
Ist. George Eastman - Roma	2	0			-2	0
Osp. SS. Salvatore - Palombara	0	2			0	-2
Osp. Civile di Anagni	0	4			0	4
CdC Marco Polo - Roma (2)	20	9	20	9	0	0
Totale	48	66	43	62	-5	4
IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri (Hub)	58	24	44	32	-14	8
PU Tor Vergata - Roma	0	2	0	2	0	0
Osp. Sant'Eugenio - Roma	8	0	7	1	-1	1
AO San Giovanni/Addolorata - Roma	18	6	13	9	-5	3
MACROAREA2						
Osp. Sandro Pertini - Roma	6	0	6	0	0	0
Osp. Regina Apostolorum - Albano	17	8	16	9	-1	1
Osp. S. Sebastiano- Frascati/Polo Ospedaliero Albano-Genzano (3)	0	6	0	6	0	0
PU Campus Biomedico	20	8	12	13	-8	5
CdC INI - Grottaferrata (2)	15	10	15	10	0	0
Totale	142	64	113	82	-29	18
AO San Camillo - Forlanini (Hub)	43	35	42	36	-1	1
Polo Ospedaliero Latina Nord	12	8	7	11	-5	3
Polo Ospedaliero Anzio-Nettuno	0	6			0	-6
MACROAREA3						
Polo Ospedaliero Latina Centro	0	4			0	-4
Polo Ospedaliero Latina Sud	0	4			0	-4
Osp. Israelitico - Roma (4)	12	5			-12	-5
Totale	67	62	49	47	-18	-15
PU A. Gemelli (Hub) (5)	128	31	70	47	-58	16
PU S. Andrea - Roma	12	6	4	11	-8	5
AO S. Filippo Neri - Roma	16	14	5	21	-11	7
Osp. Belcolle - Viterbo	14	8	13	9	-1	1
Osp. San Camillo de Lellis - Rieti	6	7	6	7	0	0
MACROAREA4						
Osp. San Pietro - FBF - Roma	16	6	12	8	-4	2
Osp. di Civitacastellana	0	4			0	-4
Osp. di Montefiascone (6)	0	4			0	-4
Osp. di Tarquinia	0	2			0	-2
I.N.R.C.A. - Roma	0	4			0	-4
Totale	192	86	110	103	-82	17
Altri centri della rete						
IRCCS Bambino Gesù - Roma	15	9	15	9	0	0
IRCCS Istituto Dermatologico dell'Immacolata - Roma	27	3	18	8	-9	5
	491	290	348	311	-143	21

1) Dati NSIS al 1/1/2010 trasmessi dalla Regione Lazio (Direzione Programmazione Sanitaria - Risorse Umane e Sanitarie) in data 25 maggio 2010

2) Centri dotati di radioterapia, non inseriti nei centri Hub e Spoke, non possono formulare Piano Assistenziale Individuale

3) Da considerarsi un unico centro funzionale con il Polo Ospedaliero Albano-Genzano

4) Per ragioni dovute a un contenzioso in atto i contributi ai posti letto dell'Ospedale Israelitico non sono inseriti nel dato NSIS del 2010, si riporta il dato 2009

5) La dotazione di posti letto di oncologia del PU A. Gemelli include 62 ordinari e 13 DH dedicati alla radioterapia e radio-chemioterapia, come comunicato dall'erogatore con nota n DP2665/2010 del 30/6/2010. Questi posti vengono riconvertiti a 22 ordinari e 18 DH, mentre l'algoritmo di riconversione si applica ai restanti posti ordinari di oncologia e alla loro produzione.

6) L'attività per acuti è già interrotta ai sensi del DCA 48/10

Bibliografia

- ACCP. American College of Clinical Practice. Diagnosis and management of lung cancer: ACCP evidence-based guidelines. *Chest* 2003; 123 Supplement: 1S-337S.
- Bach PB, Cramer LD, Schrag D et al. The influence of hospital volume on survival after resection for lung cancer. *N Engl J Med* 2001; 345: 181-8.
- Begg CB, Cramer LD, Hoskins WJ, Brennan MF. Impact of hospital volume on operative mortality for major cancer surgery. *JAMA*. 1998 Nov 25;280(20):1747-51
- Bennett CL, Yang T, Nadler R. Variations in the use of prostate cancer staging tests: results from one NCCN Institution. *Oncology (Huntingt)* 1997;11:155-7.
- Bristow RE, Palis BE, Chi DS, Cliby WA. The National Cancer Database report on advanced-stage epithelial ovarian cancer: impact of hospital surgical case volume on overall survival and surgical treatment paradigm. *Gynecol Oncol*. 2010 Jun 21.
- Bristow RE, Puri I, Diaz-Montes TP, Giuntoli RL, Armstrong DK. Analysis of contemporary trends in access to high-volume ovarian cancer surgical care. *Ann Surg Oncol*. 2009 Dec;16(12):3422-30.
- Brookfield KF, Cheung MC, Yang R, Byrne MM, Koniaris LG. Will patients benefit from regionalization of gynecologic cancer care? *PLoS One*. 2009;4(1):e4049.
- Burns LR, Wholey DR. The effects of patient, hospital, and physician characteristics on length of stay and mortality. *Med Care*. 1991 Mar;29(3):251-71.
- Commissione Oncologica Regionale, CPO. Carcinoma del Polmone: Linee guida clinico organizzative per la regione Piemonte. Reperibile on line al: <http://www.cpo.it/lineeguida/Igtumoremammella.pdf>
- Commissione Oncologica Regionale, CPO. Carcinoma della Prostata: Linee guida clinico organizzative per la regione Piemonte. Reperibile on line al: http://www.cpo.it/lineeguida/Ig_prostata_marzo2010.pdf
- Commissione Oncologica Regionale, CPO. Tumore della mammella: Linee guida clinico organizzative per la regione Piemonte. Reperibile on line al: <http://www.cpo.it/lineeguida/Igtumoremammella.pdf>
- Commissione Oncologica Regionale, CPO. Tumori del colon-retto: Linee guida clinico organizzative per la regione Piemonte. Reperibile on line al: <http://www.cpo.it/lineeguida/Igtumoremammella.pdf>
- Edited by Sibberting M, Watkins R, Winstanley and Patnick J. Quality Assurance guidelines for surgeons in breast cancer screening. NHSBSP Publication No 20 Fourth Edition March 2009
- Eusoma The requirement of a specialist breast unit. *Eur J Cancer* 200, 36,2288-2293
- EUSOMA. Breast Unit Guidelines, agg. 2010. Reperibile on line al: <http://www.eusoma.org/doc/EusomaBURequirements2010.pdf>
- Flood AB, Scott WR, Ewy W. Does practice make perfect? Part I: The relation between hospital volume and outcomes for selected diagnostic categories. *Med Care*. 1984 Feb;22(2):98-114.
- Friese CR, Earle CC, Silber JH, Aiken LH. Hospital characteristics, clinical severity, and outcomes for surgical oncology patients. *Surgery*. 2010 May;147(5):602-9. PubMed PMID: 20403513; PubMed Central PMCID: PMC2858347.
- Grilli R, Minozzi S, Tinazzi A, et al. Do specialists do it better? The impact of specialization on the processes and outcomes of care for cancer patients. *Ann Oncol* 1998;9:365-74.

- Guidance for Purchasers. Improving Outcomes in Breast Cancer – The Manual. NHS Executive Publication, 1996
- Hillner BE, Smith TJ, Desch CE. Hospital and physician volume or specialization and outcomes in cancer treatment: importance in quality of cancer care. *J Clin Oncol* 2000;18:2327-40.
- Howard G, Clarke K. A Scottish national mortality study assessing cause of death, quality of and variation in management of patients with testicular nonseminomatous germ cell tumours. *Br J Cancer* 1995;72:1307-11.
- Juillard C, Lashoher A, Sewell CA, Uddin S, Griffith JG, Chang DC. A national analysis of the relationship between hospital volume, academic center status, and surgical outcomes for abdominal hysterectomy done for leiomyoma. *J Am Coll Surg.* 2009 Apr;208(4):599-606.
- Kelly JV, Hellinger FJ. Physician and hospital factors associated with mortality of surgical patients. *Med Care.* 1986 Sep;24(9):785-800.
- Kumpulainen S, Sankila R, Leminen A, Kuoppala T, Komulainen M, Puistola U, Hurme S, Hiekkänen H, Mäkinen J, Grénman S. The effect of hospital operative volume, residual tumor and first-line chemotherapy on survival of ovarian cancer - a prospective nation-wide study in Finland. *Gynecol Oncol.* 2009 Nov;115(2):199-203.
- NHS Centre for Reviews and Dissemination, Centre for Health Economics, York Health Economics Consortium. Report 8 - Concentration and choice in the provision of hospital services. York: NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York, 1997.
- NHS. Improving Outcomes in Colorectal Cancer. Guidance on Commissioning Cancer Services. 1998, London.
- NHS. Improving Outcomes in Colorectal Cancer. The Manual. 1997, London.
- NICE Guidance. Prostate cancer: Diagnosis and treatment. February 2008, National Collaborating Centre for Cancer, Cardiff, Wales.
- NICE. Guidance for Commissioning Cancer Services. Improving Outcomes in Urological Cancers. 2002, CRD, London.
- Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, von Karsa L European Guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth Edition, European Commission 2006
- Piccart M, Blamey R, Buchanan M, Cataliotti L, Costa A, Cuzick J, Freilich G, Jassem J, van de Velde CJH, Wilson R. Brussels Statement on Breast Cancer. *Eur J Cancer* 2001;37,1335-1337
- Richards MA, Baum M, Dowsett M et al. Provision of breast services in UK; the advantages of specialist breast units. Report of a Working Party of the British Breast Groups. *The Breast Supplement*, 1994
- Schrag D, Cramer LD, Bach PB, Cohen AM, Warren JL, Begg CB. Influence of hospital procedure volume on outcomes following surgery for colon cancer. *JAMA.* 2000 Dec 20;284(23):3028-35.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network - Management of lung cancer. 1998.
- Selby P, Gillis C, Haward R. Benefits from specialised cancer care. *Lancet* 1996; 348:313-18.
- Steinberg D. Correlation of prostate needle biopsy and radical prostatectomy Gleason grade in academic and community settings. *Am J Surg Pathol* 1997;21:566-76.
- Stockton D, Davies T. Multiple cancer site comparison of adjusted survival by hospital of treatment: An East Anglian study. *Br J Cancer* 2000;82:208-12.

Tiesberg P, Hansen F, Hotvedt R, et al. Patient volume and quality: A methodologically based international literature review. Oslo: SINTEF Unimed, 2001.

Valicenti RK, Gomella LG, El Gabry EA, et al. The multidisciplinary clinic approach to prostate cancer counselling and treatment. *Semin Oncol Urol* 2000;18:188-91.

Vernooij F, Heintz AP, Coebergh JW, Massuger LF, Witteveen PO, van der Graaf Y. Specialized and high-volume care leads to better outcomes of ovarian cancer treatment in the Netherlands. *Gynecol Oncol*. 2009 Mar;112(3):455-61. Epub 2009 Jan 12.

Allegati**Tabella 1 (mammella)**

Istituto	Ricoveri	proporzione	cumulata
905- PU A Gemelli – Roma	664	0,1254	0,1254
908- IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri - IRCCS – Roma	490	0,0925	0,2179
906- PU Umberto I – Roma	340	0,0642	0,2820
902- AO San Giovanni – Roma	294	0,0555	0,3375
919- PU S. Andrea – Roma	254	0,0480	0,3855
903- AO S. Filippo Neri – Roma	221	0,0417	0,4272
901- AO S. Camillo-Forlanini – Roma	209	0,0395	0,4667
073- Osp. S. Carlo di Nancy – Roma	187	0,0353	0,5020
915- PU Campus Biomedico – Roma	178	0,0336	0,5356
920- PU Tor Vergata – Roma	167	0,0315	0,5671
072- Osp. S. Giovanni Calibita-FBF – Roma	161	0,0304	0,5975
267- Osp. S. Pertini – Roma	152	0,0287	0,6262
271- Osp. Belcolle - Viterbo	134	0,0253	0,6515
044- Polo Ospedaliero Ospedali Riuniti Albano-Genzano	100	0,0189	0,6704
071- Osp. S. Pietro-FBF – Roma	94	0,0177	0,6881
066- Osp. Sant'Eugenio- – Roma	85	0,0160	0,7042
200- Polo Ospedaliero Latina Nord	72	0,0136	0,7178
226- Osp. SS. Trinità – Sora	72	0,0136	0,7314
074- Osp. CristoRe – Roma	63	0,0119	
019- Osp. San Camillo de Lellis	62	0,0117	
114- CdC Quisisana – Roma	60	0,0113	
281- Presidio Aziendale Centro salute donna S. Anna – Roma	60	0,0113	
103- P.O.I. Portuense (exSanVincenzo) – Roma	55	0,0104	
043- Polo Ospedaliero Anzio-Nettuno	54	0,0102	
061- Osp. GB. Grassi – Ostia	52	0,0098	
026- Osp. Santo Spirito – Roma	51	0,0096	
158- CdC Paideia – Roma	46	0,0087	
213- CdC San Marco – Latina	44	0,0083	
075- Osp. Israelitico – Roma	43	0,0081	
129- CdC Villa Margherita – Roma	43	0,0081	
165- Osp. Policlinico Casilino – Roma	42	0,0079	
076- Osp. Madre Giuseppina Vannini – Roma	36	0,0068	
216- Osp Umberto I - Frosinone	36	0,0068	
265- Rome American Hospital – Roma	33	0,0062	

(segue)

Tabella 1 (continua)

Istituto	totale	proporzione	cumulata
084- CdC Villa Tiberia - Roma	31	0,0059	
157- CdC Fabia Mater - Roma	29	0,0055	
045- Osp. S. Paolo - Civitavecchia	27	0,0051	
098- CdC Nostra Signora della Mercede - Roma	27	0,0051	
047- Osp. S. Sebastiano Martire - Frascati	26	0,0049	
070- CdC Regina Apostolorum - Albano	25	0,0047	
172- CdC Mater Dei - Roma	24	0,0045	
166- CdC Nuova Itor - Roma	22	0,0042	
Totale	5297		

Seguono 51 strutture con meno di 20 ricoveri

Tabella 2 (colon)

Istituto	Ricoveri	Numero Colonscopie	
	totale	2008	2009
905- PU A. Gemelli – Roma	315	3219	3486
906- PU Umberto I – Roma	216	3962	4019
901- AO S Camillo-Forlanini – Roma	190	1964	2294
919- AO S Andrea – Roma	136	1014	1119
902- AO S Giovanni – Roma	104	709	756
903- AO S Filippo Neri – Roma	102	1146	1207
066- Osp. S. Eugenio – Roma	89	907	629
271- Osp. Belcolle - Viterbo	77	1.216	1.370
071- Osp. S. Pietro-Fabenebratelli – Roma	74	954	623
915- PU Campus Biomedico – Roma	67	374	480
920- PU Tor Vergata – Roma	67	2482	2275
908- IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri-IRCCS – Roma	61	1370	1329
072- Osp. S Giovanni Calibita-FBF – Roma	60	1.542	1.474
200- Polo Ospedaliero Latina Nord	60	891	1.058
073- Osp. S Carlo di Nancy – Roma	55	1.039	1.053
074- Osp. Cristo Re – Roma	54	1.069	1.178
076- Osp. Madre Giuseppina Vannini – Roma	54	1.200	1.128
061- Osp. GB. Grassi - Ostia*	43	449	49
019- Osp. S. Camillo de Lellis	42	1.578	1.775
204- Polo Ospedaliero Latina Centro	36	686	691
267- Osp. S. Pertini – Roma	36	1.371	1.435
216- Osp. Umberto I – Frosinone	34	1393	1382
026- Osp. S. Spirito – Roma	32	761	667
043- Polo Ospedaliero Anzio-Nettuno	29	534	783
070- Osp. Regina Apostolorum – Albano	29	636	710
209- CdC Casa del Sole – Latina	28		
058- Osp. CTO A. Alesini – Roma	27	700	1.195
206- Polo Ospedaliero Latina Sud	27	752	1.042
165- Osp. Policlinico Casilino – Roma	25	652	775
158- CdC Paideia – Roma	22		
180- Aurelia Hospital - Roma	22		
003-Osp. Di Civitacastellana	21		
150- CdC PioXI - Roma	21		
171- CdC Città di Roma	21		
Totale	2653		

Seguono 51 strutture con meno di 20 ricoveri

**Centro di riferimento del programma di screening del Colon Retto della ASI, Roma D*

Tabella 3 (polmone)

Istituto	totale	proporzione	cumulata
901- AO SanCamillo-Forlanini – Roma	364	0,2667	0,2667
908- IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri-IRCCS – Roma	205	0,1502	0,4168
905-PU A Gemelli – Roma	167	0,1223	0,5392
919- PU S. Andrea – Roma	166	0,1216	0,6608
906- PU Umberto I – Roma	100	0,0733	0,7341
920- PU Tor Vergata – Roma	52	0,0381	
903- AO S. Filippo Neri – Roma	34	0,0249	
267-Osp. S. Pertini – Roma	30	0,0220	
902- AO S. Giovanni – Roma	27	0,0198	
066- Osp. S. Eugenio – Roma	25	0,0183	
915- PU Campus Biomedico – Roma	14	0,0103	
064- Osp. Antonio e Carlo Cartonni – Rocca Priora	13	0,0095	
265- Rome American Hospital – Roma	13	0,0095	
180- Aurelia Hospital – Roma	12	0,0088	
Totale	1365		

Seguono 42 strutture con meno di 10 ricoveri

Tabella 4a (utero)

Istituto	ordinari	dh	totale	proporzione	cumulata
905- PU A Gemelli - Roma	467	9	476	0,2968	0,2968
908- IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri - IRCCS - Roma	117	7	124	0,0773	0,3741
906- PU Umberto I - Roma	85	22	107	0,0667	0,4408
073- Osp. S. Carlo di Nancy - Roma	46	11	57	0,0355	0,4763
072- Osp. S. Giovanni Calibita-FBF - Roma	55	0	55	0,0343	0,5106
915- PU Campus Biomedico - Roma	41	0	41	0,0256	0,5362
157- CdC Fabia Mater - Roma	30	9	39	0,0243	
071- Osp. San Pietro-FBF - Roma	36	1	37	0,0231	0,5592
200- Polo Ospedaliero Latina Nord	31	4	35	0,0218	
901- AO S. Camillo-Forlanini - Roma	35	0	35	0,0218	0,5810
903- AO S. Filippo Neri - Roma	33	1	34	0,0212	0,6022
066- Osp. S. Eugenio - Roma	27	2	29	0,0181	
919- PU S. Andrea - Roma	27	1	28	0,0175	
061- Osp. GB. Grassi - Ostia	19	6	25	0,0156	
902- AO S. Giovanni - Roma	24	1	25	0,0156	
074- Osp. Cristo Re - Roma	14	8	22	0,0137	
171- CdC Città di Roma	16	5	21	0,0131	
234- CdC Villa Gioia - Roma	19	1	20	0,0125	
159- CdC Nuova Villa Claudia - Roma	6	12	18	0,0112	
267- Osp. S. Pertini - Roma	16	1	17	0,0106	
165- Osp. Policlinico Casilino - Roma	11	5	16	0,0100	
271- Osp. Belcolle	16	0	16	0,0100	
076- Osp. Madre Giuseppina Vannini - Roma	14	1	15	0,0094	
180- Aurelia Hospital - Roma	14	0	14	0,0087	
045- Osp. San Paolo - Civitavecchia	12	0	12	0,0075	
113- CdC Villa Pia - Roma	11	1	12	0,0075	
920- PU Tor Vergata - Roma	12	0	12	0,0075	
019- Osp. S. Camillo de Lellis - Rieti	6	5	11	0,0069	
026- Osp. S. Spirito - Roma	10	1	11	0,0069	
044- Polo Ospedaliero Ospedali Riuniti Albano-Genzano	11	0	11	0,0069	
096- CdC Madonna delle Grazie - Velletri	7	4	11	0,0069	
054- Osp. Civile di Velletri	9	1	10	0,0062	
114- CdC Quisisana - Roma	10	0	10	0,0062	
166- CdC Nuova Itor - Roma	9	1	10		
209- CdC Casa del Sole - Latina	9	1	10		
Totale	1448	156	1604		

Seguono 41 strutture con meno di 10 ricoveri

Tabella 4b (ovaio)

Istituto	ordinari	dh	totale	proporzione	cumulata
905- PU A. Gemelli – Roma	268	0	268	0,376	0,376
906- PU Umberto I	86	1	87	0,122	0,499
908- IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri	31	0	31	0,044	0,542
903- AO S. Filippo Neri – Roma	23	0	23	0,032	0,574
072- Osp. S. Giovanni Calibita - FBF – Roma	20	0	20	0,028	0,603
919- PU S. Andrea – Roma	19	0	19	0,027	0,629
915- PU Campus Biomedico – Roma	18	0	18	0,025	0,654
901- AO San Camillo-Forlanini – Roma	17	0	17	0,024	0,678
071- Osp. S. Pietro-FBF – Roma	16	0	16	0,022	0,701
073- Osp. S Carlo di Nancy – Roma	16	0	16	0,022	0,723
902- AO S. Giovanni – Roma	15	0	15	0,021	
066- Osp. S. Eugenio – Roma	13	0	13	0,018	
200- Polo Ospedaliero Latina Nord – Roma	13	0	13	0,018	
076- Osp. Madre Giuseppina Vannini – Roma	11	0	11	0,015	
Totale	711	1	712		

Seguono 55 strutture con meno di 10 ricoveri

Tabella 5a (Prostatectomie e cistectomie)

Istituto	totale	proporzione	cumulata
905- PU A. Gemelli – Roma	568	8.1	8.1
906- PU Umberto I – Roma	536	7.7	15.8
908- IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri-IRCCS – Roma	494	7.1	22.8
902- AO S Giovanni – Roma	342	4.9	27.7
901- AO S Camillo-Forlanini – Roma	319	4.6	32.3
084- CdC Villa Tiberia – Roma	287	4.1	36.4
915- PU Campus Biomedico – Roma	223	3.2	39.6
066- Osp S. Eugenio – Roma	211	3.0	42.6
271- Osp. Belcolle - Viterbo	204	2.9	45.5
200- Polo Ospedaliero Latina Nord	202	2.9	48.4
903- AO S Filippo Neri – Roma	196	2.8	51.2
919- PU S. Andrea – Roma	195	2.8	54.0
074- Osp. Cristo Re – Roma	175	2.5	56.5
072- Osp. S. Giovanni Calibita-FBF – Roma	157	2.2	58.7
165- Osp. Policlinico Casilino – Roma	155	2.2	60.9
076- Osp. Madre Giuseppina Vannini – Roma	126	1.8	62.7
157- CdC Fabia Mater – Roma	120	1.7	64.5
026- Osp. S. Spirito – Roma	118	1.7	66.1
046- Osp. Parodi-Delfino - Colleferro	116	1.7	67.8
920- PU Tor Vergata – Roma	115	1.6	69.4
070- Osp. Regina Apostolorum - Albano	112	1.6	71.0
054- Osp. Civile di Velletri	106	1.5	72.6
019- Osp. S. Camillo de Lellis - Rieti	106	1.5	74.1
159- CdC Nuova Villa Claudia – Roma	104	1.5	75.6
073- Osp. S. Carlo di Nancy – Roma	103	1.5	77.0
047- Osp. S. Sebastiano Martire - Frascati	102	1.5	78.5
058- Osp. CTO A. Alesini – Roma	97	1.4	79.9
071- Osp. San Pietro-FBF – Roma	88	1.3	81.1
180- Aurelia Hospital – Roma	84	1.2	82.3
216- Osp. Umberto I - Frosinone	81	1.2	
113- CdC Villa Pia – Roma	76	1.1	
075- Osp. Israelitico – Roma	72	1.0	83.4
218- Osp. Civile di Anagni	71	1.0	
209- CdC Casa del Sole – Latina	66	0.9	
053- Osp. S. Giovanni Evangelista - Tivoli	63	0.9	84.3
204- Polo Ospedaliero Latina Centro	61	0.9	
206- Polo Ospedaliero Latina Sud	58	0.8	
176- CdC INI – Grottaferrata	57	0.8	85.1
	29		

234- CdC Villa Gioia – Sora	56	0.8
044- Ospedali Riuniti Albano-Genzano	55	0.8
228- Osp. Gemma de Bosis – Cassino	53	0.8
267- Osp. S. Pertini – Roma	41	0.6
171- CdC Città di Roma	41	0.6
215- CdC Città di Aprilia	31	0.4
132- CdC Guarnieri – Roma	30	0.4
059- Osp. Civile di Bracciano	27	0.4
134- CdC S. Anna - Pomezia	26	0.4
213- CdC San Marco - Latina	26	0.4
103- P.O.I. Portuense (ex San Vincenzo) – Roma	22	0.3
Totale	6997	100.0

Seguono 21 strutture con meno di 20 ricoveri

Tabella 5b (Prostatectomie)

Istituto	Totale	proporzione
908- IRCCS IstitutiFisioterapiciOspitalieri-IRCCS – Roma	212	11.5
905- PU A. Gemelli – Roma	172	9.3
084- CdC Villa Tiberia – Roma	139	7.5
906- PU Umberto I – Roma	115	6.2
902- AO S. Giovanni – Roma	90	4.9
074- Osp. Cristo Re – Roma	75	4.1
915- PU Campus Biomedico – Roma	75	4.1
901-AO S. Camillo-Forlanini – Roma	74	4.0
066- Osp. S. Eugenio – Roma	57	3.1
903- AO S Filippo Neri – Roma	49	2.7
919- PU S. Andrea – Roma	48	2.6
072- Osp. S. Giovanni Calibita-FBF – Roma	40	2.2
200- Polo Ospedaliero Latina Nord	40	2.2
157- CdC Fabia Mater – Roma	39	2.1
026- Osp. S. Spirito – Roma	38	2.1
271- Osp. Belcolle – Viterbo	38	2.1
070- Osp. Regina Apostolorum – Albano	35	1.9
159- CdC Nuova Villa Claudia – Roma	35	1.9
047- Osp. S. Sebastiano Martire – Frascati	34	1.8
076- Osp. Madre Giuseppina Vannini – Roma	29	1.6
920- PU Tor Vergata – Roma	28	1.5
058- Osp. CTO A. Alesini – Roma	27	1.5
075- Osp. Israelitico – Roma	26	1.4
165- Osp. Policlinico Casilino – Roma	25	1.4
019- Osp. S. Camillo de Lellis – Rieti	22	1.2
046- Osp. Parodi-Delfino – Colleferro	22	1.2
073- Osp. San Carlo di Nancy – Roma	20	1.1
176- CdC INF - Grottaferrata	20	1.1
054- Osp. Civile di Velletri	19	1.0
053- Osp. S. Giovanni Evangelista - Tivoli	18	1.0
071- Osp. S. Pietro-FBF – Roma	17	0.9
180- Aurelia Hospital – Roma	15	0.8
234- CdC Villa Gioia – Sora	15	0.8
113- CdC Villa Pia – Roma	12	0.7
209- CdC Casa del Sole – Latina	11	0.6
206- Polo Ospedaliero Latina Sud	10	0.5
216- Osp. Umberto I - Frosinone	10	0.5
218- Osp. Civile di Anagni	10	0.5
228- Osp. Gemma de Bosis – Cassino	10	0.5
Totale	1844	100.0

Sequono 20 strutture con meno di 10 ricoveri

Tabella 6a (tumori pediatrici solidi)

Istituto	ordinari	dh	totale
904- Bambino Gesù-IRCCS - Roma	251	553	804
905- PU A. Gemelli - Roma	118	139	257
906- PU Umberto I - Roma	83	100	183
908- IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri-IRCCS - Roma	22	4	26
901- AO S. Camillo-Forlanini - Roma	13	4	17
919- PU S. Andrea - Roma	11	5	16
911- Istituto Dermopatico dell'Immacolata-IRCCS - Roma	10	4	14
072- Osp S. Giovanni Calibita-FBF - Roma	3	0	3
114- Cdc Quisisana - Roma	3	0	3
066- Osp. S. Eugenio - Roma	1	1	2
071- Osp. S. Pietro-FBF - Roma	1	1	2
254- Cdc Ars Medica - Roma	2	0	2
267- Osp. S. Pertini - Roma	2	0	2
902- AO S. Giovanni - Roma	2	0	2
920- PU Tor Vergata - Roma	2	0	2
026- Osp. Santo Spirito - Roma	1	0	1
046- Osp. Parodi-Delfino - Colferro	1	0	1
070- Osp. Regina Apostolorum- Albano	1	0	1
073- Osp. San Carlo di Nancy - Roma	1	0	1
200- Polo Ospedaliero Latina Nord	1	0	1
225- Osp. P. Del Prete - Pontecorvo	0	1	1
271- Osp. Belcolle - Viterbo	1	0	1
903- AO S. Filippo Neri - Roma	1	0	1
Totale	531	812	1343

Tabella 6b (tumori pediatrici del sangue)

Istituto	ordinari	dh	totale	
904- Bambino Gesù—IRCCS		119	1659	1778
906- PU Umberto I - Roma		93	117	210
905- PU A. Gemelli - Roma		32	51	83
901- AO S. Camillo-Forlanini - Roma		30	34	64
066- Osp. S. Eugenio - Roma		1	5	6
920- PU Tor Vergata - Roma		4	1	5
019- Osp. S. Camillo de Lellis - Rieti		1	2	3
200- Polo Ospedaliero Latina Nord		3	0	3
204- Polo Ospedaliero Latina Centro		0	2	2
908- IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri-IRCCS - Roma		0	2	2
919- PU S. Andrea - Roma		1	1	2
070- Osp. Regina Apostolorum - Albano		1	0	1
092- CdC Sanatrix		1	0	1
118- CdC Villa del Rosario		1	0	1
180- Aurelia Hospital - Roma		1	0	1
228- Osp. Gemma de Bosis - Cassino		1	0	1
911- Istituto Dermopatico dell'Immacolata-IRCCS - Roma		1	0	1
Totale		290	1874	2164

Tabella 7a (melanoma)

Istituto	ordinari	di	totale
911- IRCCS Istituto Dermopatico dell'Immacolata - Roma	464	325	789
908- IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri - Roma	86	199	285
906- PU Umberto I - Roma	126	35	161
905- PU A. Gemelli - Roma	62	34	96
919- PU S. Andrea - Roma	54	6	60
903- AO San Filippo Neri - Roma	6	28	34
920- PU Tor Vergata - Roma	12	17	29
073- Osp. San Carlo di Nancy - Roma	26	0	26
075- Osp. Israelitico - Roma	3	16	19
200- Polo Ospedaliero Latina Nord - Roma	3	15	18
066- Osp. Sant'Eugenio - Roma	14	3	17
271- Osp. Belcolle - Viterbo	15	0	15
904- IRCCS Bambino Gesù - Roma	0	15	15
902- Osp. S. Giovanni - Roma	10	4	14
901- Osp. S. Camillo-Forlanini - Roma	10	3	13
267- Osp. S. Pertini - Roma	9	1	10
Totale	980	769	1749

Seguono 51 strutture con meno di 10 ricoveri

Tabella 7b (altri tumori della pelle)

Istituto	ordinari	dh	totale
911- IRCCS Istituto Dermopatico dell'Immacolata - Roma	1769	1255	3024
908- IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri - Roma	292	596	888
905- PU A. Gemelli - Roma	132	285	417
906- PU Umberto I - Roma	99	271	370
075- Osp. Israelitico - Roma	4	177	181
919- PU S. Andrea - Roma	55	108	163
903- AO S. Filippo Neri - Roma	13	145	158
902- AO S. Giovanni - Roma	29	72	101
026- Osp. S. Spirito - Roma	57	40	97
204- Polo Ospedaliero Latina Centro	4	77	81
267- Osp. S. Pertini - Roma	66	4	70
155- CdC Chirurgia Addominale all'Eur - Roma	7	62	69
915- PU Campus Biomedico - Roma	29	37	66
213- CdC S. Marco - Latina	0	65	65
901- AO S. Camillo-Forlanini - Roma	15	37	52
058- Osp. CTO A. Alesini - Roma	12	34	46
048- Cdc S. Giuseppe-Roma	7	34	41
230- Cdc S. Anna - Pomezia	5	34	39
066- Osp. S. Eugenio - Roma	18	20	38
037- Osp. Nuovo Regina Margherita - Roma	0	34	34
072- Osp. San Giovanni Calibita-FBF - Roma	14	20	34
140- CdC Siligato - Civitavecchia	15	18	33
071- Osp. S. Pietro-FBF - Roma	17	12	29
226- Osp. SS. Trinità - Sora	4	25	29
073- OSP. S. Carlo di Nancy - Roma	21	7	28
920- PU Tor Vergata - Roma	3	23	26
904- IRCCS Bambino Gesù - Roma	2	22	24
019- Osp. S. Camillo de Lellis - Rieti	8	15	23
165- Osp. Policlinico Casilino - Roma	3	20	23
084- Cdc Villa Tiberia - Roma	13	9	22
052- Cdc Angelucci -Subiaco	0	20	20
Totale	2894	3773	6667

Seguono 65 strutture con meno di 20 ricoveri

Tabella 8 (Posti letto equivalenti per ricoveri ordinari radio o chemio)

ISTITUTI	PL ordinari (a)	Ricoveri ordinari (b)	Ricoveri Chemio+Radio ordinari (c)	Giornate degenza chemio+radio ordinari (d)	Posti letto ordinari equivalenti i (e)	post letto DH equivalente nti (f)
905- PU A. Gemelli - Roma (1)	128	3753	1813	5652	18.2	10.7
915- PU Campus Biomedico - Roma	20	3356	932	2492	8.0	4.7
908- Istituti Fisioterapici Ospitalieri-IRCCS - Roma	58	3130	1280	4365	14.1	8.3
911- Istituto Dermopatico dell'Immacolata-IRCCS - Roma	27	1470	972	2854	9.2	5.4
901- AO S. Camillo-Forlanini - Roma	43	1238	64	344	1.1	0.7
903- AO S. Filippo Neri - Roma	16	918	578	3522	11.4	6.7
070- Osp. Regina Apostolorum - Albano	17	792	90	398	1.3	0.8
176- CdC INI - Grottaferrata	15	668	0	0	0.0	0.0
919- AO. S. Andrea - Roma	12	636	457	2532	8.2	4.8
904- Osp. Bambino Gesù -IRCCS (2)	15	610	325	1476	4.8	2.8
071- Osp. SanPietro-Fatebenefratelli - Roma	16	530	128	1283	4.1	2.4
105- CdC Marco Polo - Roma (3)	20	529	281	918	3.0	1.7
226- Osp. SS. Trinità - Sora	14	526	80	681	2.2	1.3
072- Osp. S.Giovanni Calibita-FBF - Roma	12	504	92	383	1.2	0.7
271- Osp. Belcolle - Viterbo	14	491	102	461	1.49	0.9
902- AO S. Giovanni - Roma	18	478	213	1445	4.7	2.7
200- Polo Ospedaliero Latina Nord	12	466	187	1597	5.1	3.0
075- Osp. Israelitico - Roma	12	422	29	133	0.4	0.3
267- Osp. S. Pertini - Roma	6	264	1	7	0.0	0.0
019- Osp. S. Camillo de Lellis - Roma	6	184	42	150	0.48	0.3
066- Osp. S. Eugenio - Roma	8	135	20	182	0.6	0.3

Ricoveri Chemio+ Radio Ordinari = ricoveri effettuati in regime ordinario nei reparti di oncologia con diagnosi principale V58.1 o V58.0

Posti letto equivalenti ordinari = $f/(0.85*365)$

Dove 0.85 equivale al tasso di occupazione teorico dei posti letto

Posti letto DH equivalenti = $e/1.7$

Dove 1.7 è il rapporto di capacità produttiva dei posti in DH rispetto agli ordinari già applicato nella DGR 713/2000

1) La collocazione di posti letto di oncologia del PU A. Gemelli include 62 ordinari e 13 DH dedicati alla radioterapia e radioterapia, come comunicato dall'erogatore con nota n. DP2665/2010 del 30/6/2010.

2) non si applica la riduzione in quanto extra territoriale

3) fatto salvo quanto definito nel DCA 16/2010

Direttore responsabile: MAURIZIO PUCCI

(BP-2010-23-2-140) Roma - Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.p.A. - S.

**LIBRERIE CONCESSIONARIE PRESSO LE QUALI È IN VENDITA
IL BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO**

ROMA e provincia:

- **CARTOLIBRERIA F.A.C. DI PSAILA G.**
Via delle Sette Chiese n. 154-6-8, tel. 06/5134705
- **LIBRERIA DE MIRANDA**
Viale Giulio Cesare n. 51-e/f/g - Tel. 06/3213303
- **LIBRERIA DELLO STATO**
Piazza Verdi n. 10, tel. 06/85081
- **LIBRERIA CARACUZZO MARIO - ALBANO LAZIALE**
Corso Matteotti n. 201, tel. 06/9320073

ALTRE PROVINCE:

LATINA e provincia

- **LIBRERIA LINEA UFFICIO S.a.s.**
Via Umberto I n. 58/60 - Tel. 0773/692826

VITERBO

- **LIBRERIA AERRE S.a.s.**
di Bernardino Massi e C.
Via E. Fermi s.n.c. - Tel. 0761/305956
Palazzo Uffici Finanziari

ABBONAMENTI ANNO 2010

1 - BOLLETTINO UFFICIALE IN FORMA CARTACEA

Il prezzo di vendita in abbonamento ed a fascicoli separati del Bollettino Ufficiale della Regione Lazio sono determinati nel modo seguente:

- A) abbonamento ai fascicoli della parte I e II compresi i supplementi ordinari:
- | | |
|--------------------|---------|
| - annuale | € 92,96 |
| - semestrale | € 56,81 |
- B) abbonamento ai fascicoli della parte III:
- | | |
|--------------------|---------|
| - annuale | € 36,15 |
| - semestrale | € 25,82 |
- C) - prezzo di vendita di un fascicolo della parte I e II € 1,03
- prezzo di vendita di un fascicolo della parte III € 1,03
- supplementi ordinari per la vendita a fascicoli separati € 2,06
- supplementi straordinari per la vendita fascicoli, ogni sedici pagine o frazione € 0,77
- D) I prezzi di vendita in abbonamento ed a fascicoli separati per l'estero, nonché quelli pubblicati in anni precedenti, sono raddoppiati.
- E) Il prezzo dell'abbonamento deve essere corrisposto esclusivamente a mezzo c/c postale n. 42759001 intestato alla Regione Lazio - Bollettino Ufficiale e specificare il tipo di abbonamento (Parte I e II - Parte III).
- F) Termini per l'abbonamento:
- annuale entro il 10 ottobre dell'anno precedente a quello interessato.
 - a) 1° semestre entro il 10 ottobre dell'anno precedente a quello interessato;
 - b) 2° semestre entro il 10 aprile dell'anno in corso.

Si precisa che i termini per l'abbonamento vanno **tassativamente rispettati** in quanto lo stesso verrà attivato a seguito di inoltro dell'accredito postale, **dell'Ente Poste Italiane S.p.A.**, onde evitare conseguenti disservizi.

Gli Enti aventi diritto alla copia omaggio del BUR (vedi L.R. n. 4/1996) dovranno inoltrare apposita richiesta a Regione Lazio - Ufficio BUR - Via C. Colombo, 212 - 00147 Roma.

La Direzione del Bollettino Ufficiale declina ogni responsabilità derivante da disguidi e/o ritardi postali.

2 - BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO IN VIA TELEMATICA

Da Gennaio 2001 l'accesso alla consultazione del Bollettino in via telematica tramite INTERNET è gratuito al pubblico.

INSERZIONI

Modalità da osservare per la richiesta della pubblicazione sul Bollettino Ufficiale:

- a) il testo delle inserzioni deve essere redatto su carta intestata in duplice copia, di cui una con marca da bollo da € 14,62 ad esclusione delle esenzioni autorizzate, la firma deve essere leggibile; (N.B.: il testo deve essere redatto con carattere n. 12, non superando n. 25 righe e rispettando i margini della carta uso bollo).
- b) il testo deve essere preceduto dall'oggetto;
- c) deve pervenire all'Ufficio Bollettino Ufficiale almeno dieci giorni prima (esclusi sabato, domenica e tutti i giorni festivi) della data di pubblicazione del fascicolo nel quale si chiede l'inserzione;
- d) deve essere accompagnato da una lettera di richiesta pubblicazione e dall'attestazione comprovante l'avvenuto versamento, comprensivo di IVA, effettuato esclusivamente sul c/c postale n. 42759001 intestato a Regione Lazio inserzione sul Bollettino Ufficiale;
- e) deve essere indicata la partita IVA o, se mancante, il numero di codice fiscale dell'ente richiedente la pubblicazione.

Tariffe:

Il costo dell'inserzione è fissato in € 3,10 (comprensivo di IVA) per ogni rigo o frazione di rigo dattiloscritto. Qualora manchi uno dei presupposti elencati l'inserzione non sarà pubblicata.

Prezzo € 2,06