I QUADERNI DI quotidianosanità.it

24

REGIONE CAMPANIA

MOBILITÀ PASSIVA E RETE ONCOLOGICA

Quotidiano Sanità edizioni

COLLANA

I QUADERNI DI **quotidianosanità.it**

Supplemento a
quotidianosanità.it
Quotidiano online
d'informazione sanitaria.

QS Edizioni srl
Via Boncompagni, 16
00187 - Roma
Tel. (+39) 02.28.17.26.15
info@qsedizioni.it
iscrizione al ROC n. 23387
iscrizione Tribunale di Roma
n. 115/3013 del 22/05/2013

Direttore responsabile
Cesare Fassari

Direttore editoriale
Francesco Maria Avitto

Direttore generale
Ernesto Rodriquez

I diritti di memorizzazione elettronica,
di riproduzione e di adattamento totale
o parziale con qualsiasi mezzo sono
riservati per tutti i Paesi.

Roma, dicembre 2019

Quotidiano Sanità edizioni

www.qsedizioni.it
www.quotidianosanità.it

Indice

3		**PREFAZIONE**
4	**1**	**INTRODUZIONE**
4	1.1	Analisi economica e sociale della mobilità sanitaria in Italia
7	1.2	La mobilità nelle Regioni in Piano di Rientro
8	1.3	Azioni di governo nazionale per contrastare il fenomeno
11	**2**	**MOBILITÀ PASSIVA DELLA REGIONE CAMPANIA**
11	2.1	Caratteristiche e trend del fenomeno
15	2.2	Le patologie oggetto di fuga
20	2.3	FOCUS ONCOLOGIA: dove si curano i pazienti campani, analisi per ASL di residenza
23	2.4	Modelli comportamentali dei pazienti in una ASL di confine
24	**3**	**ALLE RADICI DEL FENOMENO**
24	3.1	Le principali determinanti delle fughe
26	3.2	La necessità di investire nella presa in carico
27	**4**	**LA RISPOSTA DELLA REGIONE CAMPANIA PER RIDURRE LA MOBILITÀ PASSIVA**
27	4.1	Riorganizzazione della rete ospedaliera
29	4.2	Più vicini ai cittadini: lo spostamento delle prestazioni di chemioterapia in regime ambulatoriale
30	4.3	Istituzione della Rete Oncologica Campana
32	4.4	Definizione dell'organizzazione della Rete Oncologica
33	4.5	Individuazione dei tumori target e relativi PDTA
34	4.6	Mappatura delle strutture erogatrici
36	**5**	**L'ASSETTO DELLA RETE**
36	5.1	Il modello "Comprehensive Cancer Center Network"
37	5.2	I CORP e i CORPUS
38	5.3	I Gruppi Oncologici Multidisciplinari
40	5.4	I Centri di I Livello e Hospice
41	5.5	La partecipazione attiva di tutti gli attori del sistema
43	5.6	L'Alleanza Mediterranea Oncologica in rete contro il cancro
45	**6**	**VALUE BASED HEALTHCARE: IL PAZIENTE AL CENTRO DELLA RETE ONCOLOGICA**
45	6.1	La presa in carico precoce e la definizione di percorsi chiari e tempestivi
47	6.2	La piattaforma informatizzata per lo scambio di informazioni e la presa in carico

PREFAZIONE

A cura del Dott.
Enrico Coscioni
Consigliere per la Sanità
del Presidente
di Regione Campania

Il SSN riconosce ad ogni cittadino il diritto di ricevere assistenza e prestazioni sanitarie anche in un luogo diverso da quello di residenza, operando delle scelte che, nella maggior parte dei casi, tengono conto della qualità dell'assistenza sanitaria percepita, della specializzazione delle strutture sanitarie e delle liste di attesa.
In questo contesto, si assiste alla mobilità sanitaria, che generalmente si rileva come un flusso di pazienti che dal Sud del Paese si spostano al Nord, ma può anche consistere in spostamenti intra-regionali, o verso regioni di prossimità. L'oncologia rappresenta una delle principali patologie che spingono i pazienti a curarsi in Regioni differenti da quella di residenza. Le cure ricercate sono principalmente quelle ad alta complessità, e dunque più costose in termini di rimborso per le Regioni di provenienza.
Questo fenomeno riveste un'importanza notevole, dal momento che, oltre a comportare disagi e costi per i pazienti e per i loro familiari, determina degli effetti non trascurabili sui Sistemi Sanitari Regionali e inefficienze a livello di SSN. In particolare, la mobilità ha un impatto significativamente negativo (o positivo) sui bilanci sanitari delle Regioni principalmente interessate dalla mobilità passiva (o attiva), e contribuisce ad alimentare le già esistenti differenze a livello di prestazioni sanitarie offerte e di qualità dell'assistenza sanitaria percepita sul territorio nazionale.
Alla luce della rilevanza di questo fenomeno per Regione Campania, il presente documento, nato da una collaborazione tra la Direzione Generale "Tutela della Salute", Roche e EY Advisory, si propone di analizzarne l'entità e di presentare le misure attuate dalla nostra Regione per farvi fronte, rispondendo alle esigenze dei nostri cittadini.

A cura dell'Avv.
Antonio Postiglione
Direttore Generale
per la Tutela della Salute
e il Coordinamento
del Sistema Sanitario
Regionale

Il concetto di Rete Oncologica nasce e si sviluppa proprio in risposta alla necessità di superare il problema della frammentarietà nell'erogazione dei servizi sanitari e di rispondere ai bisogni di cura dei cittadini con prestazioni di qualità, in un'ottica di personalizzazione e specificità.
Regione Campania riveste un ruolo centrale in questo scenario, avendo messo in atto un programma di riorganizzazione della Rete ospedaliera ed avendo istituito, nel settembre 2016, la Rete Oncologica Campana (ROC). La Rete è un investimento di tempo e risorse finalizzato a generare valore per i pazienti/cittadini (che non dovranno più spostarsi lontano da casa) e per la Regione. In un contesto di risorse scarse, lo sforzo di riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale è coinciso necessariamente con una sua razionalizzazione, che non è avvenuta, tuttavia, a discapito della qualità, ma con l'obiettivo di un uso migliore delle risorse stesse.
L'istituzione della ROC si pone infatti l'obiettivo principale di ottimizzare la gestione del paziente oncologico a livello regionale, accompagnandolo lungo percorsi ben definiti di diagnosi e terapia, offrendogli modalità di cura multidisciplinari e assistenza amministrativa da parte di centri dedicati, cercando così di ampliare l'offerta sanitaria e di migliorare la qualità delle cure ricevute, mettendo al centro il paziente, nell'ottica di una sanità *value-based*. Inoltre, l'implementazione di un piano di riorganizzazione dei Dipartimenti Oncologici presenti a livello regionale permette di integrare tutte le professionalità, gli strumenti e le competenze diffusi sul territorio e di assicurare, a livello regionale, un'omogeneità dei servizi erogati, in termini sia qualitativi che specialistici.

1 INTRODUZIONE

1.1 Analisi economica e sociale della mobilità sanitaria in Italia

A cura di EY

La mobilità sanitaria nasce dal diritto del cittadino di ottenere cure, a carico del SSN, anche in un luogo diverso da quello di residenza. In Italia, tale possibilità è garantita, da un lato, dall'articolo 32 della Costituzione che sancisce il fondamentale diritto alla salute dell'individuo e, dall'altro, dal principio di estensione del diritto stesso su tutto il territorio nazionale, come previsto nei fondamenti della Legge n. 833 del 23 dicembre 1978[1] istitutiva del SSN. In particolare, negli ultimi anni si è assistito ad un vero e proprio esodo di pazienti provenienti dalle Regioni del Centro-Sud che decidono di "migrare" al Nord per ricevere cure ed assistenza sanitaria. Le cause di questo flusso migratorio sono molteplici:
Prossimità territoriale: riguarda i pazienti che decidono volontariamente di curarsi presso la struttura sanitaria più vicina in termini geografici, anche se dislocata in una Regione diversa da quella di residenza;
Migliore qualità dei servizi: alcuni pazienti scelgono di curarsi altrove per ottenere prestazioni sanitarie ritenute di maggiore qualità o di migliore accessibilità (a causa ad esempio di liste di attesa eccessivamente lunghe)[2];
Motivi "di contingenza": riguardano i pazienti che necessitano di un ricovero a seguito di una malattia contratta o di un incidente subito durante il soggiorno temporaneo in un'altra Regione;
Il riordino delle Reti Ospedaliere regionali: la riorganizzazione delle Reti ha previsto la definizione di unità specialistiche con bacini di utenza che esulano dai confini regionali[3];
Mobilità "fittizia": riguarda i pazienti che, per motivi di studio o di lavoro, sono domiciliati in un'altra Regione, ma non hanno effettuato alcun cambio di residenza.
La possibilità e l'attitudine a spostarsi, però, impattano fortemente sui bilanci sanitari delle Regioni che "soffrono" la *mobilità passiva*, dal momento che devono rimborsare i costi delle prestazioni sanitarie erogate ai loro residenti dalle Regioni che ricevono *mobilità attiva*. In questo senso, la Conferenza Stato-Regioni del giugno 2019 ha inoltre stabilito che la compensazione della mobilità debba avvenire tenendo conto degli acconti (valorizzati sulla base dei dati di produzione rilevati nelle matrici di mobilità) e dei conguagli per ciascuna Regione.[4]
In termini finanziari, quindi, la mobilità attiva costituisce una voce di credito per le Regioni, mentre quella passiva rappresenta una voce di debito. Pertanto, la differenza tra crediti e debiti, ovvero il *saldo*, può essere considerato un indice dello stato finanziario delle Regioni, e determina la quota delle risorse del FSN ad esse destinate nell'anno successivo. Secondo i dati di mobilità interregionale approvati nella Conferenza Stato-Regioni del 2019, il valore della mobilità sanitaria nel 2017 ammonta a 4,3 miliardi di euro. Alcune Regioni presentano un saldo positivo (prima la Lombardia con +692,1 milioni di euro), e altre un saldo negativo (ultima la Campania con -302,3 milioni di euro, come si può osservare in Figura 1).[5]

1 Legge del 23 dicembre 1978, n. 833, Istituzione del SSN.

2 RBM, Censis, *VII Rapporto sulla Sanità Pubblica, Privata ed Intermediata, Il futuro del Sistema Sanitario in Italia tra universalismo, nuovi bisogni di cura e sostenibilità*, 2017, p. 61.

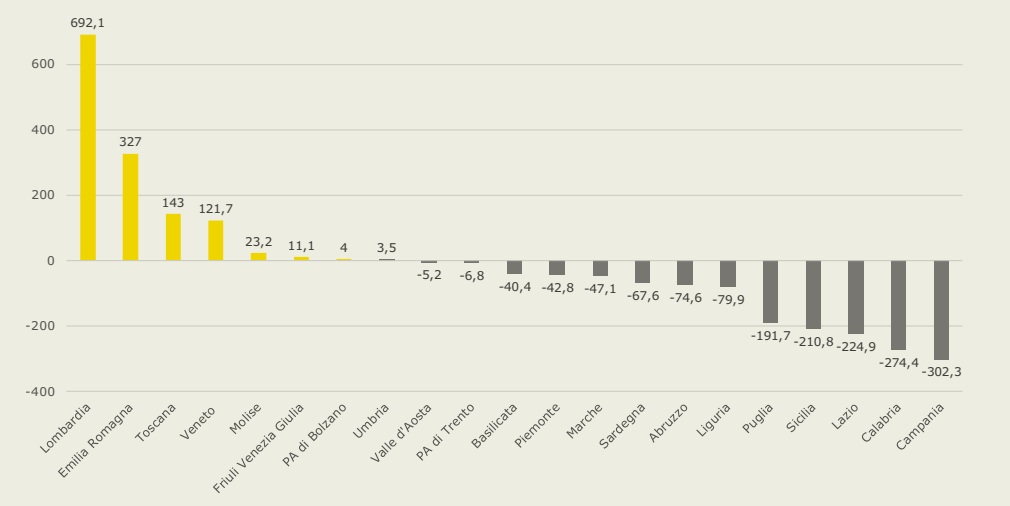
3 Decreto Ministeriale del 2 aprile 2015, n. 70. Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

4 Conferenza permanente Stato-Regioni, Rep. Atti n. 88 del 6 giugno 2019.

5 Ibid.

Figura 1

Saldo di mobilità sanitaria per l'anno 2019 (dati 2017, in milioni di euro)



Fonte: Conferenza permanente Stato-Regioni del 6 giugno 2019, Rep. Atti n.88, Tabella C

Parallelamente, **l'indice di attrazione**[6] **e l'indice di fuga**[7] **costituiscono un parametro rappresentativo dell'efficienza dei SSR** nonché, indirettamente, della qualità delle prestazioni sanitarie percepita dai cittadini.[8] Le Regioni che presentano i più alti indici di attrazione sono la Lombardia (24,2% del totale dei crediti per mobilità attiva) e l'Emilia Romagna (13,5%), seguite da Veneto (8,5%), Toscana (7,8%) e Lazio (7,7%). Le Regioni con più alto indice di fuga sono il Lazio (12,9% del totale dei debiti per mobilità passiva) e la Campania (10,3%), seguite da Lombardia (8%)[9], Puglia (7,5%) e Calabria (7%).

Per quanto concerne le prestazioni, la Conferenza Stato-Regioni del giugno 2019 ha riconfermato che siano soggetti a rimborso non solo i casi di ricovero ospedaliero, ma anche prestazioni erogate e relative ad altri settori, tra cui quello farmaceutico, la medicina generale, la specialistica ambulatoriale e le cure termali.[10] Il rapporto SDO del 2017 mostra come, tra il 2010 e il 2017, l'andamento della mobilità complessiva a livello nazionale si sia mantenuto mediamente costante. Come rappresentato in Figura 2, la percentuale di ricoveri in mobilità (rispetto al totale dei ricoveri effettuati) risulta circa pari all'8% per gli acuti in regime ordinario e diurno, al 15% per l'attività di riabilitazione in regime ordinario, al 10% per l'attività di riabilitazione in regime

6 L'indice di attrazione è la quota di crediti di ciascuna Regione per mobilità attiva.

7 L'indice di fuga è la quota di debiti di ciascuna Regione per mobilità passiva.

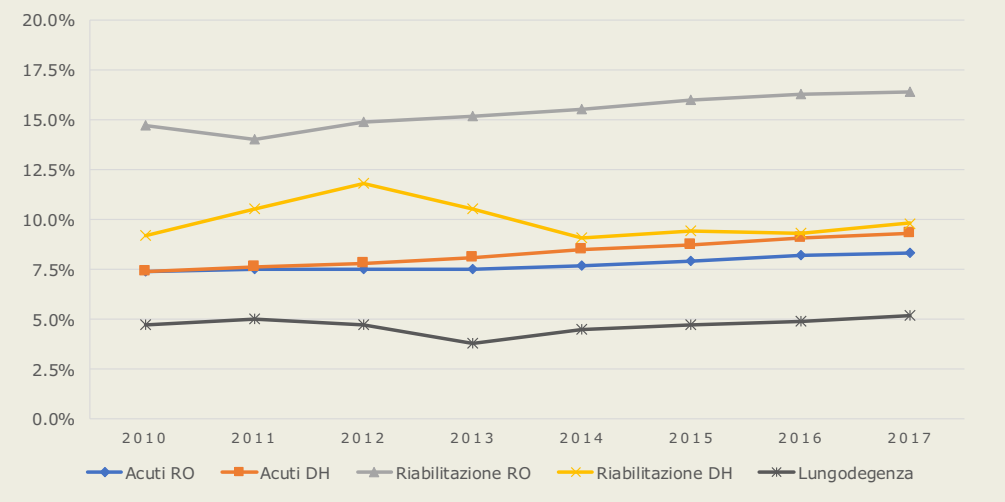
8 Giuseppe Massaro, Marinella D'Innocenzo, *Il fenomeno della mobilità sanitaria interregionale. Analisi dell'assistenza ospedaliera del Molise*, Riv. Mensile n. 3, marzo 2018, p. 2.

9 Nonostante il valore dell'indice di fuga sia tale da far sì che Regione Lombardia si collochi al terzo posto per entità dei debiti, il valore dei crediti di Regione Lombardia per mobilità attiva supera di tre volte quello dei debiti. Tale debito risulta, quindi, ampiamente controbilanciato dai crediti, contrariamente a quello che accade per le altre Regioni.

10 Conferenza permanente Stato-Regioni, Rep. Atti n. 88 del 6 giugno 2019.

Figura 2

Figura 2: Trend mobilità interregionale per regime di ricovero tra il 2010 e il 2017



Fonte: Ministero della Salute, Dati SDO 2017

diurno e al 5% per l'attività di lungodegenza.[11]
Secondo il PNE 2014-2015, alcune delle principali prestazioni erogate in mobilità afferiscono alle aree cardiovascolare ed oncologica (ad esempio: angioplastica coronarica, bypass coronarico, endoarteriectomia carotidea).[12]

11 Ministero della Salute, *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2017*, gennaio 2019, p. 9.

12 Luciana Aimone Gigio, Demetrio Alampi, et al., *La sanità in Italia: il difficile equilibrio tra vincoli di bilancio e qualità dei servizi nelle Regioni in piano di rientro*, marzo 2018, p. 40.

1.2 La mobilità nelle Regioni in Piano di Rientro

A cura di EY

La sfida che il SSN sta affrontando in questi anni è la sostenibilità, ovvero la capacità di mantenere il suo carattere di universalità, nel rispetto dei LEA e dei vincoli delle risorse pubbliche disponibili, coniugando allo stesso tempo equità, appropriatezza, qualità ed efficienza delle cure. I trend in atto, tra cui quelli di natura demografica, epidemiologica, sociale e tecnologica, stanno determinando un aumento della domanda di salute e della relativa spesa, a cui i sistemi sanitari e di welfare devono dare una risposta. Nonostante le tendenze demografiche e il crescente fabbisogno di salute, la spesa pubblica per l'assistenza sanitaria è rimasta pressoché stabile negli ultimi anni, il che ha generato forti disavanzi in alcune Regioni.[13]

A questo proposito, rivestono particolare importanza le misure introdotte per la gestione e il recupero dei disavanzi sanitari regionali e per il monitoraggio delle politiche di risanamento. In tal senso, a partire dal 2007, sono stati istituiti i Piani di Rientro (PdR), ovvero programmi finalizzati a verificare la qualità delle prestazioni sanitarie e a raggiungere il riequilibrio dei conti dei SSR. Gli obiettivi di contenimento dei costi e di razionalizzazione delle risorse sono stati perseguiti, in generale, attraverso forti azioni di contingentamento delle voci di spesa dei SSR. La riduzione delle risorse economiche è stata fronteggiata con la rimodulazione o l'introduzione di nuovi tetti di spesa, con riorganizzazioni della Rete Ospedaliera e con un diverso sistema di acquisto e gestione dei beni e dei servizi sanitari. In altri termini, in alcuni casi i PdR hanno avuto l'obiettivo, per via dell'eccezionalità e della gravità della situazione contingente, del contenimento *tout court* della spesa e non della sua razionalizzazione (comportando quest'ultima maggiori difficoltà e tempo per l'individuazione precisa dei costi da colpire). Pertanto, se da un lato l'applicazione di politiche di abbattimento delle spese sanitarie (quale il taglio lineare ed indiscriminato dei costi) hanno portato al raggiungimento dell'obiettivo di breve periodo di contenimento della spesa, dall'altro hanno avuto anche impatti negativi sui livelli delle prestazioni. In particolare, l'istituzione del blocco del turnover e il contingentamento dei budget per l'erogazione delle prestazioni hanno determinato, in alcuni casi, effetti di "contrazione" nell'erogazione dei LEA. Alla fine del triennio 2016-2018, le Regioni in PdR erano sette, ovvero Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Puglia e Sicilia (il Piemonte è uscito dalla condizione di Regione in PdR nel 2017), di cui quattro commissariate (Campania, Lazio, Molise e Calabria).[14] Guardando ai saldi di mobilità sanitaria (già presentati in Figura 1), si osserva come, ad eccezione del Molise, **le Regioni in PdR siano effettivamente quelle maggiormente colpite dal fenomeno della mobilità passiva**, fattore che può essere considerato un indicatore di "gradimento" dei pazienti del proprio SSR. A fine 2018 si è rilevato un miglioramento generale sia dei conti (anche se quasi tutte le Regioni devono ricorrere alle coperture derivanti dalle tasse) che dei LEA.[15] In particolare, la Campania ha raggiunto il pareggio di bilancio (per il sesto anno consecutivo) e quota 170 punti nella griglia LEA, soglia considerata sufficiente per uscire dal commissariamento.[16]

13 DEF 2018, Rapporto Oasi, Istat.

14 Luciana Aimone Gigio, Demetrio Alampi et al., *La sanità in Italia: il difficile equilibrio tra vincoli di bilancio e qualità dei servizi nelle Regioni in Piano di Rientro,* 2017.

15 https://www.quotidianosanita.it/Regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=67856

16 http://www.regione.campania.it/regione/it/news/ primo-piano/sanita-la-campania-in-pareggio-di-bilancio-raggiunge-quota-167-nella-griglia-lea-ora-stop-al-commissariamento?page=1

1.3 Azioni di governo nazionale per contrastare il fenomeno

A cura di EY

Le azioni di governo intraprese nel corso degli anni al fine di limitare il fenomeno della mobilità interregionale hanno subito una costante evoluzione, volta al conseguimento di tre obiettivi principali[17]:

1. Garantire la gestione amministrativa ed il controllo contabile della ripartizione annuale del FSN fra le Regioni;
2. Monitorare i volumi migratori dei pazienti;
3. Migliorare i livelli di appropriatezza delle prestazioni erogate in regime di mobilità.

Per quanto riguarda le modalità di rimborso delle prestazioni erogate, inizialmente il D.Lgs. 502/92[18] ha posto le basi per la definizione delle regole del sistema di remunerazione, con l'introduzione di un sistema prospettico, basato su tariffe fissate preventivamente. Lo stesso Decreto aveva previsto che la compensazione della mobilità sanitaria avvenisse "*sulla base di contabilità analitiche per singolo caso*" e non più sui saldi complessivi delle prestazioni erogate.[19] A seguito dell'emanazione del DM del 18 ottobre 2012[20], sono state determinate le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale, e sono stati individuati altresì i criteri generali che le Regioni devono seguire per l'adozione del proprio sistema tariffario, nel rispetto dei principi di appropriatezza e di efficienza. In particolare, per quanto concerne la compensazione delle prestazioni relative alla medicina di base, alla specialistica ambulatoriale (prestazioni non riconducibili al tariffario nazionale) ed ai trasporti con ambulanza ed elisoccorso, si fa riferimento al tariffario regionale. Le tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti vengono determinate sulla base del valore del DRG e per tipologia di ricovero (ricoveri diurni e ricoveri ordinari di durata superiore a un giorno, distinguendo, per quest'ultimo caso, tra quelli con numero di giornate di ricovero complessive entro o oltre il valore di soglia). Per le prestazioni di riabilitazione e lungodegenza ospedaliera, la modalità di tariffazione è la medesima rispetto alle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, ad eccezione del fatto che viene considerato non il DRG ma l'MDC. In questo contesto, il recente Accordo Interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria[21] ha confermato i sette principali flussi finanziari corrispondenti alle categorie di prestazioni soggette a compensazione, già individuati nei precedenti Accordi, ovvero:

1. Ricoveri ospedalieri e day hospital (flusso A);
2. Medicina generale (flusso B);
3. Specialistica ambulatoriale, ovvero le prestazioni del DPCM 29 novembre 2001, esclusi gli allegati 2A e 2B (flusso C e tariffario);
4. Farmaceutica (flusso D);
5. Cure termali (flusso E);

17 Agenas, *La mobilità sanitaria*, Anno XI – Numero 29, 2012, p. 56.

18 Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

19 Agenas, *La mobilità sanitaria*, Anno XI – Numero 29, 2012, p. 57.

20 Decreto Ministeriale del 18 ottobre 2012, Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale.

21 Conferenza Stato-Regioni. Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria. Versione in vigore per le attività dell'anno 2018, 20 giugno 2019, p. 3.

6. Somministrazione diretta dei farmaci (flusso F);
7. Trasporti con ambulanza ed elisoccorso (flusso G).

Le principali prestazioni in compensazione, corrispondenti ai sette flussi finanziati, dovranno essere documentate tramite modelli riassuntivi e dati analitici in formato elettronico. Per la valorizzazione delle prescrizioni farmaceutiche e della somministrazione diretta di farmaci, i parametri determinanti ai fini della compensazione sono rappresentati dal costo del farmaco al netto degli sconti e dal costo di acquisto effettivamente sostenuto dall'Azienda Sanitaria erogante.

Gli Accordi Interregionali

A cura della Dott.ssa
Roberta Giordana
Struttura
Commissariale,
Regione Campania

Innanzitutto, è necessario distinguere tra Accordo Interregionale annuale per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria e Accordi Bilaterali, di durata trimestrale, per il governo della mobilità sanitaria interregionale in termini di programmazione.Per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria annuale, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sancisce **un Accordo Interregionale annuale** ai sensi dell'articolo 9, comma 2 dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, approvando il documento di regole tecniche per la compensazione della mobilità sanitaria, nel quale sono definite in maniera univoca le prestazioni da porre in compensazione, che sono da documentare tramite modelli riassuntivi e dati analitici (ad esclusione di quelle addebitate tramite fatturazione diretta tra la struttura erogatrice e l'azienda di residenza dell'assistito).Per quanto attiene invece gli **Accordi Bilaterali**, il Patto per la Salute 2010-2012, siglato tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Balzano il 3 dicembre 2009, individua gli accordi sulla mobilità interregionale come strumenti strategici al fine di qualificare i SSR, ovvero garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni dei cittadini e maggior controllo della spesa. Inoltre, per il conseguimento del livello di appropriatezza nell'erogazione e nell'organizzazione dei servizi di assistenza ospedaliera e specialistica, il Patto orienta le Regioni ad individuare adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi tra Regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria, e ciò al fine di evitare fenomeni distorsivi, favorire collaborazioni interregionali, individuare meccanismi di controllo tesi a prevenire l'insorgere di eventuali comportamenti opportunistici di soggetti del sistema, attraverso la definizione di tetti di attività condivisi e funzionali al governo complessivo della domanda. Con successiva Intesa, concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 (Repertorio n. 82/CSR del 10 luglio 2014), è stato previsto (articolo 9, commi 2 e 3) che "*gli accordi bilaterali fra le Regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, […], sono obbligatori*."; tale indicazione è rafforzata dall'art. 1, c. 576, della L. 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di Stabilità 2016), il quale – modificando l'art. 15, c. 14, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95 (convertito, con modificazioni, dalla L. 7 agosto 2012, n. 135) - ha previsto che, a decorrere dall'anno 2016, le Regioni stipulino accordi bilaterali per il governo della mobilità interregionale i sensi dell'art. 19 del Patto per la Salute 2010-2012.Nella bozza del Nuovo Patto per la Salute 2019-2021 si è dato ampio risalto alla tematica relativa alla mobilità sanitaria, riconoscendone il valore quale elemento caratterizzante il diritto di scelta del cittadino. Dal momento che però persistono fenomeni di mobilità legati a carenza di offerta di servizi sui singoli territori, viene prospettata l'utilità di predisporre, da parte delle regioni interessate da forte mobilità, di un "Piano di contrasto" alla mobilità passiva, potenziando la capacità di offerta nei settori rivelatisi critici e individuando nuove e più moderne forme di organizzazione e di distribuzione dei nodi della rete nel territorio nazionale nell'esclusivo interesse del cittadino paziente che necessita di diagnosi tempestiva, di cure di appropriate e di un'adeguata e locale presa in carico. La tematica relativa agli accordi di mobilità risulta essere quindi al centro di un ragionamento, complesso e in evoluzione, sul governo delle risorse e sull'organizzazione dell'offerta di assistenza sanitaria.

La definizione di tariffe massime a livello nazionale ha l'obiettivo di[22]:

- Scoraggiare la mobilità per il ricorso a prestazioni di medio-bassa complessità;
- Garantire un'adeguata remunerazione delle prestazioni di alta specialità;

Prevedere un incremento delle tariffe per i centri di alta qualificazione: per alcune tipologie di strutture e prestazioni, gli Accordi Interregionali hanno definito delle tariffe aggiuntive specifiche, con l'obiettivo di rispecchiare al meglio il reale consumo di risorse. Nel 2018 è stato celebrato il 40° compleanno del SSN, una delle più importanti conquiste sociali del nostro Paese, fondato sui principi di equità e universalismo e che tutto il mondo ci invidia.[23] Tuttavia, i dati relativi alla mobilità parlano chiaro, e riflettono una disparità sia nell'efficacia che nell'efficienza di alcuni SSR nel rispondere ai bisogni di salute della popolazione residente. In tal senso, molta strada deve essere ancora percorsa per sostenere le Regioni più deboli, affinché queste siano in grado di erogare servizi sanitari efficaci ed efficienti, che garantiscano un'allocazione delle risorse focalizzata sulla qualità e che spinga ad un continuo miglioramento.[24]

22 Agenas, *La mobilità sanitaria*, Anno XI – Numero 29, 2012, p. 59.

23 Nino Cartebellotta, *40 anni di SSN: celebrazione doverosa ma per la sanità pubblica servono investimenti e riforme di rottura*, dicembre 2018.

24 OECD, *Persistenti disparità regionali nella qualità dell'assistenza sanitaria tra le Regioni italiane secondo il nuovo rapporto OCSE*, gennaio 2015.

2 MOBILITÀ PASSIVA DELLA REGIONE CAMPANIA

2.1 Caratteristiche e trend del fenomeno

A cura della Dott.ssa
Roberta Giordana
(Struttura Commissariale, Regione Campania)
e del Dott.
Aurelio Bouché
(Dirigente Unità Operativa Monitoraggio
e Regolamentazione LEA, Direzione Generale Tutela della Salute, Regione Campania)

Dall'osservazione degli ultimi cinque anni di attività, si evince che la mobilità interregionale della Regione Campania è caratterizzata da un costante incremento della componente passiva, che non ha trovato corrispondenza in un aumento della componente attiva, con conseguenze sul saldo complessivo in tendenziale peggioramento.
Nella figura sottostante si riporta l'andamento della mobilità interregionale campana (passiva e attiva) nel triennio 2016-2018, per tipologia di prestazioni sanitarie erogate.

Figura 3

Debiti per mobilità passiva tra il 2016 e il 2018 (dati in milioni di euro)

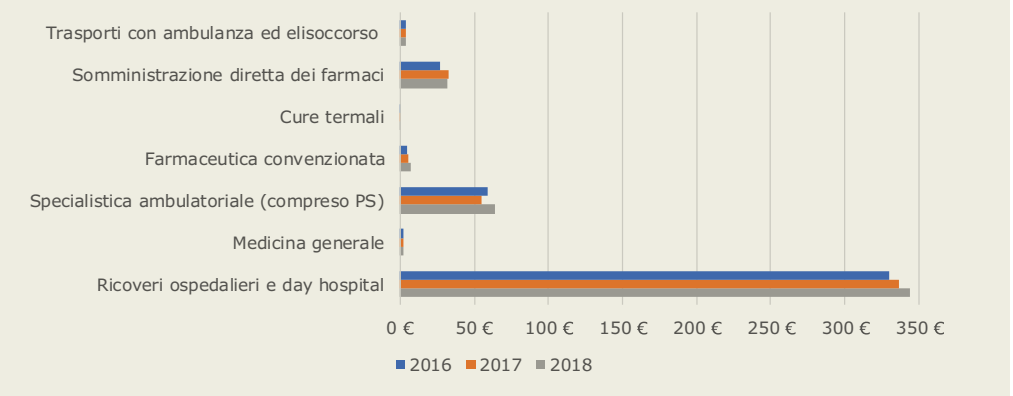
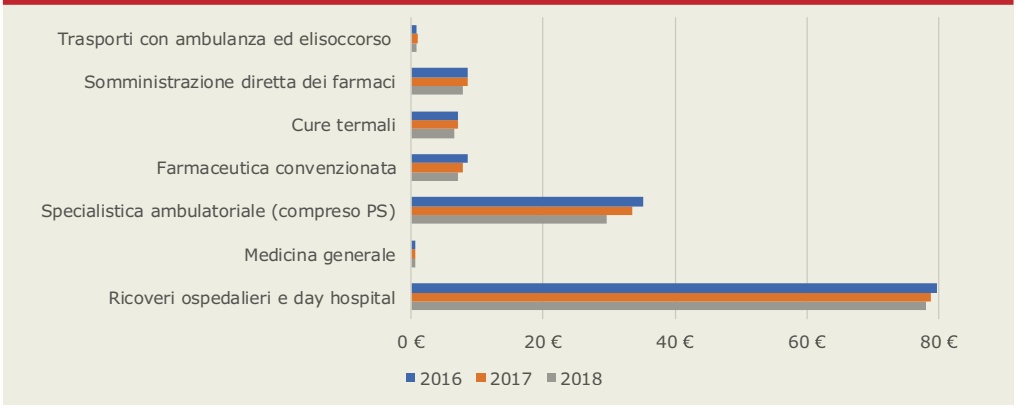


Figura 4

Crediti per mobilità attiva tra il 2016 e il 2018 (dati in milioni di euro)



Rispetto al 2017, si osserva un aumento della mobilità passiva del 5% circa in termini assoluti, che corrisponde a circa 453 milioni di euro per il 2018, a fronte di un decremento della mobilità attiva del 5%.
In particolare, riguardo alle tre tipologie di assistenza a maggior assorbimento di risorse, si assiste a un aumento del saldo negativo del 3% (+9,9 milioni di euro) sui ricoveri ospedalieri, del 12% (+6,8 milioni di euro) sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale e del 13% (+3,7 milioni di euro) per la somministrazione diretta di farmaci.
Si riportano di seguito i dati relativi ai volumi e ai relativi rimborsi delle prestazioni di ricovero ospedaliero in mobilità passiva. Dall'analisi si rileva che l'aumento dei rimborsi nell'anno 2018 non è legato all'aumento nel volume delle prestazioni (che complessivamente diminuiscono), ma all'incremento del *case-mix* dei ricoveri.

Tabella 1

Volumi delle prestazioni e relativi rimborsi delle prestazioni di ricovero ospedaliero in mobilità passiva

Tipologia di assistenza ospedaliera	Anno 2017		Anno 2018		Variazione %	
	Numero ricoveri	Valore rimborso	Numero ricoveri	Valore rimborso	Numero ricoveri	Valore rimborso
Alta complessità	11.140	141.205.004	11.476	154.768.224	3%	9,6%
Media-bassa complessità	44.115	139.641.022	44.167	152.713.059	0,1%	9,4%
Potenzialmente inappropriata	24.808	34.237.237	24.043	36.299.347	-3,1%	6%
Totale complessivo	**80.063**	**315.083.263**	**79.686**	**343.780.631**	**-0,5%**	**+9,1%**

Indubbiamente, per quanto attiene l'assistenza ospedaliera, l'elevato indice di fuga (circa il 10%) e il contemporaneo basso valore dell'indice di attrazione, caratterizza il sistema sanitario della Regione Campania come avente criticità in termini di offerta di prestazioni sanitarie e di qualità dell'assistenza, con la conseguente ricerca, da parte dei pazienti campani, di prestazioni sanitarie extra confine.
Fermo restando l'orientamento del paziente verso centri di riferimento nazionale ad alta specializzazione per specifiche aree cliniche (area oncologica e pediatrica in particolare), il fenomeno della mobilità passiva può essere giustificato anche da altri elementi. Infatti, si può sicuramente rilevare che l'esigenza di incontro tra domanda e offerta sanitaria orienta il paziente verso strutture extra Regione con minori tempi di accesso alle cure (specie nella mobilità di prossimità) o per l'assenza di specialità cliniche sul territorio (carenza di offerta regionale). Anche l'aspetto qualitativo, o, meglio, la percezione qualitativa dell'assistenza e della presa in carico del paziente da parte del personale sanitario e della struttura di cura, ha un impatto notevole sulle dinamiche di scelta.

La tabella seguente mostra le principali Regioni di fuga nel 2018 per numero di ricoveri e per rimborso addebitato. Dal prospetto si evince che circa il **44% del valore corrisponde al totale dei ricoveri effettuati in mobilità di confine/prossimità**, mentre il restante 56% si riferisce ai ricoveri erogati in Regioni distanti dal luogo di residenza dell'assistito.

Tabella 2

Volumi dei ricoveri e relativi rimborsi in mobilità passiva, per Regione di destinazione (2018).
Le righe evidenziate identificano le Regioni di confine/prossimità per Regione Campania

Regione	Numero ricoveri	% sul totale	Valore rimborso	% sul totale
Lazio	15.600	20%	57.618.969	17%
Lombardia	14.340	18%	71.720.210	21%
Toscana	7.894	10%	31.016.598	9%
Molise	7.709	10%	33.833.472	10%
Emilia Romagna	7.057	9%	35.402.737	10%
Bambino Gesù	5.724	7%	15.305.280	4%
Basilicata	5.232	7%	18.277.540	5%
Puglia	4.589	6%	22.008.068	6%
Veneto	3.589	5%	18.830.353	6%
Piemonte	1.748	2%	10.774.070	3%
Liguria	1.668	2%	7.291.383	2%
Abruzzo	975	1%	3.886.530	1%
Marche	868	1%	3.432.824	1%
Calabria	646	1%	2.621.682	1%
Umbria	589	1%	3.297.757	1%
Friuli Venezia Giulia	468	1%	2.031.369	1%
Sicilia	418	1%	1.428.589	0%
P.A. Trento	251	0%	924.672	0%
Sardegna	183	0%	681.277	0%
P.A. Bolzano	94	0%	400.357	0%
Valle D'Aosta	24	0%	82.306	0%
ACISMOM	20	0%	181.315	0%
TOTALE	79.686	100%	341.047.358	100%

La tabella seguente mostra i primi 20 istituti di riferimento per l'assistenza, la cui produzione in mobilità rappresenta, per numero di ricoveri e per rimborso, più del 45% del totale complessivo.

Tabella 3

Volumi dei ricoveri e relativi costi (rimborsi) in mobilità passiva, per Struttura di destinazione (2018)

Regione	Presidio ospedaliero	Numero ricoveri	% sul totale	Valore rimborso	% sul totale
Lazio	Ospedale Pediatrico Bambino Gesù	5.724	7%	15.305.280	4%
Molise	Neuromed I.R.C.C.S.	4.626	6%	21.047.666	6%
Lazio	Policlinico A. Gemelli E C.I.C.	4.377	5%	18.166.066	5%
Basilicata	Azienda Ospedaliera Regionale S. Carlo	3.655	5%	12.870.853	4%
Puglia	Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza	2.144	3%	9.873.345	3%
Lombardia	Ist. Clin. Humanitas - Rozzano	1.905	2%	10.097.645	3%
Toscana	A.O. Senese	1.509	2%	4.369.491	1%
Basilicata	C.R.O.B. - I.R.C.C.S.	1.359	2%	4.756.164	1%
Molise	Presidio Ospedaliero S. Francesco Caracc	1.330	2%	7.203.222	2%
Toscana	A.O. Pisana	1.325	2%	6.196.765	2%
Lazio	Policlinico Umberto I	1.181	1%	3.627.886	1%
Lombardia	Ist. S. Raffaele - Milano	1.086	1%	7.492.019	2%
Lombardia	Ist. Europeo Oncologia - Milano	1.074	1%	3.692.491	1%
Liguria	Ist. G. Gaslini	1.044	1%	2.861.666	1%
Emilia Romagna	Istituti Ortopedici Rizzoli	958	1%	4.977.853	1%
Lombardia	I.R.C.C.S. Policlinico San Donato	819	1%	5.100.721	1%
Molise	Ospedale S. Timoteo - Termoli	815	1%	2.189.720	1%
Lazio	Policl. Univ. Campus Bio Medico	768	1%	3.067.069	1%
Toscana	A.O. Meyer	754	1%	1.183.263	0%
Emilia Romagna	A.O.U. di Bologna	744	1%	4.986.571	1%
Totale primi 20 Presidi per numero di ricoveri		37.197	46,7%	149.065.756	43,7%
Totale complessivo		**79.686**	**100%**	**341.047.358**	**100%**

2.2 Le patologie oggetto di fuga

A cura della Dott.ssa
Roberta Giordana
(Struttura Commissariale, Regione Campania)
e del Dott.
Aurelio Bouché
(Dirigente Unità Operativa Monitoraggio
e Regolamentazione LEA, Direzione Generale Tutela della Salute, Regione Campania)

Tra le tipologie di assistenza più ricorrenti nell'area delle acuzie, in termini di risorse e costi sostenuti, il maggior impatto riguarda l'area dell'Mdc 8 - Malattie e disturbi dell'apparato osteomuscolare (23% sul totale dei ricoveri per acuzie) e, a seguire le Malattie e i disturbi del sistema cardiocircolatorio (in particolare per DRG 104 - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco. Nella tabella sottostante si forniscono maggiori dettagli per specialità clinica.

Tabella 4

Numero dei ricoveri e relativi rimborsi in mobilità passiva per MDC di competenza (2018)

Gruppi diagnostici principali (MDC)	Numero ricoveri	% sul totale	Rimborso	% sul totale
Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	13.820	19%	71.895.322	23%
Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	7.013	9%	46.859.087	15%
Area trapianti	473	1%	25.152.881	8%
Malattie e disturbi sistema nervoso	7.111	10%	23.994.601	8%
Malattie e disturbi rene e vie urinarie	4.656	6%	20.094.552	7%
Malattie e disturbi apparato digerente	4.395	6%	17.001.447	6%
Malattie e disturbi apparato respiratorio	3.751	5%	16.557.225	5%
Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	4.420	6%	14.334.668	5%
Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	2.918	4%	13.146.955	4%
Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	3.694	5%	12.192.333	4%
Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	2.453	3%	6.033.989	2%
Malattie e disturbi apparato riproduttivo maschile	1.968	3%	5.785.669	2%
Malattie e disturbi apparato riproduttivo femminile	2.246	3%	5.511.636	2%
Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	2.626	4%	4.563.882	1%
Malattie infettive e parassitarie	661	1%	3.712.307	1%
Malattie e disturbi occhio	2.454	3%	3.095.245	1%
Gravidanza, parto e puerperio	1.912	3%	2.645.414	1%
Malattie e disturbi mentali	2.288	3%	2.645.141	1%
Malattie e disturbi periodo perinatale	880	1%	2.450.697	1%
Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	2.089	3%	2.193.229	1%
Malattie e disturbi sangue ed organi ematopoietici e disturbi sist. immunitario	1.067	1%	1.941.312	1%
Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	538	1%	1.554.473	1%
non applicato	407	1%	1.374.766	0%
Traumatismi multipli	57	0%	759.838	0%
non assegnato	102	0%	601.192	0%
Ustioni	24	0%	208.228	0%
Uso di alcool/farmaci e disturbi mentali organici indotti	98	0%	195.885	0%
Infezioni da HIV	43	0%	157.608	0%
Totale Area Acuzie	**74.164**	**100%**	**306.659.582**	**100%**

Si riscontra un numero elevato di ricoveri anche per quanto riguarda le Malattie e i disturbi dell'apparato osteomuscolare (in primis il DRG per la sostituzione di articolazioni maggiori o per il reimpianto degli arti inferiori (4% sul totale)) e, sorprendentemente, la chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta (3%). La tabella sottostante fornisce maggiori dettagli in questo senso.

Tabella 5

Numero dei ricoveri e relativi rimborsi in mobilità passiva per DRG di competenza (2018)

DRG	Descrizione DRG	Numero ricoveri	% sul totale	Valore rimborso	% sul totale
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	3.231	4,4%	28.420.100	9,3%
104	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	395	0,5%	9.978.788	3,3%
481	Trapianto di midollo osseo	144	0,2%	9.864.418	3,2%
288	Interventi per obesità	1.391	1,9%	7.776.944	2,5%
2	Craniotomia, età > 17 anni senza CC	483	0,6%	5.777.412	1,9%
480	Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino	75	0,1%	5.418.706	1,8%
498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	433	0,6%	5.264.776	1,7%
541	Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore	86	0,1%	5.060.214	1,7%
302	Trapianto renale	119	0,2%	4.738.510	1,5%
546	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna	207	0,3%	4.384.532	1,4%
75	Interventi maggiori sul torace	480	0,6%	4.215.104	1,4%
105	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	189	0,3%	4.115.816	1,3%
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1.986	2,7%	3.770.350	1,2%
545	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	314	0,4%	3.556.187	1,2%
234	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	1.053	1,4%	3.413.246	1,1%
87	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	914	1,2%	3.361.366	1,1%
518	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	723	1,0%	3.095.857	1,0%
108	Altri interventi cardiotoracici	167	0,2%	3.055.079	1,0%
191	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	212	0,3%	3.035.235	1,0%
573	Interventi maggiori sulla vescica	180	0,2%	2.766.283	0,9%
Totale primi 20 DRG erogati nell'area delle acuzie		**12.782**	**17,2%**	**121.068.923**	**39,5%**
Totale nell'area delle acuzie		**74.164**	**100%**	**306.659.582**	**100%**

Nell'area delle post acuzie, come mostrato nella tabella successiva, il recupero e la riabilitazione funzionale giocano un ruolo fondamentale nell'attrarre la mobilità passiva (84% dei ricoveri e 58% del valore totale dei rimborsi).

Tabella 6

Numero dei ricoveri e relativi rimborsi in mobilità passiva per DRG di competenza (2018)

Disciplina clinica	Ricoveri	% sul totale	Valore rimborso	% sul totale
56 - Recupero e Riabilitazione Funzionale	4.622	84%	20.068.362	58%
75 - Neuroriabilitazione	439	8%	8.654.969	25%
28 - Unità Spinale	130	2%	4.352.196	13%
60 - Lungodegenti	331	6%	1.312.248	4%
Totale complessivo	**5.522**	**100%**	**34.387.775**	**100%**

La tabella seguente mostra i ricoveri e i relativi costi in mobilità passiva nel 2018, per ricoveri nelle aree del post acuto, suddivisi per gruppi diagnostici principali (o macro classi di competenza, MDC).

Tabella 7

Volumi dei ricoveri e relativi costi (rimborsi) in mobilità passiva per gruppi diagnostici principali (2018)

Gruppi diagnostici principali (MDC)	Ricoveri	% sul totale	Valore rimborso	% sul totale
01 - Malattie e disturbi sistema nervoso	1.059	19%	16.853.811	49%
08 - Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	2.915	53%	10.797.044	31%
05 - Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	639	12%	2.608.218	8%
23 - Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	359	7%	1.961.501	6%
19 - Malattie e disturbi mentali	182	3%	677.756	2%
04 - Malattie e disturbi apparato respiratorio	99	2%	499.258	1%
20 - Uso di alcool/farmaci e disturbi mentali organici indotti	109	2%	356.328	1%
10 - Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	63	1%	307.368	1%
06 - Malattie e disturbi apparato digerente	32	1%	73.757	0%
NA	11	0%	53.823	0%
18 - Malattie infettive e parassitarie	9	0%	49.121	0%
03 - Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	8	0%	42.218	0%
11 - Malattie e disturbi rene e vie urinarie	11	0%	41.934	0%
09 - Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	8	0%	33.036	0%
24 - Traumatismi multipli	4	0%	9.894	0%
21 - Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	4	0%	6.622	0%
17 - Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	2	0%	6.160	0%
16 - Malattie e disturbi sangue ed organi ematopoietici e disturbi sist. immunitario	3	0%	5.842	0%
NA	1	0%	1.939	0%
02 - Malattie e disturbi occhio	2	0%	1.414	0%
07 - Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	2	0%	734	0%
Totale complessivo	**5.522**	**100%**	**34.387.778**	**100%**

Un aspetto da tenere presente nella valutazione della quota di prestazioni sanitarie effettuate in mobilità è l'elevato numero di quelle collegate ai singoli episodi di ricovero ospedaliero: in particolare, si tratta di farmaci somministrati direttamente, soprattutto farmaci oncologici ad alto costo, e di prestazioni di specialistica ambulatoriale di follow-up erogate nei sei mesi successivi alla dimissione.
Relativamente al 2018 si osserva che, a fronte di circa 58.000 pazienti (su un totale di circa 80.000 ricoveri ospedalieri ordinari e diurni erogati in mobilità passiva interregionale), circa 27.800 hanno ricevuto un totale di 40.000 ricoveri ospedalieri, ai quali sono collegate 160.000 prescrizioni di specialistica ambulatoriale per un totale di circa 3 milioni di euro. In particolare, si evidenzia che il 30% della suddetta attività di specialistica ambulatoriale, collegata all'attività di ricovero, riguarda un centinaio di soggetti, per un totale di 687 ricoveri ospedalieri (pari a 3 milioni di euro) e 7.000 prescrizioni (pari a circa 1,5 milioni di euro). Le principali branche di prestazioni a maggior assorbimento di risorse nel sottoinsieme esaminato sono: la Radioterapia, il Laboratorio Analisi, la Nefrologia, la Diagnostica per immagini - Medicina nucleare, la Diagnostica per immagini - Radiologia diagnostica.

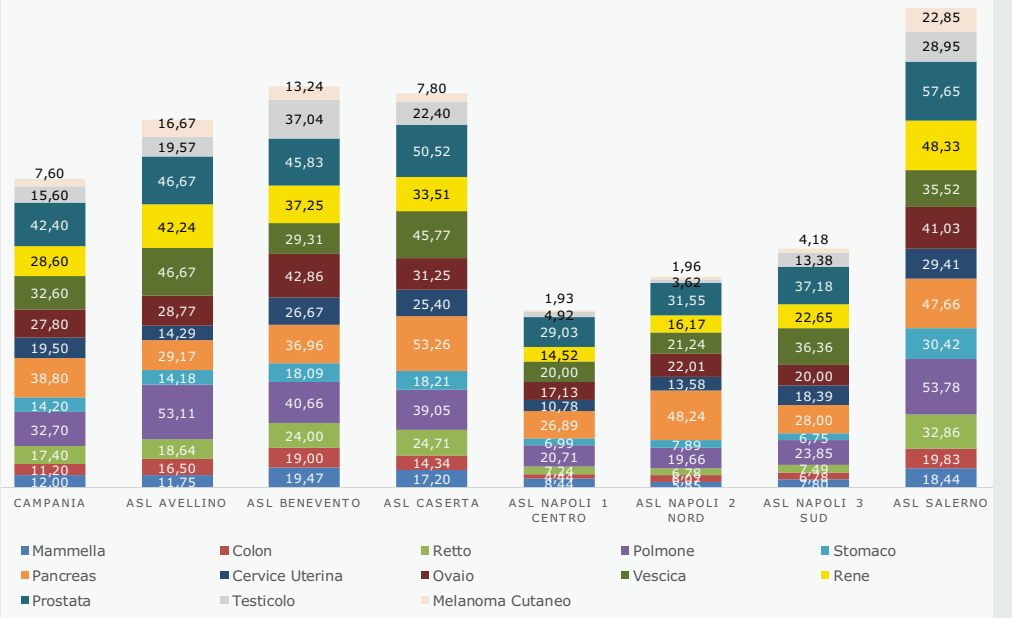
Analisi della mobilità passiva, focus oncologia

A cura del Dott.
Mario Fusco
Coordinatore Registro Tumori Regione Campania

L'analisi della mobilità passiva per singola neoplasia evidenzia differenze legate al tipo di neoplasia ed alle aree geografiche di residenza e conferma, per tutte le patologie oncologiche, il dato dell'estrema frammentazione delle strutture extraregionali di riferimento. Il tumore della prostata è quello che ha determinato la maggiore mobilità passiva rispetto alle altre neoplasie: 1.211 interventi chirurgici nel triennio 2015/2017, pari al 42% dell'intera casistica chirurgica regionale, seguito dal tumore del pancreas con 249 interventi chirurgici in mobilità passiva, pari al 39% della casistica regionale. La frammentazione interessa anche procedure chirurgiche estremamente complesse, quali quelle relative al tumore dell'ovaio (interessate nel triennio 14 Regioni italiane) ed al tumore del pancreas (interessate nel triennio 13 diverse Regioni). La ASL Salerno è quella a maggiore mobilità passiva per la quasi totalità delle 13 neoplasie indagate.

Figura 5

Pazienti in mobilità passiva per procedure chirurgiche relative a neoplasie oggetto di PDTA inseriti nella Rete Oncologica Campana (triennio 2015-2017)[25]



Fonte: Analisi mobilità passive (Registro Tumori Regione Campania)

25 Percentuali di mobilità passiva per area e per sede tumorale. Per ogni sede tumorale inserita nella Rete Oncologica della Regione Campania, sono stati selezionati i codici diagnosi e procedure specifici, pubblicati nel Decreto Regionale n. 53 del 5 agosto 2019.

2.3 FOCUS ONCOLOGIA

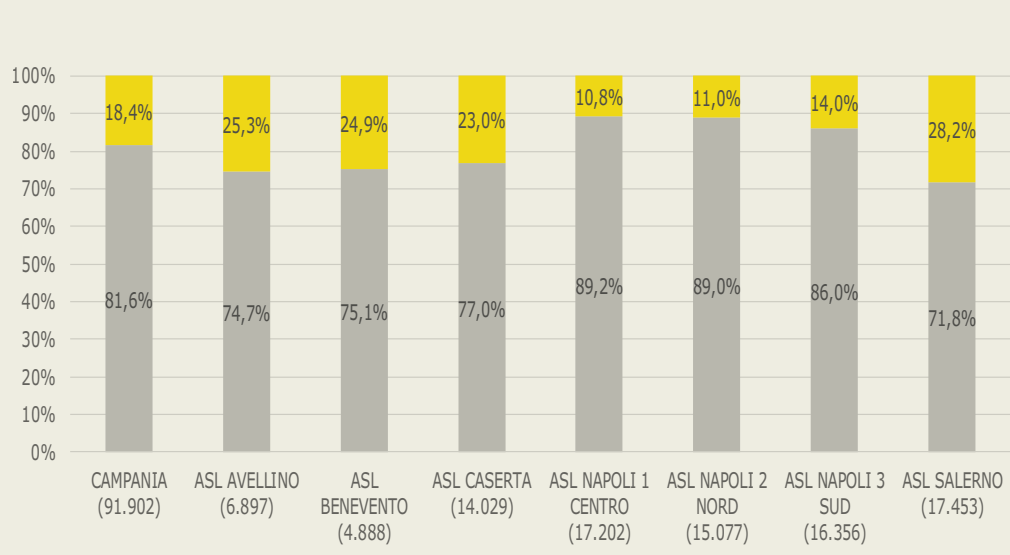
Dove si curano i pazienti campani
Analisi per ASL di residenza

A cura del Dott.
Mario Fusco
Coordinatore Registro
Tumori Regione Campania

La migrazione extraregionale per patologia oncologica rappresenta un problema di rilevante importanza per il sistema sanitario della Regione Campania. La mobilità passiva varia, oltre che in relazione al tipo di neoplasia, anche relativamente all'area geografica di residenza dei pazienti ed alla Regione di destinazione.
Come mostrato nel grafico sottostante, l'analisi della mobilità passiva per area geografica di residenza (frazione di pazienti in mobilità passiva per procedure chirurgiche oncologiche specifiche, rispetto al totale dei pazienti residenti nella Provincia sottoposti alle medesime procedure), evidenzia che **la provincia di Salerno è quella con maggiore percentuale di migrazione** (28%). Seguono le province di Avellino e Benevento (25%) e quella di Caserta (23%). Le tre ASL costituenti la provincia di Napoli presentano una percentuale di migrazione più bassa: nell'ordine la Napoli 3 sud (14%), la Napoli 2 nord e la Napoli 1 centro (entrambe circa 11%).

Figura 6

Pazienti in mobilità passiva per DRG chirurgici, triennio 2015-2017
(tutti i tumori, escluso cute non melanoma)[26]



Fonte: Analisi mobilità passive (Registro Tumori Regione Campania)

26 Sono state selezionate le SDO con codici di diagnosi 140.0-208.9, escluso il codice 173. Di queste SDO, sono stati considerati i DRG chirurgici; in caso di più DGR chirurgici nel triennio in esame, è stato preso in considerazione solo il primo.

Per quanto riguarda le Regioni di destinazione, nel triennio 2015-2017, complessivamente 16.925 pazienti campani si sono spostati al di fuori della Regione per sottoporsi a interventi chirurgici oncologici (ad eccezione dei tumori cutanei non melonomatosi). Questo numero corrisponde al 18,4% dell'intera casistica regionale (91.902 pazienti sottoposti ad intervento chirurgico per cancro nel triennio in esame). Lazio e Lombardia sono le Regioni a maggiore attrazione, con percentuali rispettivamente del 25% e 21% della casistica regionale in mobilità passiva, come riportato nella tabella sottostante.
Un dato di notevole rilievo è l'evidenza che i percorsi di diagnosi e cura in oncologia sono estremamente frammentati non solo in ambito regionale, ma anche quando si riferiscono alla migrazione extraregionale. Nello stesso triennio di riferimento, i 16.925 pazienti in mobilità passiva sono stati operati in ben 505 diverse strutture di diagnosi e cura.

Tabella 8

Pazienti in mobilità passiva per DRG chirurgici, triennio 2015-2017
(tutti i tumori, escluso cute non melanoma): Regioni e numero di strutture di migrazione[27]

	CAMPANIA	ASL AVELLINO	ASL BENEVENTO	ASL CASERTA	ASL NAPOLI 1 CENTRO	ASL NAPOLI 2 NORD	ASL NAPOLI 3 SUD	ASL SALERNO
Numero pazienti	**16.925**	**1.747**	**1.217**	**3.228**	**1.862**	**1.651**	**2.298**	**4.922**
% pazienti in mobilità extraregionale[28]	**18%**	**25%**	**25%**	**23%**	**11%**	**11%**	**14%**	**28%**
Numero strutture di destinazione	**505**	**186**	**181**	**249**	**265**	**208**	**261**	**315**
% verso **Lazio**	25%	23%	25%	38%	21%	24%	23%	21%
% verso **Lombardia**	21%	15%	12%	18%	30%	28%	22%	21%
% verso **Toscana**	12%	10%	8%	11%	10%	10%	11%	15%
% verso **Veneto**	9%	6%	4%	8%	13%	12%	16%	7%
% verso **Basilicata**	8%	10%	*[29]	*	*	*	*	21%
% verso **Puglia**	7%	22%	17%	3%	4%	5%	7%	4%
% verso **Emilia Romagna**	6%	5%	4%	6%	6%	6%	7%	5%
% verso **Molise**	5%	2%	22%	8%	2%	4%	3%	1%
% verso **Piemonte**	2%	2%	2%	2%	4%	3%	2%	2%
% verso **Altre Regioni**	6%	4%	7%	7%	9%	9%	8%	4%

Fonte: Analisi mobilità passive (Registro Tumori Regione Campania)

27 Numero di pazienti con patologia oncologica in mobilità passiva nel triennio in esame; dati per area di residenza e regione di migrazione.

28 Percentuali di pazienti in mobilità passiva, rispetto al numero totale dei pazienti, per area, procedure chirurgiche e sedi specifiche. Le Regioni con percentuali inferiori all'1% sono state raggruppate nella voce "Altre Regioni".

La provincia di Salerno, oltre a essere quella con mobilità passiva extraregionale più alta (28%), è anche quella che presenta il maggior numero di strutture di migrazione extraregionale (315). La frammentazione interessa comunque in modo significativo tutte le province, anche quelle con una percentuale di mobilità passiva più bassa.
La presenza di tale frammentazione evidenzia che la mobilità oncologica, anche se di tipo fortemente specialistico, è orientata in modo determinante verso numerosissime strutture, anche di tipo non specialistico per patologia oncologica. Tale caratterizzazione determina, oltre al problema economico, anche un problema di tipo qualitativo per la mancanza di adeguati standard assistenziali, richiesti (e rimborsati) da parte delle strutture non specialistiche erogatrici delle prestazioni.

2.4 Modelli comportamentali dei pazienti in una ASL di confine

A cura della Dott.ssa
Roberta Giordana
(Struttura Commissariale, Regione Campania)
e del Dott.
Aurelio Bouché
(Dirigente Unità Operativa Monitoraggio
e Regolamentazione LEA, Direzione Generale Tutela della Salute, Regione Campania)

Con l'intento di valutare il modello comportamentale dei pazienti in una ASL di confine, possiamo osservare innanzitutto la dimensione complessiva del fenomeno della mobilità fuori regione (circa il 9%) rispetto all'assistenza resa nelle strutture campane (circa il 60% nelle strutture ospedaliere della propria provincia e il 33% in mobilità intraregionale) in linea con l'offerta regionale.

Tabella 9

Numero ricoveri in strutture campane e fuori regione per ASL di residenza dell'assistito

ASL di residenza	Totale ricoveri	Ricoveri nella ASL di residenza	% sul totale	Ricoveri in mobilità intraregionale	% sul totale	Ricoveri in mobilità interregionale	% sul totale
ASL AVELLINO	62.489	39.248	62,8%	15.492	24,8%	7.749	12,4%
ASL BENEVENTO	44.188	30.411	68,8%	7.436	16,8%	6.341	14,4%
ASL CASERTA	126.766	71.463	56,4%	39.028	30,8%	16.275	12,8%
ASL NAPOLI 1 CENTRO	163.694	134.646	82,3%	20.073	12,3%	8.975	5,5%
ASL NAPOLI 2 NORD	153.601	49.876	32,5%	95.448	62,1%	8.277	5,4%
ASL NAPOLI 3 SUD	160.712	62.978	39,2%	85.793	53,4%	11.941	7,4%
ASL SALERNO	190.032	140.035	73,7%	29.869	15,7%	20.128	10,6%
Totale	**901.482**	**528.657**	**58,6%**	**293.139**	**32,5%**	**79.686**	**8,8%**

Approfondendo la lettura del dato dei pazienti residenti in una ASL di confine:

- Il 56% trova risposta alla domanda di assistenza negli ospedali della propria provincia, specie per Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio (Mdc 5), per Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo (Mdc 8), Malattie e disturbi apparato respiratorio (Mdc 4), per Malattie e disturbi sistema nervoso (Mdc 1) e Malattie e disturbi apparato digerente (Mdc 6);
- Il 30% effettua ricoveri in mobilità intraregionale, ovvero in strutture ospedaliere di altre province campane, in particolare per Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate (Mdc 17) All'IRCCS Pascale e all'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II;
- Il rimanente 13% di rivolge a strutture di altre regioni per Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo (Mdc 8), per Malattie e disturbi sistema nervoso (Mdc 1), Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio (Mdc 5), Trapianti e Malattie e disturbi rene e vie urinarie (Mdc 11) e Malattie e disturbi apparato digerente (Mdc 6). Le Regioni di assistenza risultano essere indubbiamente quelle di confine (Lazio e Molise), ma la migrazione riguarda anche casi a maggior complessità e a maggior valore economico verso le Regioni Lombardia, Toscana e Emilia Romagna.

3. ALLE RADICI DEL FENOMENO

3.1 Le principali determinanti delle fughe

A cura di EY

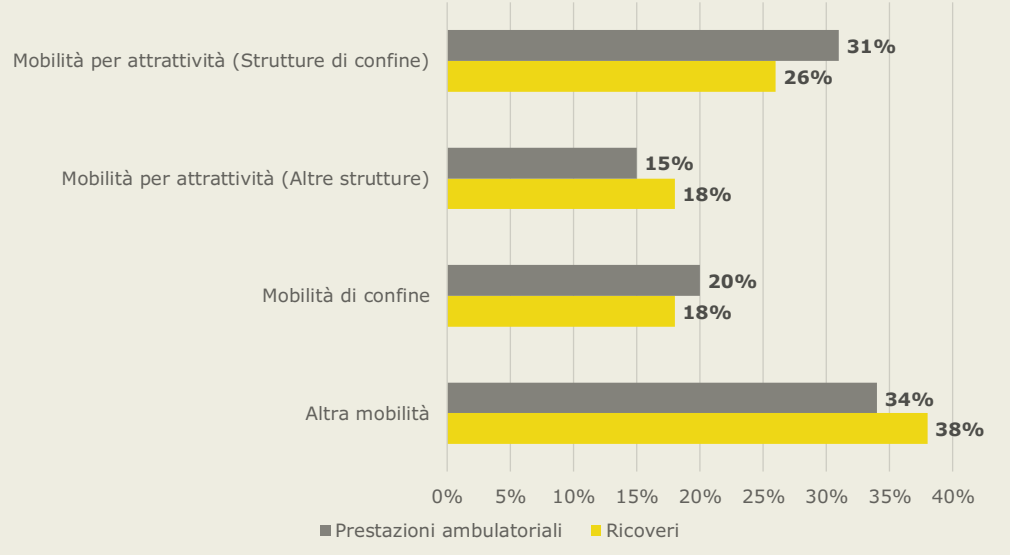
Le cause che spingono i pazienti campani a ricercare e ricevere cure ed assistenza sanitaria al di fuori del territorio regionale sono analoghe a quelle rilevate a livello paese[29]:

- *Mobilità di prossimità* (o *di confine*): interessa i cittadini che scelgono di curarsi presso la struttura sanitaria più vicina, anche se dislocata in una Regione diversa da quella di residenza;
- *Mobilità di competenza*: riguarda i pazienti che scelgono di ricevere prestazioni di complessità e specificità elevate, erogate da poche strutture qualificate;
- *Mobilità di casualità*: si associa a movimenti temporanei della popolazione, sia di lungo periodo (lavoro o studio) che di breve (vacanza);
- *Mobilità di necessità*: è motivata dalla carenza di offerta sul territorio, sia quantitativa che qualitativa, dovuta ad esempio a liste di attesa eccessivamente lunghe, alla difficoltà di garantire repentinamente la presa in carico, alla burocrazia propria dell'iter a cui sono soggetti i pazienti oncologici (che causa lentezza nel riconoscimento dello stato di fragilità o dei diritti che la legge riserva ai malati, quali esenzioni o agevolazioni ad hoc).[30]

Il grafico sottostante mostra la ripartizione per tipologia di mobilità con la distinzione tra casi di ricovero e prestazioni ambulatoriali in Regione Campania.

Figura 7

Percentuali di mobilità passiva in Campania per ricoveri e prestazioni ambulatoriali (2016)



Fonte: Elaborazione EY su dati SDO 2016

29 C. Zanon, *Mobilità attiva e passiva*, 2016.

30 https://corrieredelmezzogiorno.corriere.it/napoli/cronaca/18_marzo_15/tommasielli-tanti-medici-si-curano-nord-non-dicono-pazienti-vanno-tutelati-ma-non-l-omerta-60ccde8e-2849-11e8-b8f6-0a9b8a188a71.shtml

L'analisi dell'offerta oncologica nella Regione Campania mette in luce tutta una serie di problemi strutturali e di ritardi implementativi che, ad oggi, lede sia la capacità di rispondere completamente ed efficientemente alla domanda di salute, che di garantire un efficiente ed efficace utilizzo delle risorse economiche a disposizione. Ciò si riflette in un deficit di sopravvivenza rispetto al dato medio nazionale su cui pesano:

- Bassa compliance agli screening per tumori di cervice, mammella e colon-retto;
- Difficoltà d'accesso alle strutture sanitarie per diagnosi e cura delle fasce più deboli e a rischio della popolazione;
- Frammentazione dei percorsi sanitari ed assenza di uno standard regionale di riferimento.

Tuttavia, non sempre i finanziamenti e il FSR permettono di rispondere all'esigenza di una migliore qualità dei servizi sanitari. Le risorse destinate alla Regione Campania nell'ultimo decennio sono state di 1.695 euro pro capite, rispetto ai 1.819 euro per la Lombardia e ai 1.925 per l'Emilia Romagna. La ripartizione del FSN non tiene conto dell'indice di vulnerabilità, che individua una condizione di incertezza sensibile a trasformarsi in un disagio economico e sociale[31], ma è effettuata sulla base di più parametri, tra i quali il tasso di popolazione anziana. Di conseguenza la Campania, che ha un'alta percentuale di individui tra gli 0 e i 17 anni, riceve minori risorse.[32]

Secondo il rapporto 2018 della Banca d'Italia, la qualità della sanità campana rimane inferiore agli standard nazionali nell'assistenza ospedaliera.[33] La necessità di investire è impellente, e soprattutto, investire con un riparto adeguato su servizi e prestazioni che rappresentano motivo di fuga, nonché valutare i LEA alla luce di criteri epidemiologici che tengano conto delle reali esigenze assistenziali della Regione.

31 Attraverso questo indicatore, è possibile stimare per ogni territorio la sua vulnerabilità, a partire dalle caratteristiche di chi ci abita. https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=73224

32 Ibid.

33 Banca d'Italia. *Economie regionali: l'economia della Campania*, giugno 2019.

3.2 La necessità di investire nella presa in carico

A cura di EY

L'SSN prevede la presa in carico individualizzata dei pazienti con patologie ad alto impatto sociale e ad alto costo, a partire da[34]:

- Diagnosi;
- Accesso uniforme a servizi e prestazioni in relazione alle fasi della malattia;
- Sintomatologia;
- Livelli di disabilità e i bisogni.

Nel recepire le indicazioni del DM 70/2015[35], le Regioni stabiliscono le regole per la costituzione di Reti clinico-assistenziali (tra cui la Rete Oncologica), definite come modelli organizzativi per la presa in carico del paziente, mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari, nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica e organizzativa. La rete individua i nodi e le relative connessioni definendone le regole di funzionamento, il sistema di monitoraggio, i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura, di qualificazione dei professionisti e le modalità di coinvolgimento dei cittadini. **L'obiettivo principale della rete è assicurare la presa in carico globale dell'assistito**, il cui percorso si svolge solo in parte in ambito ospedaliero, per cui è necessario garantire il completamento del PDTA nei servizi territoriali.
Il Decreto n. 89 del 5 novembre 2018 definisce poi i **percorsi di presa in carico di Regione Campania**[36], che dovranno esplicitarsi attraverso la piattaforma informatica, sulla base della stipula di protocollo di Intesa tra le Aziende e l'IRCCS Pascale. Nell'ambito del territorio regionale, il paziente oncologico deve poter essere accolto (cioè preso in carico) e gestito da un team di professionisti delle aree sanitaria e sociale (ad esempio: oncologo, endocrinologo, pneumologo, radiologo, radiologo interventista, medico nucleare, anatomo-patologo, chirurgo toracico, radioterapista, medico di laboratorio e psicologo), che hanno lo scopo di seguire il paziente a 360°, identificare i problemi clinici, psicologici e sociali, attraverso gli opportuni strumenti di valutazione, e coinvolgerlo con suoi familiari o tutori, inclusi gli amministratori di sostegno, ove possibile in modo attivo nel suo percorso di diagnosi e cura. Il paziente oncologico fragile deve poter seguire un percorso dedicato, che preveda tempistiche di attesa ridotte, allo scopo di minimizzare i rischi correlati ad intervalli troppo ampi tra un'osservazione e la successiva e adeguati "tempi di cura".[37] L'infermiere *case manager* incaricato si occupa della prenotazione degli esami di routine (ad esempio: ematochimici e marker oncologici, radiologici e di medicina nucleare di I livello), che saranno effettuati internamente alla struttura, oppure, su indicazione degli specialisti del team di presa in carico, presso le strutture della Rete Oncologica Regionale.[38]

34 http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5073&area=Lea&menu=vuoto

35 Decreto Ministeriale del 2 aprile 2015, n.70. Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

36 Decreto del 5 novembre 2018, n. 89. Regione Campania, Indicatori per il monitoraggio della Rete Oncologica Campana.

37 Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Revisione delle Linee Guida organizzative e delle raccomandazioni per la Rete Oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale".

38 Decreto del 5 novembre 2018, n. 89. Regione Campania, Indicatori per il monitoraggio della Rete Oncologica Campana.

4 LA RISPOSTA DELLA REGIONE CAMPANIA PER RIDURRE LA MOBILITÀ PASSIVA

4.1 Riorganizzazione della rete ospedaliera

A cura della Dott.ssa
Antonella Guida
Direttore Staff Tecnico Operativo Direzione Generale Tutela della Salute, Regione Campania

Il contenimento di un fenomeno ad effetto negativo può avvenire se ad esso vengono opposte forze uguali e contrarie. La mobilità passiva non si sottrae a questo ordinario principio della fisica, individuando, tra le forze uguali e contrarie, la possibilità di disporre di una Rete ospedaliera efficiente ed organizzata.
La Campania presenta una notevole dispersione geografica delle sue strutture ospedaliere, alcune di dimensioni "storiche" che mostrano tutta la loro vetustà, altre di piccole dimensioni o obsolete nella primitiva concezione di ospedali conventuali, altre ancora più recenti e di medie dimensioni, ed infine le grandi Aziende Ospedaliere, che hanno saputo adattarsi nella logistica e nella configurazione alberghiera negli ultimi decenni.
L'introduzione del DM 70/15[39] ha reso necessario rivedere la configurazione organizzativa dei presidi ospedalieri di ASL, AORN, AOU ed IRCCS, adattando il precedente modello alla nuova classificazione nelle tre categorie di complessità assistenziale e di specialità previste, al fine di ricondurre le strutture di degenza esistenti alla tipologia di presidio di Pronto Soccorso, DEA di I livello o II livello. Inoltre, sono stati identificati anche alcuni ospedali che potessero rispondere alle esigenze assistenziali di comunità collocate in aree interne o di particolare disagio orografico.
Oltre alla necessità di riclassificare i presidi, si sono rese necessarie ulteriori azioni di programmazione, da un lato, per riequilibrare il numero di posti letto rispetto alla popolazione residente, e dall'altro, per ricollocare nella giusta proporzione il rapporto tra posti letto per degenza acuta rispetto a quelli di degenza post-acuta. Infine, il proliferare di punti di erogazione assentiti nel passato senza predeterminazione di un indicatore di fabbisogno ha reso necessario intervenire sul fenomeno delle eccedenze che, ad oggi, non è ancora del tutto risolto.
In questo scenario, la complessità del sistema attualmente esistente è maggiormente accentuata dalla presenza di una grossa componente di privato accreditato e di alcuni ospedali classificati.
Dopo circa tre anni di lavoro, durante i quali si sono succeduti ben quattro Decreti Commissariali di riordino della Rete ospedaliera, che hanno contribuito alla risoluzione di gran parte delle criticità, ad oggi la Campania individua nel DCA 103/2018[40] il proprio Piano di riorganizzazione della Rete dell'Emergenza/urgenza, approvato dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze. Tale documento, se da un lato definisce ulteriori impegni nell'individuazione delle criticità tuttora esistenti, dall'altro costituisce senz'altro l'ossatura solida per una riorganizzazione realistica della Rete dell'Emergenza/urgenza.
Nell'ambito del Piano di Programmazione della Rete dell'Emergenza/urgenza, sono descritte anche le reti tempodipendenti e le reti cliniche, tra le quali la Rete Oncologica Campana. Con particolare riferimento alle discipline di degenza ospedaliera, definite sulla base dei dati epidemiologici regionali, si è reso necessario un intervento di potenziamento delle discipline di Oncologia e di Radioterapia. Esse risultano inserite nella Rete con i ruoli ed i compiti di cui al DCA 98/16.[41]

39 Decreto Ministeriale del 2 aprile 2015, n. 70. Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

40 Decreto Commissario ad Acta del 28 dicembre 2018, n. 103. Piano Regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015.

41 Decreto Commissario ad Acta del 20 settembre 2016, n. 98. Istituzione della Rete Oncologica Campana.

La Regione Campania si è anche fortemente impegnata per il recupero dell'appropriatezza clinico-organizzativa in ottica LEA. L'evoluzione delle metodiche chirurgiche e mediche ha creato, negli ultimi decenni, i presupposti per un trasferimento delle attività verso il regime ambulatoriale. Tale evoluzione ha consentito anche di formulare un diverso concetto di ospedalizzazione, basato sull'individuazione di due macrocategorie di assistiti:

Inpatient, per le attività che richiedono la permanenza del paziente in ospedale anche nelle ore notturne;

Outpatient, per le attività che si concludono nell'arco delle 12 ore diurne.

Parallelamente alla definizione della Rete Ospedaliera, Regione Campania ha individuato sacche di inappropriatezza di setting di cure, provvedendo alla definizione di PACC (Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati), diretti in particolare ai 108 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza. A tal proposito, il DCA n. 4/18[42], determina in maniera definitiva l'accesso a prestazioni di tipo ambulatoriale, ancorché strutturate, organizzate in PACC, nonché la modalità di fruizione sanitaria per i 108 DRG, sia medici che chirurgici. Allo stesso modo, sono stati sviluppati modelli di *week surgery* e unità operative di Day Surgery per gestire una domanda assistenziale secondo forme di offerta più flessibili ed efficienti.

Infine, la definizione di specifici PDTA ha consentito un utilizzo efficace della degenza post-acuta, specie in area riabilitazione, in modo tale da rendere l'area di degenza per acuti efficacemente disponibile a pazienti di siffatta condizione.

42 Decreto Commissario ad Acta del 17 gennaio 2018, n. 4. Interventi tesi a migliorare l'appropriatezza organizzativa dei ricoveri ospedalieri: «Linee guida per l'attuazione dei Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC).

4.2 Più vicini ai cittadini: lo spostamento delle prestazioni di chemioterapia in regime ambulatoriale

A cura della Dott.ssa
Antonella Guida
Direttore Staff Tecnico Operativo Direzione Generale Tutela della Salute,
Regione Campania

Anche in ambito oncologico, l'evoluzione scientifica, tecnologica e organizzativa, con particolare riferimento all'utilizzo dei farmaci, rende praticabile la scelta di soluzioni assistenziali che permettano il trattamento dei pazienti non necessariamente in regime di ricovero ma in quello ambulatoriale.
L'utilizzo del regime di Day Hospital (DH) per percorsi diagnostico-terapeutici, proprio in considerazione della durata del trattamento e della tipologia di prestazioni effettuate, risulta in molti casi inappropriato. Al trattamento del paziente oncologico si adatta, quindi, una modalità di gestione organizzativa ambulatoriale basata sui PACC, attivabile nei confronti di soggetti con problemi clinici complessi per i quali è necessario impostare gli accertamenti diagnostici correlati alla patologia ed il relativo trattamento terapeutico, ma che non presentano condizioni tali da rendere appropriato il ricovero ospedaliero.
Oggi, in alcune realtà, l'erogazione di prestazioni legate alla gestione del paziente oncologico (si vedano il DRG 410 e DRG 492 - chemioterapia) sono previste nel nomenclatore ambulatoriale, mentre, in altre, le medesime prestazioni vengono erogate in regime di Day Hospital, attivo per terapia antineoplastica.
Inoltre, le indicazioni nazionali e le evidenze scientifiche rendono necessario ricondurre al regime ambulatoriale il trattamento farmacologico dei pazienti oncologici e la gestione complessiva di tale casistica, così come già avvenuto in altre Regioni. La Regione Campania sta lavorando alla rimodulazione dell'intervento assistenziale secondo una logica che vuole assicurare il mantenimento degli attuali standard qualitativi delle cure in ambito oncologico, in qualunque setting esse vengano erogate, e garantire la continua rivalutazione clinica del paziente, per un'eventuale modifica del setting assistenziale prescelto.
Tuttavia, l'interferenza amministrativa non deve gravare sulla qualità della cura. Infatti, in tale regime sarà necessaria una programmazione stringente, ma anche flessibile, degli accessi, e una corretta programmazione delle cure. L'informatizzazione delle UMACA (Unità di Manipolazione dei Chemioterapici Antiblastici), a cui si sta procedendo, risulterà un forte elemento di sostegno tecnico al percorso. Tra i vari modelli innovativi e alternativi, il Day Service Ambulatoriale (DSA) e i PACC rappresentano anche in questo contesto una modalità di gestione organizzativa dell'assistenza sanitaria ispirata ad un concetto globale di appropriatezza e considerata una misura della capacità di fornire, al livello di assistenza più idoneo, un intervento efficace per un paziente specifico, tenendo conto dei suoi bisogni ed aspettative. Potranno essere erogati tramite tale setting il trattamento antitumorale con infusione di farmaci ed il trattamento antitumorale con dispensazione di farmaci orali o per iniezione intramuscolare o sottocutanea. Attualmente, sono allo studio i documenti tecnici per l'adozione del Decreto Commissariale.

4.3 Istituzione della Rete Oncologica Campana

A cura del Dott.
Attilio Bianchi
Direttore Generale
dell'Istituto Nazionale
Tumori IRCCS
"Fondazione G. Pascale"
Napoli

La Regione Campania ha istituito nel settembre 2016 la Rete Oncologica Campana (ROC), come Network dei Centri deputati per i propri ambiti di competenza ad intervenire nella prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del cancro.[43]

La ROC è stata costruita per rispondere organizzativamente ad alcuni principi fondamentali:

- Garantire la multidisciplinarietà nelle decisioni diagnostiche e terapeutiche secondo quando previsto da PDTA regionali;
- Facilitare la presa in carico dei pazienti oncologici, attraverso una piattaforma informatica, indirizzandoli verso centri che hanno la competenza sulla base dei volumi di attività degli ultimi tre anni e attivando efficienti servizi di continuità di cura sul territorio, in un percorso governato nella sua interezza;
- Combattere la frammentazione regionale e la mobilità sanitaria che incidono negativamente sulla qualità di cura e sulla sostenibilità finanziaria del SSR;
- Definire ed organizzare il livello di condivisione di tutti gli strumenti utilizzati dalle figure professionali coinvolte nell'assistenza oncologica (ad esempio sistemi informativi, cartelle telematiche, linee guida, registri per patologia);
- Facilitare lo scambio di informazioni fra tutti i soggetti che si occupano di patologie oncologiche;
- Supportare le aziende sanitarie nell'organizzazione, gestione ed efficientamento dei servizi in oncologia;
- Individuare e diffondere *best practice* ed innovazioni gestionali lungo i processi chiave del ciclo diagnostico/terapeutico in oncologia;
- Razionalizzare l'uso di tecnologia ad alta complessità/costo, mediante l'applicazione di protocolli specifici di ricerca e programmi di training specifico;
- Creare un registro regionale degli *outcome* degli interventi chirurgici oncologici.[44]

Nel febbraio 2017, **la struttura di commissariamento della Regione Campania ha affidato il coordinamento della ROC all'IRCCS "G. Pascale"**.[45]

Da aprile 2017 sono iniziate le riunioni, inizialmente mensili, con i referenti della rete di CORP/CORPUS e ASL. Sono stati definiti i progetti e i gruppi di lavoro (oncologi PDTA per 13 neoplasie, radioterapisti per un documento tecnico radioterapia standard, i patologi per un documento sulla refertazione anatomo-patologica standard, gli oncologi medici per il documento sulla terapia antiemetica standard).

Nel luglio 2017 è stata istituita la cabina di regia della ROC, che include la Dirigenza Regionale, i DG delle aziende ospedaliere e del territorio, ed esperti del settore farmaceutico ed epidemiologi.

Il Decreto Commissariale del 5 Marzo 2018[46] ha approvato i primi 13 PDTA (che coprono il 70% dei tumori incidenti in Campania, si veda il paragrafo 4.5), i documenti tecnici sulla radioterapia, sulla refertazione patologica, e sul trattamento antiemetico, e ha definito un cronoprogramma per l'effettiva implementazione della ROC e dei percorsi, al fine di ottimizzare l'impiego delle risorse regionali nella lotta contro il cancro, e di favorire

43 Decreto del 20 settembre 2016, n. 98. Istituzione della Rete Oncologica Campana.

44 Ibid.

45 Con nota a firma del Sub Commissario C. D'Amario e il Commissario J. Polimeni - prot. 731 del 10 febbraio 2017.

46 Decreto Commissariale del 5 marzo 2018, n. 19. Rete oncologica regionale: Adozione documenti tecnici.

un'efficace programmazione sanitaria, stabilendo anche l'attivazione di una piattaforma informatica della ROC, come strumento per governare la domanda e l'offerta oncologica regionale (si veda il paragrafo 6.2).
Nei mesi successivi, con la pubblicazione del Decreto del 5 novembre 2018[47], sono stati approvati i nuovi PDTA di patologia e funzionali e altri documenti tecnici (radioterapia standard, refertazione patologica), nonché i documenti elaborati dai gruppi dei farmacisti con il progetto di informatizzazione delle UMACA regionali. Il Decreto ha confermato le stesse tempistiche e modalità per la creazione dei gruppi multidisciplinari e per l'implementazione della piattaforma informatica e ha inoltre incluso il primo piano indicatori (quantitativi e qualitativi) per mammella, colon, cervice, vescica, rene, prostata.
Nel luglio 2019 è stato emanato un ulteriore Decreto[48], che ha identificato i centri chirurgici abilitati a svolgere le attività chirurgiche per i primi 13 PDTA della ROC sulla base dei numeri minimi di attività definiti dal Tavolo Tecnico Regionale (si veda il paragrafo 4.6).

47 Decreto Commissariale del 5 novembre 2018, n. 87. Piano Regionale di programmazione della Rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015.

48 Decreto Commissariale del 4 luglio 2019, n. 58. Rete Oncologica regionale: adempimenti. Adozione ulteriori documenti tecnici: mappe chirurgiche regionali provvisorie in valutazione triennale.

4.4 Definizione dell'organizzazione della Rete Oncologica

A cura di EY

La realizzazione della ROC ed il raggiungimento degli obiettivi stabiliti hanno richiesto una serie di elementi, volti a promuovere l'integrazione dei diversi soggetti coinvolti nell'erogazione dei servizi assistenziali al paziente affetto da patologie oncologiche. I fattori abilitanti sono:

- Sviluppo e condivisione di protocolli/linee guida clinici e terapeutici;
- Sistema unico di qualificazione delle strutture (ad esempio pacchetti di offerta);
- Formazione condivisa del personale;
- Condivisione dei dati/informazioni dei pazienti (flussi informativi, registri);
- Sistema univoco di valutazione (ad esempio indicatori di processo, di outcome).[49]

Il raggiungimento di tali obiettivi ha richiesto che la Rete fosse strutturata sulla base di:

- Una precisa selezione ed assegnazione delle diverse strutture all'interno dell'organizzazione prevista dalla Rete;
- La definizione di dettaglio delle modalità operative e di gestione delle correlate esigenze economiche/formative;
- Una corretta distribuzione territoriale dell'offerta;
- Un processo condiviso di coordinamento tra le diverse tipologie di strutture, e tra queste e la Regione.[50]

Inoltre, la valutazione dell'andamento della Rete, l'individuazione di possibili interventi migliorativi ed il controllo dell'operatività hanno richiesto la presenza di un modello di controllo delle performance cliniche, economiche ed organizzative e l'individuazione dei soggetti deputati al controllo stesso. In particolare, sono stati definiti:

- Ruoli e responsabilità di controllo a livello regionale e per struttura;
- Indicatori chiave di performance (KPI) per costi ed appropriatezza clinica;
- Appropriatezza organizzativa e di outcome;
- Strumenti di raccolta dati.[51]

A livello organizzativo, gli organi costitutivi della Rete sono i seguenti:

- Centri di II livello o Centri Oncologici di Riferimento Polispecialistici (CORP) con funzioni diagnostico-stadiative, terapeutiche e di follow-up oncologico e Centri di Riferimento Regionali con attività specifica in campo oncologico (CORPUS) (si veda il paragrafo 5.2);
- Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM), ovvero gruppi di lavoro costituiti da un insieme di specialisti, che hanno il compito di attuare e garantire il corretto svolgimento del PDTA patologia-specifico, attraverso la presa in carico globale del paziente oncologico (si veda il paragrafo 5.3);
- Hospice e reparti/ambulatori di terapia del dolore e Centri di I livello (si veda il paragrafo 5.4).

49 Decreto Commissariale del 20 settembre 2016, n. 98. Istituzione della Rete Oncologica Campana.

50 Ibid.

51 Ibid.

4.5 Individuazione dei tumori target e relativi PDTA

A cura del Dott.
Mario Fusco
Coordinatore Registro
Tumori Regione Campania

Obiettivo dichiarato e finale della ROC è l'aumento della sopravvivenza oncologica ed il miglioramento della qualità di vita dei pazienti affetti da neoplasia e residenti in Regione Campania. La sopravvivenza oncologica stimata per l'insieme dei tumori a 5 anni dalla diagnosi (esclusi i tumori della cute non melanomatosi) è, negli uomini, del 50,2% in Campania e del 54% nel Pool Italiano dei Registri Tumori e, nelle donne, del 59% in Campania e del 63% nel Pool Italia.
Sulla sopravvivenza oncologica incidono in modo determinante due fattori: l'anticipazione diagnostica e la qualità dei percorsi sanitari di stadiazione e trattamento dei tumori.
L'analisi dei percorsi sanitari in oncologia ha evidenziato le seguenti criticità in Campania:

- Una marcata frammentazione degli stessi;
- Una ridotta introduzione di modelli di trattamento multidisciplinare;
- Un'insufficiente applicazione della continuità di cura;
- Una significativa mobilità passiva per procedure chirurgiche per neoplasie.

La marcata frammentazione dei percorsi sanitari in oncologia conduce inevitabilmente ad una ridotta, o mancata, *expertise* nella presa in carico e gestione dei trattamenti dei tumori da parte di molte strutture regionali di diagnosi e cura.
Di conseguenza, una delle prime azioni messe in campo nella strutturazione della Rete Oncologica Regionale è stata la definizione di PDTA specifici per determinate patologie.
Di tali percorsi, 13 sono stati approvati con il Decreto del 5 marzo 2018[52]: **Colon, Retto, Mammella, Cervice utero, Ovaio, Stomaco, Pancreas, Polmone, Rene, Vescica, Prostata, Testicolo, Melanoma**, e 6 con il successivo Decreto del 5 novembre 2018[53]: **Sistema Nervoso Centrale (SNC), Sarcomi, Testa-Collo, Endometrio, Epatocarcinoma, Tumori Neuroendocrini**.
I PDTA poggiano su tre pilasti portanti:

- La gestione multidisciplinare della malattia da parte di un Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM) che vede al suo interno tutte le figure professionali coinvolte nei processi di stadiazione e trattamento della neoplasia, con un *core team* costituito da un oncologo medico, un chirurgo ed un radioterapista. L'esigenza di coordinamento tra specialisti è particolarmente rilevante per il carattere multidisciplinare dell'iter terapeutico;
- La definizione di tempi certi per la stadiazione ed i trattamenti;
- L'identificazione di un *Case Manager*, che costituisce l'interfaccia tra il GOM ed i pazienti, la cui funzione principale è di guidare il paziente all'interno del percorso diagnostico e terapeutico.

52 Decreto Commissariale del 5 marzo 2018, n. 19. Rete oncologica regionale: Adozione documenti tecnici.

53 Decreto Commissariale del 5 novembre 2018, n. 87. Piano Regionale di programmazione della Rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015.

4.6 Mappatura delle strutture erogatrici

A cura del Dott.
Mario Fusco
Coordinatore Registro
Tumori Regione Campania

Definiti i percorsi standard di riferimento da applicarsi in modo omogeneo sull'intero territorio regionale e la struttura portante degli stessi, sulla scorta delle indicazioni fornite a livello nazionale dall'AGENAS, e condivise da un Gruppo Tecnico Regionale, si è proceduto all'identificazione delle strutture da abilitare all'ingresso nella ROC sulla base di:

- Stima dei casi di incidenza oncologica regionale per specifica sede;
- Identificazione dei codici di diagnosi e di procedure chirurgiche e sedi specifiche;
- Definizione dei volumi chirurgici minimi annui e sedi specifiche richieste per l'ingresso nella Rete Oncologica;
- Analisi dei volumi delle attività chirurgiche svolte dalle strutture di diagnosi e cura regionali nel triennio 2015-2017 e nell'anno 2018;
- Stima del carico regionale di procedure chirurgiche specifiche per sede tumorale.[54]

Il DCA del 4 luglio 2019[55] ha acquisito i risultati di tale analisi e, sulla base di questi, ha definito l'elenco delle strutture regionali abilitate ad entrare nella ROC per il trattamento chirurgico e la gestione dei PDTA specifici per le 13 neoplasie precedentemente citati. Inoltre, il gruppo Tecnico Regionale ha ritenuto opportuno includere nella ROC anche alcune strutture regionali caratterizzate da volumi operativi al momento più bassi di quelli richiesti, che saranno sottoposte ad uno stretto monitoraggio, piuttosto che favorire la mobilità verso strutture extraregionali che restano al di fuori di ogni valutazione di standard di qualità.[56] I centri sotto osservazione saranno monitorati dal team tecnico della Rete oncologica ogni sei mesi, e successivamente sottoposti all'esame finale il 31 dicembre 2021.[57]

54 Relazione scientifica a supporto della Rete Oncologica della Regione Campania. Gruppo Tecnico di lavoro Rete Oncologica regionale, luglio 2019.

55 Decreto Commissariale del 4 luglio 2019, n. 58. Rete Oncologica regionale: adempimenti. Adozione ulteriori documenti tecnici: mappe chirurgiche regionali provvisorie in valutazione triennale.

56 Relazione scientifica a supporto della Rete Oncologica della Regione Campania. Gruppo Tecnico di lavoro Rete Oncologica regionale, luglio 2019.

57 Decreto Commissariale n. 58 del 4 luglio 2019, Rete oncologica regionale: adempimenti. Adozione ulteriori documenti tecnici. Mappe chirurgiche regionali provvisorie in valutazione triennale.

Tabella 10

Elenco strutture idonee, sotto osservazione ed escluse dall'erogazione dei PDTA

PDTA per patologia	Idonee	Sotto osservazione	Escluse	Totale
Tumore della mammella	9	13	73	95
Tumore del colon	13	12	68	93
Tumore del retto	6	14	65	85
Tumore del polmone	1	5	6	12
Tumore dello stomaco	6	8	64	78
Tumore del pancreas	2	7	41	50
Tumore della cervice uterina	3	7	47	57
Tumore dell'ovaio	2	8	53	63
Tumore della vescica	6	7	37	50
Tumore del rene	8	4	52	64
Tumore della prostata	7	10	26	43
Tumore del testicolo	2	8	59	69
Melanoma cutaneo	3	5	70	78

Fonte: Tabella modificata dal Decreto Commissariale n. 58 del 4 luglio 2019

Lo scopo di tale selezione è quello di "rasserenare il paziente", affinché possa fidarsi delle cure erogate nella Regione. "*L'attuale Decreto è solo un punto di partenza*" precisa il coordinatore del Registro dei Tumori. "*Ad oggi, tutto il sistema regionale diagnostico-assistenziale in oncologia si avvia verso un nuovo percorso fondato su multidisciplinarietà, qualità e tempestività*".

5 L'ASSETTO DELLA RETE

5.1 Il modello "Comprehensive Cancer Center Network"

A cura della Dott.ssa
Antonella Guida
Direttore Staff Tecnico Operativo Direzione Generale Tutela della Salute, Regione Campania

La governance della ROC è organizzata secondo il modello ***Comprehensive Cancer Center Network*** (***CCCN***). Il modello prevede che le principali competenze e risorse disponibili siano concentrate in un'unica struttura che, rispetto ad un determinato territorio, sviluppa un'autonoma forza attrattiva, rendendo il sistema capace di una più razionale pianificazione sia di breve che di medio-lungo periodo.[58] In altre parole, il modello consiste in un *network*, gestito da un'autorità centrale, che include tutte le strutture presenti sul territorio, ognuna caratterizzata dal suo ambito di competenza: dalla prevenzione, alla cura e riabilitazione del paziente oncologico.[59] La scelta di adottare tale modello nasce dalla necessità di non soccombere alla scarsità delle risorse disponibili e di far fronte alle esigenze di un sempre più ampio bacino d'utenza.[60]

I vantaggi principali offerti dal modello CCCN sono riassumibili nei seguenti punti[61]:

- Ogni centro della Rete può contribuire, con il proprio ambito di competenza, alla realizzazione di un sistema di gestione delle patologie oncologiche organizzato, efficiente, e non dispersivo per il cittadino;
- Le strutture e i servizi locali sottoutilizzati possono essere migliorati e valorizzati ed essere, quindi, ampiamente sfruttati all'interno della Rete: ciò garantisce al cittadino la possibilità di curarsi "vicino a casa";
- Il *network* nel suo complesso è in grado di affrontare spese di acquisizione di nuove tecnologie altrimenti insostenibili per la singola struttura ospedaliera;
- La definizione di PDTA integrati permette alla rete di rispondere in maniera capillare alle esigenze di cura e trattamento dei pazienti;
- La presenza di un'autorità centrale garantisce che non vi siano duplicazioni di servizi e apparecchiature all'interno del *network* e determina, di conseguenza, un efficientamento nell'allocazione delle risorse economiche ed una reingegnerizzazione dei processi di cura e di trattamento dei pazienti oncologici, secondo modelli più *cost-effective*.

58 CIPOMO, *Strutture Comprehensive Cancer Center Network*, 22 novembre 2014, p. 2.

59 Ibid., p. 2.

60 Decreto Commissariale n. 98 del 20 settembre 2016, Istituzione della Rete Oncologica Campana.

61 Ibid.

5.2 I CORP e i CORPUS

A cura della Dott.ssa
Antonella Guida
Direttore Staff Tecnico
Operativo Direzione
Generale Tutela
della Salute,
Regione Campania

I CORP sono Centri Oncologici di Riferimento Polispecialistici o Centri di II livello, con funzioni diagnostico-stadiative a maggiore complessità o integrative, terapeutiche e di follow-up oncologico. **Alcuni CORP sono anche definiti CORPUS, "Centri Oncologici di Riferimento Poli-specialistici Universitari o a carattere Scientifico",** e sono prevalentemente le AOU e gli IRCCS afferenti alla ROC. Dunque, rispetto ai CORP, i CORPUS rappresentano le strutture che hanno anche funzioni di ricerca e insegnamento.
La tabella seguente ne riassume le caratteristiche.

Tabella 11

CORP E CORPUS: caratteristiche comuni e specifiche

Caratteristiche	CORP	CORPUS
Aggregati funzionali di Unità Operative Complesse, Unità Semplici, Unità Dipartimentali finalizzate verso obiettivi comuni di assistenza	✓	✓
Hanno un proprio coordinatore, che opera come Dirigente Medico di II livello con carica di Direttore dell'UOC di Oncologia Medica dell'Azienda presso cui ha sede il CORP/CORPUS	✓	✓
Garantiscono la presenza di: • Servizio di accettazione/accoglienza, di informazione e prenotazione; • Archivio, eventualmente computerizzato; • Ambulatori multidisciplinari per patologia, organizzati dai coordinatori dei GOM secondo criteri di integrazione delle competenze (chirurgiche, mediche, diagnostiche ecc.)	✓	✓
Erogano DRG per attività chirurgica relativa ai PDTA attivati nella Regione	✓	✓
Hanno Unità Complesse di Oncologia Medica, Chirurgia Generale e Specialistiche	✓	✓
Hanno Servizi di Radioterapia (interni/esterni), Servizi di Diagnostica per Immagini ad alta tecnologia e di Anatomia Patologica	✓	✓
Soddisfano indicatori di qualità scientifica e formativa, quali: alti volumi di attività di ricerca di base o clinica, capacità di coordinamento e progettazione di trials clinici	✓	✓
Sono impegnati nella ricerca preclinica e/o clinica in vari settori correlati all'Oncologia		✓
Hanno una vocazione alla Didattica e ad attività di Alta Formazione		✓
Hanno servizi e diagnostica di Biotecnologia su materiale patologico e bioumorale		✓
Giocano un ruolo di promozione e sviluppo di metodi, strumenti e programmi da diffondere e rendere disponibili ad altri centri della Rete in ambito regionale e nazionale		✓

Fonte: Decreto Commissariale n. 98 del 20 settembre 2016

5.3 Gruppi Oncologici Multidisciplinari

A cura del Dott.
Attilio Bianchi
Direttore Generale
dell'Istituto Nazionale
Tumori IRCCS
"Fondazione G. Pascale"
Napoli

In linea con il Decreto del 5 marzo 2018[62], e a seguito delle riunioni tenutesi a partire da luglio 2018 per il coordinamento della ROC e la cabina di regia, **ogni CORP/CORPUS ha deliberato i Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM)** da attivare nella propria struttura. Analogamente, ogni struttura operante nelle ASL regionali deve aderire ad un GOM per continuare la propria attività, in un'ottica di condivisione multidisciplinare.
Più nello specifico, i GOM sono i punti di accoglienza dei pazienti, la "porta di ingresso" per le cure all'interno della ROC. Sono gruppi di lavoro costituiti da un insieme di specialisti, che hanno il compito di attuare e garantire il corretto svolgimento del PDTA patologia-specifico, attraverso la presa in carico globale del paziente oncologico. **Le due figure centrali dei GOM sono il coordinatore (un oncologo medico) e un *Case Manager* (ovvero un infermiere con specifiche competenze formative** che accompagna il paziente in tutto il suo percorso di cura e ne rappresenta il punto di riferimento e di collegamento per l'integrazione con le cure territoriali). Queste due figure sono il contatto con il paziente e il fulcro della successiva organizzazione assistenziale.

La formazione di coordinatori e Case Manager

I primi due corsi di formazione per coordinatori di GOM e dei Case Manager si sono tenuti nei mesi di marzo e giugno 2019, con accreditamento ECM, per un totale di 208 persone. La ROC ritiene la formazione di queste figure un passaggio fondamentale per giungere alla piena attivazione dei GOM.A novembre 2019 si è tenuto il primo corso informativo sulla ROC per medici di base. La medicina generale, infatti, è ritenuta l'anello finale per il completamento del percorso che indirizza i pazienti ai GOM della rete. Il medico di base, che ha sempre il primo contatto con il paziente in caso di sospetto o diagnosticato tumore, avrà la facoltà, attraverso la piattaforma, di inviare richiesta ai GOM che dovranno effettuare la presa in carico con prima visita di valutazione entro 7 giorni, come previsto dai PDTA.

62 Decreto Commissariale del 5 marzo 2018, n. 19. Rete oncologica regionale: Adozione documenti tecnici.

Inoltre, a seconda dello specifico PDTA e della storia clinica del paziente, potranno partecipare al GOM altre figure professionali, ognuna con il proprio ambito di competenza, tra cui, ad esempio, ginecologi, esperti in terapia del dolore, radiologi, fisiatri, nutrizionisti.[63]
I GOM possono essere costituiti anche da specialisti non necessariamente appartenenti al CORP/CORPUS del GOM, in modo da favorire l'integrazione fra tutti i centri regionali facenti parte della ROC e garantire l'uniformità di applicazione e l'equità di accesso ai PDTA su tutto il territorio.[64]
Al momento della presa in carico del paziente oncologico da parte del GOM, è richiesta obbligatoriamente la presenza di tutte le figure specialistiche necessarie alla definizione del PDTA. Successivamente, si procede all'apertura della cartella clinica del paziente ed alla prescrizione di tutte le prestazioni che il paziente oncologico dovrà effettuare. A tal proposito, alla figura del *Case Manager* è affidato il compito della prenotazione di tutte le procedure diagnostico-terapeutiche prescritte dal GOM. Una volta terminata la fase diagnostico-terapeutica, il paziente riceverà un'adeguata documentazione alla dimissione (necessaria al MMG e ai servizi di supporto territoriali), nonché lo schema programmatico di follow-up, che potrà essere effettuato dal MMG o dai medici specialisti del CORP.
Riassumendo, l'istituzione dei GOM assicura una **presa in carico del paziente oncologico globale** e **coordinata** lungo tutto il suo percorso di cura e trattamento. Tale approccio integrato e multidisciplinare tiene conto non solo delle necessità del paziente, al quale viene assicurata l'offerta delle migliori competenze e tecnologie diagnostico-terapeutiche, ma anche delle necessità del medico curante, il quale, dopo il riaffido, può disporre di tutte le informazioni utili sull'assistito.

63 Decreto Commissariale n. 98 del 20 settembre 2016, Istituzione della Rete Oncologica Campana.
64 Ibid.

5.4 I Centri di I Livello e Hospice

A cura della Dott.ssa
Antonella Guida
Direttore Staff Tecnico
Operativo Direzione
Generale Tutela
della Salute,
Regione Campania

I centri di I livello assistenziale, anche di tipo territoriale, hanno generalmente funzioni di screening e diagnostico-stadiative. Alcuni di essi si candidano a partecipare all'attuazione di procedure assistenziali (es. chirurgia oncologica, radioterapia, terapia del dolore), stabilite dai GOM dei centri di II livello, qualora rispettino i requisiti fondamentali allo svolgimento delle stesse. In particolare, rientrano nella categoria di centri di I livello i seguenti:

- Ambulatori delle AASSLL;
- Presidi Ospedalieri (PO) delle AASSLL;
- Centri Diagnostici convenzionati con il SSN;
- Case di Cura, Ospedali Privati o altre Aziende private convenzionate con il SSN.

Sulla base del piano di riorganizzazione della Rete ospedaliera, oltre ai centri di I e II livello, nel rispetto degli specifici ambiti di competenza, sono stati individuati alcuni centri Hospice, come riportato nel Piano di programmazione della Rete territoriale. L'offerta residenziale in Hospice presenta ad oggi 154 posti letto attivi e programmati complessivamente 181 totali tra pubblici e privati, comprensivi di 2 posti letto di Hospice pediatrico. Risulta, invece, non ancora attivo il setting di Day Hospice.

Il piano di riorganizzazione della ROC ha consentito di raggiungere svariati traguardi, ma molto ancora deve essere fatto. Si rende, infatti, necessario potenziare e qualificare la presa in carico del paziente attraverso il rafforzamento dei Coordinamenti aziendali per le cure palliative, nonché il loro raccordo con la ROC ed i servizi per la non autosufficienza. In particolare, risultano ancora insufficienti i servizi assistenziali di cure palliative domiciliari per l'età pediatrica, e, in generale, gli accessi domiciliari dei medici palliativisti, sebbene siano adeguati i tassi di presa in carico domiciliare per i pazienti terminali che necessitano di cure palliative (CIA 4).

5.5 La partecipazione attiva di tutti gli attori del sistema

A cura della Dott.ssa
Barbara Morgillo
Funzionario della
Direzione Generale Tutela
della Salute,
Regione Campania

La riduzione della mobilità passiva è stato il motore principale per la progettazione della ROC, per un obbligo istituzionale morale nei confronti di chi, colpito da diagnosi di tumore, ha il diritto di combattere la patologia vicino ai propri luoghi e ai propri affetti.
Regione Campania ha posto in essere una rete diffusa nel territorio per garantire cure adeguate ai cittadini, ritenendo il modello a Rete come il più efficace per rispondere ai bisogni dei pazienti oncologici. "Rete" significa accessi diffusi nel territorio, omogeneità delle cure, utilizzo governato dell'alta specializzazione e dell'innovazione. "Rete" significa tenere insieme, in un'unica squadra, tutte le attività oncologiche del territorio regionale e tutti gli attori coinvolti nel processo, favorendo la collaborazione tra strutture diverse con l'obiettivo di garantire una presa in carico efficace e di qualità. "Rete" significa dare sicurezza al paziente di cure aggiornate, condivise da tutti gli operatori che rispondono ad una regia unitaria dei percorsi e creando sinergie legate alla condivisione degli interventi.
Secondo il DG dell'IRCSS "G. Pascale", "*lavorare in rete rappresenta, per tutte le organizzazioni complesse, un decisivo salto di paradigma, passando da un livello organizzativo a compartimenti stagni, in cui è il paziente è costretto a ricucire i pezzi di una risposta prestazionale che gli viene offerta frammentata, ad una in cui il paziente viene messo al centro ed è la struttura che si fa carico del percorso e lo guida all'interno delle strutture di offerta*".[65] In oncologia lo snodo è decisivo.
La logica di Rete è indispensabile anche alla gestione delle componenti emotive che si scatenano nel paziente dal momento della diagnosi, alla necessità che i trattamenti siano sempre più orientati alla multidisciplinarietà degli interventi, fino alla "medicina di precisione" e alla "medicina personalizzata", che consentirà, per il singolo utente, di essere seguito dal proprio *Case Manager* e di accedere alle migliori terapie in quel momento disponibili per ciascuna patologia.
La Rete vuole garantire la presa in carico delle patologie tumorali in maniera omogenea, assicurare la continuità delle cure tra i diversi professionisti intra ed extra-ospedalieri, coordinandosi con i Distretti e coinvolgendo le Reti locali di cure palliative, **attraverso strumenti come il lavoro in team e l'elaborazione ed implementazione di PDTA condivisi con i diversi attori che prendono parte alla presa in carico.**
Attraverso l'implementazione di questo modello organizzativo, **viene favorita la collaborazione e la sinergia tra i professionisti della sanità mediante la diffusione di conoscenze e la condivisione di percorsi, definiti in base a buone pratiche.** Questo modello favorisce una gestione multidisciplinare/multiprofessionale dei trattamenti di patologie con la partecipazione di tutti i professionisti coinvolti, non solo nella fase iniziale della malattia, ma in tutto il suo decorso clinico. Parallelamente, all'interno della ROC, l'incentivazione alla collaborazione tra le Aziende Sanitarie cerca il giusto equilibrio tra sinergia e competizione operativa, con la possibilità di sperimentare meccanismi di valorizzazione economica per percorsi di cura anziché di singole prestazioni, e con nuove forme di rapporti strutturati tra le Aziende, che prevedano dipartimenti interaziendali, team interdisciplinari di cura costituiti da specialisti, al fine di migliorare la qualità delle prestazioni fornite.[66]
Il team multidisciplinare/multiprofessionale garantisce un approccio

65 Motore Sanità, *Rete Oncologica Campana – Più rete e cura attorno al paziente e verso la riduzione della mobilità passiva*, 17 maggio 2018.

66 Ibid.

sistematico all'atto assistenziale, aumentando la tempestività degli interventi e migliorandone il coordinamento, favorendo atteggiamenti relazionali concordanti e garantendo la continuità nel percorso di cura con un impatto positivo sui tempi di attesa. Inoltre, tra gli altri aspetti favorevoli, risulta rilevante la migliore sicurezza delle cure, che riduce la probabilità di errori poiché facilita il contenimento di eventuali danni al paziente. Il team determina l'integrazione e l'interrelazione tra le varie professionalità e riunisce al proprio interno medici, infermieri e altri operatori sanitari che, dopo una valutazione complessiva del paziente, stabiliscono insieme il percorso di diagnosi e cura più appropriato, ispirandosi a protocolli di riferimento discussi e approvati dal gruppo, o ricorrendo collegialmente a trattamenti sperimentali dopo l'approvazione del comitato etico.[67] Si tratta di un lavoro comune che permette l'incontro di competenze multiple che si arricchiscono vicendevolmente, scambiandosi conoscenze ed esperienze, rendendo il gruppo più capace di gestire le complessità che caratterizzano le cure oncologiche, consentendo di razionalizzare le risorse, azione quest'ultima indispensabile per rendere economicamente sostenibile un percorso che non può permettersi ritardi, ripetizioni di procedure, rischi di errori ed inappropriatezza.

67 Ibid.

5.6 L'Alleanza Mediterranea Oncologica in rete contro il cancro

A cura del Dott.
Attilio Bianchi
Direttore Generale
dell'Istituto Nazionale
Tumori IRCCS
"Fondazione G. Pascale"
Napoli

L'Alleanza Mediterranea Oncologica in Rete, ovvero AMORe, è l'Alleanza nata nel 2017 tra l'Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale (Napoli), l'Istituto Tumori di Bari IRCCS Giovanni Paolo II (Bari) e il Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata (CROB) di Rionero in Vulture (Potenza). Lo scopo di tale collaborazione è quello di ridurre drasticamente il fenomeno della mobilità sanitaria.[68] Nell'ambito di tale progetto di cooperazione, sono stati identificati nove obiettivi:

- Creare una Rete interregionale di Istituti oncologici che, attraverso una collaborazione sistematica, il confronto e lo scambio di competenze, assicuri il costante miglioramento della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia delle cure e dei servizi erogati;
- Avviare un percorso per la costituzione di una Fondazione volta alla promozione di iniziative congiunte di sperimentazione e innovazione gestionale, attività di formazione professionale e sviluppo di progetti di ricerca oncologica;
- Definire una piattaforma tecnologica comune che permetta di raccogliere in maniera omogenea dati clinici e gestionali a sostegno della ricerca e della costruzione di un sistema comune di indicatori da utilizzare per la valutazione dell'efficienza;
- Realizzare progetti di formazione e ricerca preclinica e/o clinica in vari settori correlati all'oncologia;
- Promuovere modelli organizzativi innovativi incentrati sull'etica clinica, la *clinical governance*, la condivisione delle *policy*, l'appropriatezza e l'economicità delle risorse;
- Condividere i principi ispiratori dei PDTA;
- Sviluppare attività comuni nell'ambito della ricerca sanitaria e biomedica;
- Realizzare progetti estero-finanziati, a valere in particolare su Fondi comunitari;
- Intraprendere un percorso sinergico per l'accreditamento a *Comprehensive Cancer Center* per ciascuna delle parti.[69]

A supporto dell'alleanza AMORe, è stata istituita la Scarl AMORe, società nata per intervenire laddove non è possibile farlo attraverso una fondazione. "*La società nasce per svolgere attività di coordinamento nell'assistere i soci nello sviluppo delle attività progettuali, per rappresentare gli stessi in progetti complessi. Inoltre, assisterà i soci nello sviluppo di un efficace sistema di monitoraggio e autovalutazione*" dichiara il Direttore dell'IRCSS CROB. "*AMORe è un grande progetto*" sottolinea il Direttore dell'Istituto Tumori di Bari. "*Per l'integrazione, però, è necessario anche il cambiamento. Per ottenere l'integrazione bisogna condividere scopi e mezzi. Però l'integrazione è la condizione necessaria per l'innovazione*".[70]

L'obiettivo prioritario della Società consiste nello sviluppare attività di coordinamento finalizzate a promuovere:

- La diffusione della conoscenza circa le cause, le opere di prevenzione e le terapie delle malattie oncologiche;
- L'attività di ricerca scientifica e clinica, medica e sperimentale nel settore delle patologie neoplastiche;
- L'assistenza e la riabilitazione fisica e psichica delle persone colpite da tumore, anche mediante la donazione di beni materiali;

68 Quotidiano Sanità, *Nasce AMORe, la prima "Alleanza Mediterranea Oncologica in Rete tra Pascale, Crob e Irccs di Bari"*, 4 dicembre 2017.

69 http://www.crob.it/crob/detail.jsp?sec=100056&otype=1014&id=130890

70 http://www.crob.it/crob/detail.jsp?sec=100056&otype=1014&id=136034

- Il sostegno delle persone "socialmente deboli" colpite da malattie oncologiche;
- La formazione ed il perfezionamento del personale destinato, anche indirettamente, all'assistenza medica e paramedica ed alla riabilitazione delle persone colpite da tumore;
- La raccolta di fondi da destinarsi alla realizzazione degli scopi di cui ai punti precedenti;
- La condivisione dei principali PDTA, dei sistemi di valutazione delle performance, sia in ambito assistenziale che della ricerca e delle principali piattaforme informatiche;
- La promozione di percorsi e procedure di innovazione e sperimentazione gestionale.[71]

71 http://www.motoresanita.it/wordpress/wp-content/uploads/2018/12/Giovanni-Bochicchio.pdf

6. VALUE BASED HEALTHCARE: IL PAZIENTE AL CENTRO DELLA RETE ONCOLOGICA

6.1 La presa in carico precoce e la definizione di percorsi chiari e tempestivi

A cura della Dott.ssa
Antonella Guida
Direttore Staff Tecnico Operativo Direzione Generale Tutela della Salute, Regione Campania

La prevenzione e la diagnosi precoce rientrano nei LEA. Una valutazione precoce dello stato di salute del paziente permette una personalizzazione del PDTA e delle possibili opzioni terapeutiche. Inoltre, una presa in carico ed una diagnosi precoci comportano notevoli vantaggi, tra cui:

- La possibilità di curare a casa il paziente sotto stretto controllo specialistico;
- Il decongestionamento degli ospedali, che verrebbero utilizzati solo per i trattamenti più complessi;
- La collaborazione con i MMG nella gestione delle visite di controllo.

Tutti questi fattori concorrono alla possibilità di accedere alle cure migliori in modo uniforme su tutto il territorio e determinano un risparmio notevole di risorse sia per i pazienti che per il SSN.
In quest'ottica, Regione Campania ha attuato un programma di potenziamento degli screening oncologici da rendere disponibili su tutto il territorio regionale, secondo le indicazioni delle Linee Guida nazionali. Questo programma è stato soprannominato "*Mi voglio bene*", ed offre un'assistenza diagnostica tempestiva, specializzata e gratuita. Gli screening preventivi sono previsti per tre tipologie di patologie oncologiche: il cancro della cervice uterina, della mammella e del colon-retto.

Lo **screening per la diagnosi precoce del tumore mammario** si rivolge alle donne residenti in Campania di età compresa tra i 45 e i 69 anni, e garantisce percorsi di qualità gratuiti in tutte le fasi. I programmi di screening prevedono l'invito attivo della donna ad effettuare gli specifici esami, alla scadenza di periodi stabiliti. A seconda delle modalità previste dal programma locale, la donna riceve una lettera di invito dalla ASL di appartenenza per concordare le modalità e la data di esecuzione dell'esame di screening (mammografia). In caso di mancata ricezione dell'invito, la donna potrà recarsi direttamente al Distretto Sanitario di riferimento o dal MMG.[72] In caso di positività, al primo esame diagnostico seguono ulteriori accertamenti che vanno dall'esame clinico, all'esame radiografico, ecografico e, in taluni casi, bioptico. Soltanto al completamento di questo percorso si ottiene la conferma della diagnosi e, in caso di positività, si dà il via all'iter terapeutico nei centri specializzati individuati dalla ASL e facenti parte della ROC.

Lo **screening per il cancro del collo dell'utero** consiste nell'esecuzione del Pap-test, offerto ogni 3 anni alle donne residenti in Campania di età compresa tra i 25 e i 64 anni. Se il Pap-test non evidenzia nessuna anomalia, la donna viene invitata a ripetere l'esame dopo 3 anni. In caso contrario, il protocollo dello screening prevede l'esecuzione di esami di accertamento. L'adesione puntuale ai programmi di screening (in particolare il rispetto degli intervalli prefissati), aumenta notevolmente le probabilità di individuare lesioni a uno stadio di sviluppo molto precoce e consente, il più delle volte, di interrompere il cammino della lesione verso il tumore avanzato, con un piccolo intervento chirurgico.[73]

Lo **screening per la diagnosi precoce del cancro del colon-retto** si rivolge alla popolazione residente in Campania di età compresa tra i 50 e i 74 anni, va eseguito ogni 2 anni e garantisce percorsi di qualità gratuiti in tutte le fasi. L'esame di screening da

72 http://www.sviluppocampania.it/public/allegati/DepliantMIVOGLIOBENE.pdf
73 Ibid.

effettuare è il test del sangue occulto nelle feci. Le persone in età di screening ricevono una lettera di invito da parte della ASL di appartenenza per l'esecuzione del test. Nel caso di positività all'esame del sangue occulto nelle feci, i programmi di screening prevedono l'esecuzione di una colonscopia come esame di approfondimento. La colonscopia permette di esaminare l'intero colon retto e, oltre a rappresentare un efficace esame diagnostico, è anche uno strumento terapeutico: nel caso venisse confermata la presenza di polipi, consente, infatti, di rimuoverli nel corso della stessa seduta.[74]

74 Ibid.

6.2 La piattaforma informatizzata per lo scambio di informazioni e la presa in carico

A cura del Dott.
Attilio Bianchi
Direttore Generale
dell'Istituto Nazionale
Tumori IRCCS
"Fondazione G. Pascale"
Napoli

Al fine di regolare e gestire i flussi della ROC in maniera più organizzata e tempestiva, Regione Campania ha messo in atto un progetto di sviluppo di una piattaforma web, secondo il modello operativo del *Comprehensive Cancer Center Network* (CCCN), già descritto al paragrafo 5.1. La piattaforma, studiata e prodotta *in house* dai servizi informatici dell'Istituto Pascale, consente di monitorare ogni paziente dal momento della diagnosi, per tutto il percorso terapeutico, e riaffidarlo ai servizi territoriali per il follow-up. **Si tratta di una piattaforma innovativa che mette in diretta relazione le Aziende territoriali con le Aziende ospedaliere**, al fine di:

- Regolare il flusso degli utenti e il percorso con il territorio;
- Garantire l'effettiva presa in carico in tutti i punti della Rete;
- Verificare una serie di indicatori di performance, di processo e di esito, definiti dai GOM, in modo da tracciare costantemente diversi fattori, quali il rispetto dei tempi e la qualità complessiva del servizio.[75]

Al momento, sono attivi in piattaforma i GOM di 7 strutture CORP/CORPUS su 10 e i servizi territoriali di 3 ASL su 7. **Il ruolo strategico dell'Istituto Pascale all'interno della ROC è di coordinamento tra le diverse strutture, in modo da generare sinergie e condivisione**. Tale piattaforma tende ad includere tutte le strutture presenti sul territorio, selezionate durante le riunioni in corso, ed a vario titolo competenti per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del cancro. In tal modo, la piattaforma garantirà, a tutti i Centri che vi faranno parte per i loro ambiti di competenza, di contribuire alla piena attuazione di un percorso assistenziale organizzato ed efficiente, non dispersivo per il cittadino, ed in grado di rispondere al bisogno di Salute, assicurando una gestione multidisciplinare integrata, aderente alle linee guida e *best practice*, secondo i principi di appropriatezza ed equità di accesso alle cure. Soprattutto, la piattaforma identifica dei canali chiari per la gestione di tutta la domanda ed offerta della ROC. "*La piattaforma informatica della Rete*" dichiara il DG dell'IRCSS Pascale "*è lo strumento operativo per il corretto funzionamento dei percorsi e anche per valutarne l'efficacia. Il network tra le Aziende ospedaliere ed il territorio è la chiave dell'operatività della Rete, genera un miglioramento dell'efficacia globale delle terapie ed una semplificazione per i pazienti e per le famiglie, nel segno della presa in carico totale. Ogni relazione è favorita dal sistema informatico*".[76] **Al fine di indirizzare i pazienti verso le strutture che presentano le giuste competenze, la piattaforma informatica è resa accessibile a tutti gli attori coinvolti nel SSR tra cui clinici, pazienti, MMG, nonché farmacisti**. "*In tutte le farmacie ospedaliere della Regione sono attive da diversi anni le unità centralizzate di preparazione e prescrizione dei farmaci anti-tumorali. Tuttavia, solo il 40% di queste strutture è informatizzato*" afferma la Direttrice Struttura Complessa Farmacia del Pascale di Napoli. "*Abbiamo perciò scritto un manuale, il primo in Italia, in cui sono elencate dettagliatamente le principali procedure che il farmacista ospedaliero deve seguire e il processo di informatizzazione di tali unità. Si tratta di una serie di indicazioni pratiche per perfezionare il nostro delicato lavoro e anche la governance delle risorse economiche destinate all'oncologia*".[77]

75 Decreto del 5 marzo 2018, n. 19. Rete Oncologica Regionale: Adozione documenti tecnici.

76 Regione Campania, *Sanità, parte la Rete Oncologica della Regione Campania*, 8 marzo 2018.

77 Tecnomedicina.it, *Rete Oncologica Campana: al via i nuovi percorsi diagnostico terapeutici e il processo di informatizzazione di tutte le farmacie ospedaliere*", 10 dicembre 2018.

RINGRAZIAMENTI

Un ringraziamento particolare ai referenti di EY che hanno contribuito alla realizzazione della pubblicazione, in particolare Francesco Deligios, Giulia Bergamini, Serena Mammoliti, Lucrezia Montefusco e Enrica Maria Mustacchio Brivio.

I QUADERNI DI quotidianosanità.it

24

REGIONE CAMPANIA

MOBILITÀ PASSIVA E RETE ONCOLOGICA

Quotidiano Sanità edizioni

www.qsedizioni.it
www.quotidianosanità.it

Con il supporto
non condizionato di

Roche

REGIONE CAMPANIA