



**La rete oncologica regionale**

## **La Rete Oncologica della Regione Lazio**



*Ministero della Salute*



LAZIOSANITÀ  
AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA



Regione Lazio

**Ifo** ISTITUTI  
FISIOTERAPICI  
OSPITALIERI





# La Rete Oncologica della Regione Lazio

## **Coordinamento Centrale della Rete Oncologica Regionale**

Claudio Clini, Direttore Generale dell'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, *coordinatore*

Giuseppe Petrella, Presidente del Consiglio di Indirizzo e Verifica (CIV) degli IFO, *membro*

Enrico Garaci, Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, *membro*

Giovanni Zotta, Direttore Generale della Ricerca Scientifica e Tecnologica, Ministero della Salute, *membro*



## ORGANIZZAZIONE E INDIRIZZO DELLA RETE ASSISTENZIALE E DI RICERCA CLINICA PER L'ONCOLOGIA

**Coordinatore: Francesco Cognetti**

### *COMPONENTI:*

Mustafà Amini

Pierluigi Benedetti Panici

Manuel Castello

Raffaele Cozza

Teresa Gamucci

Paolo Giorgi Rossi

Giovan Battista Grassi

Gabriella Guasticchi

Ignazio Majolino

Massimo Martelli

Riccardo Maurizi Enrici

Giovanni Simonetti

Edmondo Terzoli

Silverio Tomao



### **a) Premessa e articolazione generale delle attività oncologiche ospedaliere ed extra ospedaliere**

Il coordinamento di tutte le azioni che si riferiscono all'assistenza al paziente neoplastico, sia in ospedale sia al di fuori di esso, è un punto cruciale, irrinunciabile ai fini del raggiungimento di elevati standard di qualità della stessa assistenza oncologica, e requisito fondamentale per consentire un uguale accesso alle cure in tutto il territorio regionale.

Il piano quindi prevede lo sviluppo di una rete delle strutture assistenziali oncologiche, che includa anche la partecipazione dei medici di medicina generale in modo da consentire un più appropriato coordinamento dell'assistenza al fine di corrispondere al meglio a tutti i bisogni del paziente in tutte le fasi della malattia.

Nell'ambito dell'assistenza al malato oncologico vanno considerati non solo gli aspetti clinici e psicologici della malattia, ma anche la riabilitazione e la gestione del percorso di cura. In questo modo si può assicurare alla persona malata e alla sua famiglia una migliore qualità di vita durante tutte le fasi delle cure e dell'assistenza, valorizzando gli interventi territoriali alla pari di quelli ospedalieri.

Il mantenimento della migliore qualità di vita possibile costituisce infatti una priorità sia sanitaria sia sociale. La gestione del percorso di cura richiama inoltre l'importanza di collegare in rete i diversi regimi assistenziali, per favorire l'integrazione e il coordinamento delle risorse.

In altre parole, si tratta di realizzare le sinergie tra le componenti che partecipano alla gestione dei processi assistenziali che sono complessi sia per la natura dei problemi trattati sia per la loro intensità e durata.

### **Caratteristiche della rete oncologica**

La rete è organizzata in Dipartimenti Oncologici, organizzati territorialmente, in base a bacini di utenza mediamente di 500.000–1 milione di abitanti, salvo aggregati minori per considerazioni di prossimità in bacini con popolazione dispersa sul territorio. Scopo generale del Dipartimento è quello di prendere in carico e indirizzare il paziente oncologico, individuando il percorso di assistenza. La struttura di accesso al Dipartimento Oncologico (DO) è preferibilmente collocata nel territorio ma è costituita da tutte le strutture (Presidi ospedalieri, Aziende Ospedaliere, Aziende Universitarie, IRCCS, Assistenza domiciliare, Hospice) dell'area geografica di pertinenza coinvolte nel processo di cura, assistenza e riabilitazione, nonché dai servizi di prevenzione primaria e secondaria e con il collegamento con i MMG.

Il Dipartimento Oncologico è dunque una struttura funzionale interaziendale e transmurale che integra tutte le attività ospedaliere e territoriali che assistono il paziente oncologico. Individua e garantisce l'implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutici per ogni paziente in accordo con le linee guida regionali.

La rete oncologica si basa su un modello hub e spoke in cui i dipartimenti svolgono tendenzialmente entrambe le funzioni attraverso strutture di primo livello e centri specializzati e garantiscono la prossimità delle cure, e, ove necessario, assicurano funzioni diagnostiche e terapeutiche di alto livello.

Il modello a dipartimenti interaziendali, mediante relazioni di area vasta, consente inoltre economie di scala (ad esempio, per l'acquisto di beni e servizi mediante "centri servizi condivisi" comuni a più ASL e/o centri ad alta specializzazione) e una programmazione delle attività per zone territoriali sovra aziendali.

Le strutture spoke eseguono una serie di prestazioni diagnostiche e terapeutiche secondo linee guida concordate, assicurando la totalità e l'integrazione del percorso diagnostico-terapeutico nei casi per i quali è

## La Rete Oncologica della Regione Lazio

possibile fornire le prestazioni richieste e inviando i pazienti al Centro hub nei casi in cui siano necessari interventi richiedenti la concentrazione di professionalità e tecnologie adeguate. Il centro hub cura i casi in cui l'inquadramento diagnostico e il piano assistenziale siano complessi e/o richiedano maggiore esperienza ed effettua le prestazioni di alta specializzazione. Data la peculiarità del malato oncologico, spesso ad alto carico assistenziale, si intendono sviluppare e potenziare le funzioni e le attività che consentano la maggiore prossimità possibile del paziente al proprio ambiente di vita abituale, favorendo una distribuzione capillare delle funzioni assistenziali e dei servizi di primo livello.

La rete regionale così costituita ha i seguenti obiettivi:

- Coordinare tutte le professionalità e le Istituzioni coinvolte nella prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione oncologica, ottenendo la loro integrazione e tendendo al costante miglioramento della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia delle cure.
- Assicurare la presa in carico dell'assistito nell'intero percorso assistenziale, attuando percorsi diagnostico-terapeutici adeguati e tempestivi, riducendo le liste di attesa e perseguendo la continuità assistenziale
- Definire i percorsi assistenziali programmati per le principali patologie e situazioni cliniche, favorendo l'inserimento dei pazienti in programmi di ricerca clinica
- Organizzare la condivisione di tutti gli strumenti utilizzati da parte di tutte le figure professionali coinvolte nell'assistenza oncologica: sistemi informativi, cartelle telematiche, linee guida, registri per patologia, etc.
- Valorizzare le risorse messe a disposizione dal volontariato operativo sul territorio
- Raggiungere l'equità nell'accesso ai servizi e ai trattamenti, il superamento delle disomogeneità territoriali e la riduzione dei disagi logistici e di orientamento dei pazienti.

Il coordinamento della rete oncologica, gli indirizzi strategici e le verifiche periodiche sul grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati è svolto dall'Agenzia di Sanità Pubblica con il supporto clinico-scientifico dell'Istituto Tumori Regina Elena, Polo Oncologico Regionale per la realizzazione di sinergie clinico-assistenziali, di formazione e di ricerca.

I compiti specifici del coordinamento sono individuati come segue:

- definizione di linee guida per l'organizzazione dei Dipartimenti Oncologici e condivisione di un piano oncologico con i Dipartimenti stessi;
- coordinamento e indirizzo della rete;
- promozione e sostegno delle attività di ricerca;
- adozione, divulgazione e verifica linee guida;
- definizione dei requisiti per le strutture che fanno parte dei dipartimenti oncologici;
- monitoraggio e valutazione delle attività assistenziali;
- indirizzo e coordinamento di formazione, informazione e comunicazione;
- sviluppo del sistema informativo e sorveglianza epidemiologica;

- promozione della qualità;
- valutazione delle nuove tecnologie e monitoraggio del corretto utilizzo di strumenti innovativi di diagnosi e cura e dell'accesso ai trattamenti innovativi;
- armonizzazione dell'acquisizione e dell'uso delle tecnologie.

### **Organizzazione e coordinamento dei Dipartimenti Oncologici**

I Dipartimenti Oncologici, definiti in base al bacino di utenza, si dividono in due livelli di complessità: I e II livello a seconda delle potenzialità assistenziali che esprimono.

I Dipartimenti Oncologici di II livello, costituiti all'interno di singole aziende sanitarie o attraverso le risorse messe a disposizione da più aziende, possiedono al loro interno tutte le professionalità, le strutture e le apparecchiature necessarie ad affrontare le necessità dei pazienti oncologici nelle varie fasi della malattia (tabella 1).

Alcune particolari funzioni specialistiche potranno eventualmente essere individuate in centri sovra dipartimentali o anche in un unico centro regionale (Polo Oncologico o altri centri a elevata specializzazione che potranno assumere funzioni di hub anche solo per una specifica attività diagnostica o terapeutica).

In relazione alle funzioni e alle specialità vanno anche previsti piani di ripartizione delle attrezzature.

Le strutture hub dei Dipartimenti di II livello sono di norma individuate nelle Aziende Universitarie e nell'IRCCS oncologico, ove naturalmente siano presenti i requisiti minimi previsti.

I Dipartimenti Oncologici di primo livello, invece, si avvarranno dei Dipartimenti Oncologici di secondo livello per gli interventi diagnostico-terapeutici che non riescono a garantire direttamente.

La definizione dei Dipartimenti Oncologici per ambiti territoriali è riportata alla fine del presente documento. Tale ripartizione, studiata in base alla dislocazione territoriale della popolazione e delle strutture di primo e secondo livello, è comunque soggetta a modifiche rispetto alle dinamiche delle strutture assistenziali, della funzionalità dei collegamenti nonché in base all'esperienza di funzionamento della rete.

Tutte le Aziende coinvolte (ASL, Aziende Ospedaliere, Aziende Universitarie, IRCCS) concorrono, nella specificità propria del ruolo e dei compiti di ciascuna, allo sviluppo e al funzionamento della rete attraverso una programmazione interaziendale.

Tale programmazione, che include l'organizzazione delle competenze e dei rapporti fra le strutture coinvolte nei singoli Dipartimenti, viene definita da un Piano Organizzativo di Dipartimento che ogni Dipartimento Oncologico definisce sulla base di Linee Guida emanate dall'ASP.

Poiché è interesse della Regione che l'organizzazione della rete parta in tempi stretti, si prevede che l'ASP si impegni all'emanazione delle Linee Guida entro il 15 maggio 2008 e che i Dipartimenti preparino i Piani entro il 30 settembre 2008.

In tali Piani vanno definite le strutture che fanno parte dei Dipartimenti sia di primo che di secondo livello, l'organizzazione dei rapporti reciproci, la suddivisione delle competenze, gli eventuali centri hub specialistici (ferme restando le funzioni hub generali dei Policlinici universitari e dell'IRCCS oncologico) e tutti i dettagli contemplati nelle Linee guida emanate dall'ASP.

Il coordinamento del Dipartimento è fatto dai Referenti Aziendali di ogni Azienda interessata, ivi compresa la ASL o le ASL incluse nell'area. In tale coordinamento il referente della ASL rappresenta sia la funzione di

## La Rete Oncologica della Regione Lazio

tutela della salute dei residenti sia quella degli erogatori delle strutture territoriali che partecipano alla rete, mentre le strutture di presidio ospedaliero incluse nella rete hanno un loro referente autonomo. Il responsabile del coordinamento è il Referente della struttura hub del Dipartimento. Le linee guida dell'ASP provvederanno a definire il funzionamento di tale coordinamento.

Oltre a tale coordinamento tecnico va predisposto un ulteriore coordinamento amministrativo, composto da responsabili amministrativi di tutte le Aziende coinvolte nel Dipartimento, ai fini della programmazione dell'approvvigionamento di beni e servizi, della gestione dei magazzini e della logistica con l'esplicito compito di ottenere sinergie ed economie di scala.

Il coordinamento della rete è svolto dall'ASP che si avvale dell'Istituto Regina Elena quale Polo oncologico per il coordinamento clinico. I responsabili dei coordinamenti dei vari Dipartimenti partecipano al coordinamento della rete con l'ASP e l'IRE.

Tutti i medici coinvolti nell'assistenza oncologica nei Dipartimenti Oncologici dovranno lavorare all'interno di gruppi multidisciplinari e questa attività formalmente documentata dovrà costituire la base per le procedure di riconoscimento dei vari Dipartimenti Oncologici da parte del coordinamento regionale.

Compito specifico dei Dipartimenti Oncologici è la definizione dei percorsi terapeutici programmati in ogni patologia e in ogni situazione clinica. In ogni caso le valutazioni delle singole problematiche cliniche dovranno essere effettuate nei Dipartimenti Oncologici nell'ambito dei gruppi multidisciplinari, diretti dallo specialista che ha maggior coinvolgimento e responsabilità in quella determinata neoplasia. Questi gruppi multidisciplinari (Unità Cliniche Multidisciplinari) hanno proprio il compito di assicurare il coinvolgimento di tutti gli specialisti nel trattamento del paziente con cancro, individuare i percorsi diagnostici e terapeutici più appropriati nel singolo caso e di assicurare la continuità terapeutica e assistenziale dei pazienti.

Figura chiave della nuova forma di assistenza in rete è il Referente per la continuità assistenziale; tale figura, individuata dal Dipartimento Oncologico, è responsabile della continuità assistenziale al paziente dalla presa in carico da parte della rete oncologica (stabilita dall'unità clinica multidisciplinare) fino al successivo ricovero presso una struttura della rete e dopo ogni ricovero per motivi oncologici. La continuità assistenziale si concretizza nell'accompagnare il paziente lungo percorso diagnostico-terapeutico (i.e. gli esami, gli accertamenti, le procedure ambulatoriali) come definito dall'Unità clinica.

Il percorso è attivato dunque dalle unità cliniche multidisciplinari dei D.O. della rete, che individuano il referente per la continuità del caso e definiscono il Piano Assistenziale Individuale (PAI). Un PAI deve essere formulato:

- ogni qualvolta si debba iniziare un percorso diagnostico-terapeutico complesso;
- ogni volta che viene dimesso un paziente oncologico.

Il PAI contiene:

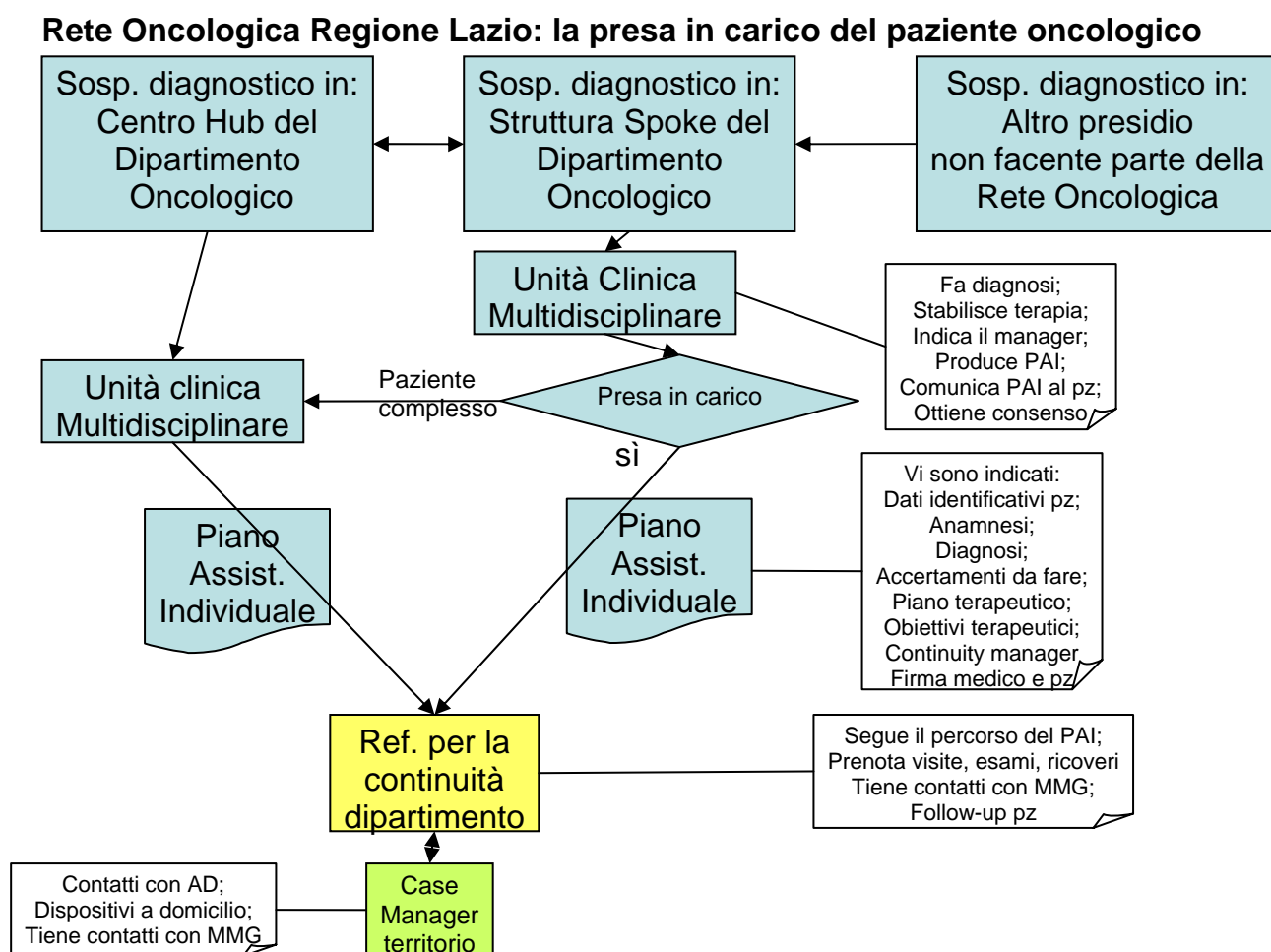
- tutte le informazioni cliniche rilevanti del paziente;
- tutti gli accertamenti già effettuati dal paziente e la sintesi dei loro risultati;
- identificazione del referente per la continuità;
- diagnosi;
- piano terapeutico;

- obiettivi del piano assistenziale;
- tutte le tappe successive del percorso diagnostico-terapeutico;
- eventuali indicazioni per l'assistenza domiciliare e indicazioni per il Case Manager;
- firma del medico per l'unità clinica multidisciplinare;
- consenso informato del paziente.

I medici dell'unità clinica multidisciplinare comunicano il PAI al paziente, gli spiegano le responsabilità del referente per la continuità e spiegano a quest'ultimo le caratteristiche e i punti critici del PAI. Il referente per la continuità PAI a sua volta guida il paziente nell'attuazione del PAI e ne controlla l'effettiva adesione e la tempestività.

I gruppi multidisciplinari hanno anche il compito di proporre ai pazienti l'inserimento nei trials clinici in corso al fine di favorire lo sviluppo e l'implementazione delle stesse ricerche.

Nella figura di seguito riportata si rappresenta lo schema della presa in carico del paziente nel Dipartimento Oncologico.



### Qualità delle prestazioni nella rete oncologica

Le qualità nelle prestazioni oncologiche si riferisce a numerose attività nel campo sia delle diagnosi sia del trattamento, come per es.:

1. la qualità e la tipologia delle attività della chirurgia oncologica;
2. la disponibilità di tecnologie diagnostiche adeguate, in particolare per test biologici, biomolecolari e di anatomia patologica;
3. l'uso di strumenti e tecnologie adeguate nel settore della radioterapia, di farmaci e dispositivi innovativi nel trattamento medico, nonché la migliore integrazione possibile alla luce delle conoscenze disponibili delle terapie;
4. un'organizzazione intra ed extra istituzionale che corrisponda al meglio e tempestivamente alle esigenze dei pazienti durante ogni fase della malattia.

In particolare, numerosi sono gli studi presenti nella letteratura scientifica che dimostrano un impatto significativo e diretto del volume e della qualità delle prestazioni praticate dalle singole *équipes* di cura nel settore dell'oncologia sull'*outcome* dei pazienti trattati in diverse patologie (per esempio in chirurgia il numero di interventi chirurgici dello stesso tipo eseguiti da ciascun chirurgo o dipartimento chirurgico o se un'attività multidisciplinare è attuata nello stesso dipartimento).

Da qui la necessità di definire specifici criteri che attestino la qualità dei servizi erogati dalle Istituzioni operanti nel settore dell'oncologia.

La formulazione di questi criteri dovrà portare alla definizione di requisiti per i Dipartimenti Oncologici. Le strutture per essere incluse nei Dipartimenti dovranno adeguare i propri standard a quelli richiesti, altrimenti verranno da essi escluse.

A fini di empowerment la comunità dei pazienti dovrebbe ricevere adeguate informazioni sulle strutture che possiedano i requisiti individuati dalla rete. Il personale sanitario dovrebbe altresì confrontare il proprio operato con tali requisiti; così, per esempio, chirurghi operanti in piccole strutture e senza adeguata esperienza dovrebbero riferire pazienti bisognosi di cure complesse a Istituzioni più adeguate. Come detto sopra, anche servizi di piccole dimensioni che operino nel settore dell'oncologia medica dovrebbero essere dotati di tutti i collegamenti indispensabili a fronteggiare adeguatamente tutte le necessità del paziente oncologico nelle varie fasi della malattia.

Per ragioni di efficienza ed efficacia, le attrezzature e attività di maggiore complessità dovrebbero essere collocate nelle strutture di alta specialità (Polo Oncologico e altre) con forte integrazione con i servizi territoriali (tabella 2).

### Azioni prioritarie per la realizzazione della rete

- Caratterizzare i processi nelle fasi di cura attiva, riabilitativa e palliativa, e per quanto riguarda l'intervento territoriale, domiciliare e residenziale
- Definire i livelli assistenziali, le modalità e gli strumenti di integrazione e collaborazione delle diverse competenze professionali, nonché le specifiche dimensioni organizzative e l'organizzazione dei Dipartimenti di I e di II livello
- Definire criteri per il sistema di qualità dei soggetti erogatori di cura e di assistenza

- Favorire una stretta integrazione (*simultaneous care*) fra trattamenti specifici e terapie di supporto in qualunque momento della malattia attraverso percorsi diagnostico-terapeutici definiti e condivisi
- Creare strumenti per la condivisione delle informazioni relative ai processi di cura, assistenza e supporto per ciascun malato
- Adottare meccanismi operativi al fine di realizzare le dimissioni protette e le corsie preferenziali per la diagnostica e i ricoveri programmati nei differenti settori della rete
- Individuare meccanismi operativi in grado di realizzare una forte integrazione tra tutti i protagonisti dell'assistenza nella rete oncologica: MMG, rete ospedaliera, cure palliative e terapia del dolore, cure domiciliari, organizzazioni di volontariato
- Definire il piano di monitoraggio e valutazione
- Sviluppare nelle *équipes* la cultura del collegamento che accompagna il malato all'interno della rete assistenziale, favorendo la percezione di essere protagonista e al centro delle cure.

**Tabella 1 – Funzioni e attività che dovranno essere presenti in un Dipartimento di oncologia aziendale o interaziendale di II livello**

- chirurgia oncologica per:
  - tumori della mammella e della cute <sup>1)</sup>
  - sarcomi delle parti molli <sup>2)</sup>
  - tumori gastro-digestivi ed epato-pancreatici <sup>3)</sup>
- chirurgia toracica ed endoscopia toracica <sup>4)</sup>
- urologia <sup>6)</sup>
- chirurgia ginecologica <sup>7)</sup>
- neurochirurgia
- chirurgia testa-collo (otorinolaringoiatria)<sup>5)</sup>
- chirurgia plastica e ricostruttiva
- oncologia medica (con adeguato numero di posti letto di degenza ordinaria e DH, presenza di un ambulatorio sia per attività di trattamento che di visita; presenza di almeno 1 Direttore UOC di ruolo e di uno staff di medici strutturati adeguato)
- farmacia con preparazione centralizzata di farmaci antitumorali
- emato-oncologia con annessa sezione di trapianti di midollo
- radioterapia con almeno 4 acceleratori lineari di ultima generazione e strumentazioni per radioterapia stereotassica, conformazionale, IMRT e brachiterapia
- radiologia per immagini con sezioni di RMN, TC spirale, radiologia interventistica
- endoscopia digestiva e delle vie biliari
- epidemiologia descrittiva con annesso Registro tumori dipartimentale
- anatomia patologica e patologia sperimentale
- struttura di accoglienza (piano di assistenza individuale)
- prevenzione secondaria (screening)

## La Rete Oncologica della Regione Lazio

- centro di biostatistica
- fisica medica
- medicina nucleare
- psicologia oncologica
- riabilitazione oncologica
- laboratorio di patologia clinica con annesse sezioni di biologia molecolare ed ematologia
- centro trasfusionale
- servizio nutrizionale
- terapie palliative e assistenza domiciliare
- biblioteca e centro documentazione

- <sup>1)</sup> Strutture che effettuano un numero di interventi chirurgici per neoplasia mammaria di almeno 150/anno.
- <sup>2)</sup> Strutture che effettuano un numero di interventi chirurgici per neoplasie delle parti molli di almeno 20/anno.
- <sup>3)</sup> Strutture che effettuano un numero di interventi chirurgici per neoplasie: stomaco almeno 20/anno; colon-retto almeno 100/anno; pancreas e vie biliari almeno 15/anno.
- <sup>4)</sup> Strutture che effettuano un numero di interventi chirurgici per neoplasie toraciche di almeno 100/anno.
- <sup>5)</sup> Strutture che effettuano un numero di interventi chirurgici per neoplasie testa-collo di almeno 50/anno.
- <sup>6)</sup> Strutture che effettuano un numero di interventi chirurgici per neoplasie della prostata di almeno 50/anno e della vescica di almeno 100/anno.
- <sup>7)</sup> Strutture che effettuano un numero di interventi chirurgici per neoplasie ginecologiche: cervice almeno 20/anno; endometrio almeno 20/anno; ovaio almeno 20/anno; vulva almeno 10/anno.

### **Tabella 2 – Funzioni, attività e figure professionali da collocare nel Polo oncologico**

- Centro operativo trials clinici
- Nursing di ricerca, data manager
- RMN 3 Tesla (opzionale, da riservare eventualmente a strutture interregionali)
- Tomoterapia (opzionale, da riservare eventualmente a strutture interregionali)
- Protonterapia (opzionale, da riservare eventualmente a strutture interregionali)
- Laboratori sperimentali:
  - biologia molecolare
  - virologia
  - farmacogenetica e farmacogenomica
  - immunologia e terapie cellulari
  - modelli animali
- Patologia sperimentale

**b) Sviluppo delle cure palliative**

Premesso che le cure palliative sono rivolte a tutti i malati affetti da patologie inguaribili in fase avanzata ed evolutive, la rete per le cure palliative deve prevedere un'importante integrazione con il settore oncologico e lo sviluppo dell'azione deve fare riferimento ai punti contenuti nel paragrafo precedente. La definizione dei livelli assistenziali in cure palliative trova riferimento nella normativa nazionale e nelle specifiche normative regionali di attuazione.

*Azioni prioritarie*

- Portare a conclusione il processo di realizzazione della rete regionale delle cure palliative integrandola nella rete oncologica
- Definire le modalità e gli strumenti per la stretta integrazione fra i livelli assistenziali territoriali, domiciliari, l'*hospice* e le strutture di degenza per acuti
- Caratterizzare ciascun profilo di cura, con definizione dei criteri di appropriatezza in rapporto alla natura del bisogno, alla durata della presa in carico, alla complessità e all'intensità degli interventi assistenziali
- Definire le prestazioni in regime di assistenza ambulatoriale e di ospedalizzazione diurna in cure palliative
- Proporre la formalizzazione attraverso codici specifici delle unità di cure palliative e la definizione delle valorizzazioni tariffarie, sia delle prestazioni sia dei percorsi di cura, in ambito domiciliare, nei centri di cure palliative e negli *hospice*
- Definire e realizzare un sistema di qualità per tutte le strutture della rete, comprese le cure palliative domiciliari.

**c) Sviluppo della terapia del dolore**

Premesso che la rete di terapia del dolore è rivolta ai malati affetti da dolore acuto e cronico di differente eziologia, nel malato oncologico un approccio ottimale di terapia del dolore è fondamentale durante tutte le fasi del processo assistenziale.

Numerose Regioni hanno istituito da diversi anni centri e unità operative di terapia del dolore.

Alcune hanno istituito unità in cui convergono le funzioni di terapia del dolore e cure palliative. Pertanto, è necessario identificare, in accordo con i bisogni e i modelli regionali, gradi differenti di complessità della rete. La rete va integrata con il "Progetto per l'Ospedale senza dolore", di cui va prevista l'identificazione di indicatori di processo e di efficacia.

### *Azioni prioritarie*

- Creare un sistema di qualità dei soggetti erogatori di cura e di assistenza ed effettuare valutazioni attraverso un sistema di indicatori
- Completare le reti regionali della terapia del dolore, integrandole nella rete oncologica, precisando i livelli di permanente rapporto reciproco fra esse e la rete oncologica e palliativa
- Proporre la formalizzazione attraverso codici specifici delle unità operative di terapia del dolore
- Proporre la definizione e la codifica delle valorizzazioni tariffarie sia delle prestazioni sia dei percorsi di cura.

### **d) Accessibilità e qualità della riabilitazione oncologica**

La riabilitazione del malato oncologico, che contemporaneamente e successivamente ai trattamenti specifici presenti una disabilità, ha oggi una forte connotazione sociale, in considerazione dell'aumento della sopravvivenza, degli esiti dei trattamenti e della migliorata aspettativa di vita.

La riabilitazione oncologica ha come obiettivo principale la qualità della vita del malato in qualunque fase della malattia, aiutando la persona e la sua famiglia a riprendere il più possibile condizioni di vita normali, limitando il deficit fisico, cognitivo e psicologico e potenziandone le capacità funzionali residue.

### *Azioni prioritarie*

- Potenziare trasversalmente la cultura della riabilitazione
- Rendere accessibili i servizi di riabilitazione ai pazienti e predisporre la loro integrazione funzionale e operativa con la rete oncologica
- Predisporre percorsi riabilitativi facilitati e dedicati ai pazienti oncologici
- Raccogliere dati relativi alle necessità di impegno di risorse negli anni futuri in termini di disabilità croniche correlate con il cancro.

### **e) Sviluppo di un supporto psicologico al malato oncologico**

La patologia neoplastica influisce in modo significativo sulle emozioni, i pensieri, i comportamenti dell'individuo colpito, così come sulla qualità delle relazioni familiari e sociali. L'intervento psicologico, sia esso di supporto o psicoterapeutico, risulta perciò fondamentale per il paziente e per la sua famiglia, sia nella fase della cura sia in quella dell'assistenza.

### *Azioni prioritarie*

- Promuovere l'attivazione di servizi o attività di supporto psicologico mediante personale specificatamente formato e dedicato
- Valutare l'efficacia degli interventi attraverso indicatori specifici.

**f) Integrazione con il no profit e il volontariato**

Il patrimonio di capacità umane, professionali e organizzative del volontariato, del settore no profit, e più in generale del privato sociale, è un bene al quale attingere, che necessita di un riconoscimento adeguato.

Le associazioni di volontariato e quelle di malati identificano frequentemente, e talvolta anche prima delle Istituzioni, i bisogni inespressi dei malati e favoriscono la nascita di iniziative per risolvere questo tipo di problemi.

Gli interventi caratterizzati dalla relazione d'aiuto e dal supporto inserito nei livelli assistenziali contenuti nelle aree di intervento descritte nei paragrafi precedenti costituiscono i presupposti per lo sviluppo di questa azione specifica. Va quindi predisposta l'integrazione tra "terzo settore" e servizio pubblico, che non deve abdicare ai propri compiti, ma mirare a favorirne servizi di qualità anche con il proprio personale attraverso il sistema delle cure domiciliari, dell'ospedalizzazione a domicilio, degli *Hospices*.

*Azioni prioritarie*

- Definire gli interventi caratteristici della sussidiarietà orizzontale, nelle fasi del percorso assistenziale e di supporto del malato e della sua famiglia
- Predisporre e applicare un sistema di certificazione per le organizzazioni no profit che intendono integrarsi nei percorsi assistenziali
- Proporre un sistema di accreditamento per le organizzazioni no profit che intendono partecipare alla rete fornendo prestazioni professionali.

**g) Ricerca clinica**

Le attuali linee di tendenza nel settore della ricerca oncologica sono le seguenti:

- Privilegiare la ricerca traslazionale e particolarmente quella che può portare rapidamente ad applicazioni che giovino ai malati di cancro
- Privilegiare la ricerca clinica e, nell'ambito di questa, particolarmente i protocolli diagnostico-terapeutici
- Incoraggiare la ricerca che porti a brevetti e ad altri prodotti economicamente vantaggiosi
- Affiancare alla ricerca clinica la ricerca valutativa sulle performance dei servizi sanitari.

Su queste basi si considera importante identificare: a) i settori prioritari nei quali la ricerca deve essere focalizzata; b) le infrastrutture che dovrebbero essere disponibili a livello regionale.

Per quel che riguarda il settore della ricerca clinica, la programmazione e l'attuazione di studi clinici controllati rappresentano una priorità della rete oncologica regionale. Naturalmente in considerazione della rilevanza del quesito di ricerca e del campione di pazienti da reclutare, potranno essere previste opportune collaborazioni con Istituzioni di altre regioni o internazionali.

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

### **h) Gli studi clinici controllati**

Gli studi clinici controllati dovrebbero essere finalizzati a raggiungere e valicare nuovi e migliorati approcci clinici; e anche a dirimere controversie sui medesimi, andando verso l'“*evidence based medicine*” e verso una stringente appropriatezza dei comportamenti. Ciò avrebbe un impatto positivo anzitutto sulla salute dei pazienti (problematiche, tra l'altro, dell'“*overdiagnosis*” e dell' “*overtreatment*”), ma anche sulle finanze del SSN.

Tutti gli studi clinici, sponsorizzati o no, devono essere condotti con il massimo rigore scientifico, per quanto riguarda gli aspetti metodologici, organizzativi, assicurativi, etc.

Tutto ciò implica la presenza di figure professionali (statistici, informatici, *data managers*, infermieri di ricerca, esperti sui pertinenti aspetti legali e assicurativi) attualmente poco rappresentate nel SSN.

Gli studi non sponsorizzati si identificano con gli studi “spontanei”, ma si potrebbero ritenere tali anche gli studi supportati dalle Istituzioni, o in alternativa da Fondazioni costituite *ad hoc*, con una commissione di esperti in ricerca clinica a garanzia della qualità dello studio stesso.

Un obiettivo di ricerca clinica è perciò la promozione di studi clinici controllati.

In particolare sarebbe opportuno:

- Proporre studi innovativi
- Recepire e validare proposte dall'esterno (ad es. proposte di altri ricercatori, di industrie etc.)
- Diffondere la conoscenza di studi clinici in corso (attivi) anche internazionali
- Creare una rete di centri (Dipartimenti Oncologici) idonei alla conduzione e gestione di studi clinici controllati
- Diffondere i risultati degli studi clinici internazionali, nonché di quelli prodotti in proprio.

Per assicurare la qualità della ricerca clinica in Oncologia, questi studi dovrebbero essere finalizzati a:

- Raggiungere e validare nuove strategie terapeutiche
- Fornire alle Istituzioni elementi di giudizio per scegliere tra le diverse alternative terapeutiche, andando verso l'“*evidence based medicine*” e verso una stringente appropriatezza dei comportamenti
- Individuare indicatori di qualità dell'intero processo di diagnosi e cura
- Migliorare e monitorare lo standard di qualità delle cure offerte sul territorio regionale ai pazienti affetti da neoplasie.

Anche l'industria dovrebbe essere coinvolta in questo processo.

Ad esempio, le industrie potranno proporre studi clinici (fasi I, II, III) utilizzando molecole, apparecchiature e strumentazioni in fase di sperimentazione sull'uomo.

Spetterà ad un apposito “Comitato di protocollo” l'accettazione di tali studi, al pari degli altri.

### ***j) Banche tessuti***

I recenti progressi nella genomica e nella proteomica forniscono oggi una reale opportunità per accelerare i progressi nella ricerca biomedica in generale e nell'oncologia in particolare. Una risorsa vitale perché questo si realizzi è rappresentata dalla disponibilità di tessuto tumorale, che aiuti a trovare *targets* per il trattamento della malattia neoplastica.

Diversi ospedali e centri di ricerca attualmente utilizzano una propria banca di tessuti; ma, ad oggi, si è verificato un approccio frammentario e non omogeneo per raccogliere e usare i campioni tumorali a scopo di ricerca. Manca per ora un'infrastruttura nazionale per la standardizzazione della raccolta di campioni tumorali, della loro conservazione e del loro uso.

I settori di ricerca che hanno un'esigenza forte di raccogliere campioni su larga scala comprendono:

- Determinazione della prognosi e risposta alla terapia
- Identificazione dei marcatori ereditari di prognosi
- Identificazione dei marcatori ereditari di tossicità
- Suscettibilità genetica al cancro.

La strategia a medio-lungo termine è di stabilire un network di centri per la raccolta e conservazione dei tessuti, collegato ad un insieme di centri che avranno il compito di processare i tessuti al fine di estrarre DNA, RNA e bioprodotto collegati.

Sarà da individuare un centro coordinatore che collaborerà con la comunità dei ricercatori per sviluppare protocolli standard per la raccolta e conservazione di tessuto tumorale. In alternativa, si potrà fare riferimento alle indicazioni, ai protocolli, agli orientamenti etici e legali che saranno sviluppati e concordati all'interno della banca virtuale europea promossa dal Consorzio TUBAFROST, il cui progetto di realizzare una banca europea di tessuto umano congelato è supportato dall'Unione Europea nell'ambito del V Programma Quadro della Ricerca Europea.

### ***l) Centri raccolta ed elaborazione dati sperimentazioni cliniche***

Per questi centri sarà essenziale la formazione e l'inquadramento di nuovi profili professionali, quali gli Infermieri di Ricerca e i *data managers*, al fine di una completa aderenza alle normative del *Good clinical practice* nell'ambito di studi sponsorizzati o non dall'industria.

La ricerca sul cancro può essere svolta in centri di vario tipo, ma naturalmente gli istituti universitari e gli IRCCS avranno un ruolo trainante, assieme alle più avanzate strutture ospedaliere.

### ***m) Reti speciali***

#### **Rete speciale per Oncologia Pediatrica**

##### **Premessa**

L'organizzazione e la gestione di una Rete Assistenziale Regionale nell'ambito dei tumori solidi pediatrici presenta alcune peculiarità.

## La Rete Oncologica della Regione Lazio

I tumori solidi in età pediatrica pur essendo relativamente rari, 800-900 casi/anno nella fascia di età compresa tra 0-15 anni, rappresentano la seconda causa di morte in questa fascia. Negli ultimi venti anni la prognosi è migliorata e il 70% dei bambini affetti da tumore solido può essere guarito con le attuali terapie.

La guarigione è possibile con un approccio multidisciplinare che può comprendere chemioterapia convenzionale e ad alte dosi seguita da reinfusione di cellule staminali periferiche e/o midollari, chirurgia e radioterapia. La chemioterapia è generalmente aggressiva essendo i tumori solidi tendenzialmente più chemiosensibili e chemiocurabili rispetto ai tumori dell'adulto.

In considerazione delle peculiarità proprie della fascia di età e dell'approccio multidisciplinare, il team di cura deve essere formato da personale medico e paramedico con competenze specifiche ed esperienza non solo nella diagnosi e cura ma anche nella gestione complessiva del paziente pediatrico potendosi avvalere di una struttura adeguata.

In sintesi, l'Oncologia Pediatrica presenta numeri più piccoli e la relativa attività assistenziale insiste su un numero di Centri certamente inferiore rispetto alla configurazione dei Dipartimenti oncologici regionali. Deve quindi essere prevista per queste Strutture una Struttura di rete differenziata anche se integrata nella rete maggiore dell'oncologia.

La Rete Oncologica in ambito pediatrico dovrebbe permettere una migliore presa in carico del bambino affetto da tumore attraverso un'identificazione chiara dei centri di riferimento a cui rivolgersi al momento della diagnosi e la possibilità durante il periodo di trattamento o di follow-up di appoggiarsi a strutture periferiche, eventualmente più vicine al proprio domicilio, che siano in comunicazione continua e diretta con il centro di riferimento.

### **Stato dell'offerta**

Nella regione Lazio attualmente sono presenti pochissime strutture che si occupano in modo consistente di Oncologia Pediatrica/Tumori Solidi. In particolare tre strutture romane insieme eseguono il 95% delle prestazioni relative a Oncologia pediatrica nella Regione Lazio e oltre il 90% delle dimissioni con DRG oncologico pediatrico. Esse sono: l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, che eroga oltre il 60% delle prestazioni, il Policlinico Gemelli e il Policlinico Umberto I.

Non vi sono strutture onco-ematologiche pediatriche in provincia.

### Caratteristiche del Dipartimento Oncologico in Pediatria

Il Dipartimento Oncologico pediatrico dovrà presentare i seguenti requisiti strutturali:

- Oncologia Medica Pediatrica costituita da Reparto di Degenza Ordinaria, Day Hospital e Ambulatorio
- Sezione di trapianto di midollo e cellule staminali emopoietiche periferiche autologhe
- Chirurgia Oncologica Pediatrica
- Terapia Intensiva e Rianimazione Pediatrica e Neonatale
- Farmacia con preparazione centralizzata di farmaci antitumorali
- Radioterapia. In considerazione dei pochi pazienti/anno per i quali è indicato l'impiego della Radioterapia, si potrà utilizzare il Servizio di Radioterapia di altro Dipartimento Oncologico in Regione con esperienza in campo pediatrico
- Radiologia per immagini con sezioni di RMN e TC spirale
- Radiologia interventistica
- Endoscopia digestiva
- Medicina nucleare
- Anatomia patologica e patologia sperimentale con possibilità di eseguire analisi estemporanee
- Servizio Immunotrasfusionale, Centro Trasfusionale e banca di cellule staminali periferiche
- Laboratorio di patologia clinica inclusa ematologia e biologia molecolare
- Psicologia oncologica
- Assistenza domiciliare
- Terapie palliative
- Biblioteca e centro documentazione
- Centro di biostatistica e centro dati

Le competenze specifiche del Dipartimento Oncologico in ambito Pediatrico saranno:

- Diagnosi
- Stadiazione
- Piano terapeutico in accordo con le linee guida nazionali (AIEOP) e/o internazionali (SIOP) o protocolli sperimentali approvati dal CE sia in caso di nuova diagnosi sia al momento di eventuali recidive
- Piano di follow-up dopo il termine del trattamento
- Chemioterapie complesse
- Chemioterapie ad alte dosi seguite da reinfusione di cellule staminali emopoietiche
- Chirurgia
- Radioterapia
- Assistenza sanitaria e integrata a domicilio e sul territorio

In sostanza il Dipartimento Oncologico deve essere in grado di prendere in carico globalmente il paziente oncologico.

### Centri Spoke

Come già detto, non sono note strutture in Regione, esclusa la città di Roma, che si occupino di Oncologia Pediatrica anche solo per la terapia di supporto. Sarebbe auspicabile creare in tempi brevi delle strutture satelliti (con funzione di spoke) che interagendo con il Dipartimento Oncologico Pediatrico garantirebbero una migliore qualità di assistenza e una migliore qualità di vita dei piccoli pazienti e delle loro famiglie. Le strutture satelliti, da individuare nelle UO di Pediatria esistenti nel territorio (in ogni provincia) dovranno presentare alcuni requisiti strutturali minimi.

I potenziali centri spoke identificati sul territorio regionale sono le U.O. di Pediatria degli Ospedali Belcolle di Viterbo, S. Maria Goretti di Latina, S. Camillo De Lellis di Rieti e Umberto I di Frosinone.

Inoltre vanno definiti in questa rete i ruoli di alcune strutture romane che già effettuano una serie di attività in oncologia pediatrica, anche se con volumi ridotti, ovvero il S. Eugenio, il S. Camillo e l'Istituto Regina Elena.

I Centri spoke dovranno presentare i seguenti requisiti strutturali minimi:

- Ambulatorio e/o Day Hospital con personale infermieristico e medico preparato
- Possibilità di ricoverare pazienti in Reparti di Degenza Pediatrica provvisti di stanze singole
- Laboratorio di patologia clinica con annesso centro trasfusionale e/o emoteca
- Servizio di Diagnostica Radiologica (almeno RX ed ecografia)
- Terapie palliative
- Assistenza domiciliare.

Le competenze specifiche dei Centri Spoke sono:

- Centro di Accoglienza
- Terapie di supporto (trasfusioni, antibioticoterapia, fattori di crescita, NPT, infusione di liquidi, terapia antidolorifica, etc.)
- Controlli clinico-ematologici pre e post-chemioterapia
- Terapie palliative.

### Rete speciale per Oncoematologia

Pur nella considerazione della specificità del settore ematologico rispetto a quello dell'oncologia generale, il censimento e l'analisi dei volumi di attività delle strutture di Emato-oncologia nella nostra Regione e anche dei relativi Centri trasfusionali permettono di rilevare l'assoluta sovrapposibilità delle strutture più dotate e che assicurano maggiori volumi di attività rispetto a quelle la cui attività si riferisce alla diagnosi e al trattamento dei tumori solidi. Infatti le strutture con maggiori volumi di attività di Emato-oncologia nel Lazio sono: Policlinico Umberto I, Policlinico Tor Vergata, Az. Ospedaliera San Camillo-Forlanini, Policlinico Gemelli, Ospedale Bambino Gesù, Ospedale Sant'Eugenio-RMC, Ospedale Santa Maria Goretti – ASL Latina ed ematologia universitaria, Ospedale Sant'Anna – ASL Viterbo, Az. Ospedaliera San Giovanni-Addolorata, Ospedale Umberto I – ASL Frosinone, Istituto Regina Elena (IFO), Policlinico Sant'Andrea, Policlinico Campus Biomedico.

Di fatto all'interno dei Dipartimenti Oncologici, le Strutture di Emato-oncologia opereranno con grado di autonomia maggiore rispetto ai gruppi multidisciplinari per patologia previsti per le singole patologie dei tumori solidi.

Fermo restando che il coordinamento della rete oncologica è competente anche per le strutture di Emato-oncologia, è opportuno un coordinamento specifico delle attività di Emato-oncologia che prevede la partecipazione dei responsabili dell'Emato-oncologia dei singoli Dipartimenti Oncologici.

Funzione di tale organismo di coordinamento sono la programmazione di procedure diagnostiche e terapeutiche comuni, la condivisione di linee guida, l'eventuale ripartizione di linee specialistiche, la condivisione di forme di consultazione reciproca, la promozione di economie di scala e di strategie di ripartizione di risorse tecnologiche, etc.

#### ***n) La situazione della Neuro-Oncologia***

Le neoplasie cerebrali colpiscono ogni anno in Italia circa 4000 persone, sia adulti in età lavorativa che bambini. Non se ne conoscono correlazioni genetiche, non lo si può collegare a fattori ambientali, né è possibile la diagnosi precoce: quando si manifesta è già tumore. I tumori cerebrali dell'adulto sono una patologia relativamente rara (8/100.000 abitanti) che per la complessità del decorso clinico comporta elevati bisogni assistenziali ed elevato assorbimento di risorse sanitarie. In età pediatrica essi rappresentano dopo le leucemie le neoplasie più frequenti. I tumori del SNC sono eterogenei e numerosi, comprendendo fino a più di 17 tipi istologici diversi. Nell'ambito di ciascuna categoria vi sono ulteriori eterogeneità di comportamento clinico e biologico in rapporto a caratteristiche molecolari non ancora del tutto note. Inoltre, i tumori cerebrali possono essere associati a sindromi tumorali ereditarie quali la Neurofibromatosi 1, la Sindrome di Turcot e Li-Fraumeni per citare le più note.

Come per gli altri tumori, esiste un ampio consenso sulla necessità di promuovere gruppi multidisciplinari in grado di erogare prestazioni di eccellenza basate su linee guida condivise e aderenti alle evidenze scientifiche.

La neuro-oncologia quindi farà parte della rete oncologica, tuttavia le sue peculiarità per l'inquadramento diagnostico e la terapia suggeriscono la definizione di percorsi specifici, con centri Hub e Spoke non necessariamente presenti in ogni dipartimento oncologico.

La proposta della Commissione, alla luce dell'analisi dei volumi di attività e di altre indagini, profila la possibilità di identificare 4 centri Hub:

Istituto Regina Elena, Policlinico Umberto I, Policlinico Gemelli, S. Andrea;

e 11 centri Spoke:

S. Camillo-Forlanini, S. Filippo Neri, S. Giovanni, Policlinico Tor Vergata, Fatebenefratelli-Villa S Pietro, S. Spirito, S. Maria Goretti di Latina, Belcolle di Viterbo, Umberto I di Frosinone, INI di Grottaferrata.

Le caratteristiche dei centri sono appresso specificate, oltre alla presenza nel centro di un gruppo multidisciplinare costituito da vari specialisti (neuropatologo esperto, neurochirurgo, neuroradiologo, neuro-

## La Rete Oncologica della Regione Lazio

oncologo, radioterapista, psicologo) le potenzialità diagnostiche e terapeutiche adeguate devono comprendere:

- neuropatologia (presenza di neuropatologo “esperto”)
- diagnostica bio-molecolare (FISH, test di metilazione MGMT, indagini biomolecolari di caratterizzazione)
- diagnostica per immagini (RM morfologica, spettroscopica, di diffusione, trattoscopica) e imaging metabolico (PET)
- strutture chirurgiche adeguate, fornite di neuronavigatore (o almeno ecografo intraoperatorio), microscopio operatorio con fluorescenza, monitoraggio neurofisiologico intraoperatorio, chirurgia stereotassica
- strutture radioterapiche adeguate, dotate di acceleratore lineare con possibilità di trattamenti conformati e stereotassici
- strutture di neuro-oncologia clinica, dotate di possibilità di trattamento in regime ambulatoriale, day-hospital e ricovero.

### **o) La situazione della Radioterapia**

#### **Stato dell’offerta**

In letteratura le analisi condotte nei diversi paesi evidenziano livelli di utilizzazione della radioterapia, per gli anni più recenti, mediamente intorno al 40-50% dei pazienti oncologici, con una crescita nell’ultimo decennio di circa 10 punti percentuali. Dai modelli teorici costruiti a partire dalle evidenze cliniche della letteratura scientifica per ciascuna neoplasia si ottengono invece valori stimati che superano il 50% del totale dei casi oncologici, come ad esempio nel lavoro australiano del *Collaboration for Cancer Outcomes Research and Evaluation* (CCORE).

Secondo stime recenti nella regione Lazio il tasso di incidenza grezzo annuo di neoplasie è valutato essere di 514.21 per gli uomini e 439.32 per le donne ogni 100.000 abitanti, corrispondente ad un tasso globale di 476.76 abitanti portatori di neoplasie ogni 100.000 abitanti. Nel Lazio si può stimare dunque un’ incidenza di neoplasie annue di circa 26.000. Se si considera che il 50% di questi pazienti dovrà eseguire radioterapia si ricava che il numero totale di pazienti da sottoporre a radioterapia è di circa 13.000. Poiché i dati disponibili dimostrano che circa il 20% dei pazienti curati con radioterapia dovrà eseguire un ritrattamento, la somma totale dei casi da curare con radioterapia dovrebbe essere circa 15.000.

#### **Centri Radioterapia del Lazio**

Dai dati disponibili sono 17 i centri di radioterapia provvisoriamente accreditati nel Lazio, che producono volumi di attività consistenti. L’AIRO ha censito 31 acceleratori lineari attivi più 3 in via di attivazione (1 presso il Policlinico Umberto I, 2 presso la ASL di Sora) e 1 Tomoterapia in via di attivazione (Ospedale S. Camillo).

### Valutazione del fabbisogno di acceleratori lineari

Il fabbisogno di acceleratori può essere stimato sulla base delle raccomandazioni del rapporto ISTISAN 96/39 e successivi aggiornamenti ISTISAN 02/20, per molti versi ancora attuale, che divide i centri di radioterapia in 4 categorie in rapporto al tipo di trattamenti che sono in grado di eseguire. In questa classificazione sono previsti trattamenti di categoria A, B, C e D aventi complessità progressivamente crescente.

#### • **Trattamenti di categoria A**

Trattamenti a tecnica semplice rispondenti alle seguenti specifiche:

- campo collimato diretto o campi collimati contrapposti;
- campi non sagomati o sagomati con blocchi standard non personalizzati;
- simulazione radiologica/documentazione fotografica;
- valutazione della dose limitata a punti definiti sull'asse centrale;
- verifica con film portale per trattamenti con fotoni di alta energia;
- nessun sistema di immobilizzazione o sistemi di immobilizzazione non personalizzati.

#### • **Trattamenti di categoria B**

Trattamenti più complessi che richiedono:

- impiego di campi multipli, campi tangenziali, tecniche di movimento, grandi campi complessi con schermatura personalizzata;
- **acquisizione dei dati anatomici** del paziente tramite sezioni TC (o Risonanza Magnetica, RM);
- **rappresentazione bidimensionale (2D)** della distribuzione di dose su più sezioni corporee;
- nessun sistema di immobilizzazione, sistemi di immobilizzazione non personalizzati o personalizzati in relazione a particolari trattamenti radianti (ad esempio testa e collo, linfoma, medulloblastoma).

I requisiti riportati in grassetto sono imprescindibili per la definizione di categoria B.

#### • **Trattamenti di categoria C**

Trattamenti che richiedono procedure di elevato livello tecnico quali:

- radioterapia conformazionale tridimensionale (3D Conformal RadioTherapy, 3D-CRT);
- **rappresentazione tridimensionale (3D)** della distribuzione di dose;
- impiego di **procedure evolute per la valutazione della distribuzione di dose** con particolare riferimento agli istogrammi dose-volume;
- sistemi personalizzati di immobilizzazione e di schermatura.

I requisiti riportati in grassetto sono imprescindibili per la definizione di categoria C.

Si definisce come 3D-CRT una tecnica che permetta di rendere clinicamente praticabile un trattamento radiante per via esterna conformato alla reale estensione e sviluppo della massa neoplastica, con notevole risparmio delle strutture sane e degli organi a rischio contigui; le tecniche conformazionali sono basate pertanto sulla definizione volumetrica, tridimensionale, del tumore e dell'anatomia degli organi a rischio

secondo quanto definito nei rapporti tecnici dell'*International Commission on Radiation Units and Measurements* (ICRU) n. 50 e n. 62.

### • **Trattamenti di categoria D**

Tecniche speciali quali brachiterapia, irradiazione corporea totale (Total Body Irradiation, TBI), radioterapia intraoperatoria (IntraOperative RadioTherapy, IORT), irradiazione cutanea totale con elettroni (Total Skin Electron Irradiation, TSEI), radiocirurgia (con acceleratore lineare o gamma knife), radioterapia a modulazione di intensità (Intensity Modulated RadioTherapy, IMRT), Radioterapia guidata dalle immagini (IGRT), Tomoterapia, tecniche che richiedono attrezzature dedicate, esperienza specifica, intervento multidisciplinare.

Nel programmare la distribuzione e le dotazioni dei Centri esistenti e futuri, occorre tenere conto della categoria tecnica delle prestazioni che possono essere fornite in modo da coprire adeguatamente almeno i fabbisogni della popolazione residente, valutati sulla base dei dati epidemiologici. I Centri in grado di fornire prestazioni relative alle tecniche speciali dovrebbero essere programmati a livello nazionale, tenendo conto delle caratteristiche degli altri Centri e della facilità di accesso.

È necessario che i singoli centri per essere inclusi in questa categoria eseguano un numero minimo di prestazioni per ciascuna tipologia (come definito dal citato rapporto ISTISAN). Il rapporto ISTISAN raccomanda inoltre che "In coerenza con il documento dell'ESTRO, è opportuno che ogni Centro definisca periodicamente i propri obiettivi in rapporto alla disponibilità di personale, di competenze, di attrezzature e di infrastrutture. È auspicabile che tali obiettivi siano inquadrati in un programma nazionale e in programmi regionali che assicurino un'equilibrata distribuzione delle risorse, in modo da rendere fruibili le varie modalità radioterapiche a tutti i cittadini su tutto il territorio nazionale in modo uniforme". La definizione degli obiettivi è considerata come un processo dinamico potendo variare in rapporto al variare delle dotazioni e dei programmi. In particolare nel Lazio si dovranno valutare complessivamente gli obiettivi che i vari centri definiranno specificando:

- risorse disponibili (personale, attrezzature, infrastrutture);
- numero delle prestazioni erogabili (documentate sulla base dell'attività svolta nell'ultimo anno);
- categoria tecnica massima delle prestazioni che è in grado di fornire, in rapporto alle risorse disponibili, definita secondo i criteri precedentemente indicati;
- eventuali specifiche competenze disponibili e i programmi di ricerca in corso.

Lo studio degli obiettivi dei centri permetterà un piano complessivo di attività, che dovrà essere congruo rispetto alla stima dei fabbisogni regionali e ai principi di efficienza e di economia di scala.

Il numero totale di acceleratori lineari necessari per la copertura delle esigenze della Rete Oncologica del Lazio dovrebbe essere compreso fra 43 (360 pz/macchina) corrispondente ad 1 LINAC ogni 127.000, 47 (330 pz/macchina) corrispondente ad 1 LINAC ogni 116.000, e 51 (300 pz/macchina) corrispondente a 1 LINAC ogni 107.000 abitanti a seconda del rapporto pazienti/macchina/anno che viene utilizzato. Tuttavia il Piano di acquisizione e di rinnovamento delle tecnologie viene definito dalla rete oncologica come riportato precedentemente.

### Organizzazione della radioterapia nella rete oncologica

Nell'ipotesi di un Dipartimento Oncologico cui afferiscono 500.000 persone:

- 4 (1 ogni 124.000 abitanti) - 5 (1 ogni 107.000 abitanti) acceleratori lineari ogni 500.000 ubicati in 2 centri di radioterapia che siano dotati di attrezzature che consentano di effettuare prestazioni di tipo D
- Ogni Centro dovrà disporre di almeno un simulatore TC dedicato in grado di consentire la pianificazione 4D
- Tutti i Centri devono poter eseguire trattamenti di 3DCRT e devono essere programmati per poter eseguire in tempi abbastanza brevi trattamenti di IMRT.

Ogni 1.000.000 di abitanti:

- Un centro di radioterapia in grado di eseguire trattamenti di categoria D (IGRT, Stereotassi, Tomoterapia, IORT, etc.)

Per quanto riguarda la brachiterapia si può ritenere sufficiente 1 centro ogni 1.500.000 abitanti.

### Distribuzione dei servizi sul territorio

Il problema della distribuzione geografica deve essere affrontato in maniera integrata, coinvolgendo le strutture già esistenti e tenendo presente che attualmente vi è una diseguale distribuzione nel territorio con carenza di strutture particolarmente nel sud della regione.

- Lazio Nord: Viterbo-Rieti: 460.000 abitanti; 2 centri di radioterapia 3 Linac;
- Roma: 4.000.000 abitanti; 10 centri di radioterapia 24 Linac accreditati + 5 privati;
- Lazio Sud: 1.020.000: Frosinone e Latina; 2 centri di radioterapia 4 Linac.

Nell'ambito di ognuna delle tre aree la rete dovrà produrre analisi che portino alla razionalizzazione delle risorse (potenziamento dei Centri esistenti o creazione di nuovi). La radioterapia è una terapia di alta specialità che necessita di attrezzature ad alto contenuto tecnologico e di interazioni con altre discipline a livello ultraspecialistico. La sua collocazione naturale è pertanto nei presidi ospedalieri ad alta specializzazione; per favorire l'accesso alle prestazioni dei cittadini residenti in aree distanti da presidi ospedalieri ad alta specializzazione, può essere prevista la presenza più diffusa di centri di radioterapia che garantiscano prestazioni di minore complessità, con il collegamento operativo con una o più strutture di maggiori dimensioni, nelle quali siano disponibili tecnologie che consentano di effettuare prestazioni di tipo D. Il Dipartimento oncologico essendo per sua natura interaziendale e trans-murale è la modalità organizzativa idonea a garantire tali servizi. Come per tutte le altre attività della rete i centri principali di radioterapia, oltre ai trattamenti di maggiore complessità, si fanno carico anche della formazione e dell'aggiornamento del personale dei centri di minor livello (percorrendo di nuovo l'organizzazione in Hub e Spoke).

Attraverso l'organizzazione del Dipartimento oncologico con queste logiche si possono raggiungere i seguenti obiettivi:

- ottimizzazione dell'investimento di risorse di alta tecnologia, idealmente riducendo i costi e razionalizzando le caratteristiche specifiche delle apparecchiature (ad esempio può essere previsto l'impiego di risonanza magnetica e di PET/TC per la preparazione del trattamento e l'uso di tecniche speciali quali ad esempio radioterapia stereotassica o intraoperatoria nei centri di tipo D, ma a disposizione di tutti i pazienti trattati anche nei centri di tipo C");

## La Rete Oncologica della Regione Lazio

- ottimizzazione delle risorse umane attraverso la gestione interaziendale e transmurale del personale;
- disponibilità per gli eventuali nuovi centri della collaborazione del personale dei centri principali, limitando così al minimo la “curva di apprendimento” che è sempre da prevedere per un centro di alta tecnologia e specializzazione e che, per un centro autonomo, può durare anche parecchi anni.

Questo tipo di organizzazione dovrebbe pertanto consentire di raggiungere l’obiettivo dell’“eccellenza diffusa e alta specializzazione in rete” in tutto l’ambito regionale.

### INDIVIDUAZIONE DEI DIPARTIMENTI ONCOLOGICI E DELLE STRUTTURE AFFERENTI

Denominazione	Livello	Area territoriale di competenza e popolazione	Strutture coinvolte	Centro Hub
D.O. Rieti	1	ASL Rieti 154.949	ASL RI	Policlinico Gemelli
D.O. Viterbo	1	ASL Viterbo 305.091	ASL VT	Policlinico Gemelli
D.O. Roma Nord 1	2	ASL RME 520.347	ASL RME, AO S.Filippo, Policlinico Gemelli, IDI, INRCA	Policlinico Gemelli
D.O. Roma Nord 2	2	ASL RMF, RMG 738.247	ASL RMF, ASL RMG, AO S.Andrea	AO S.Andrea
D.O. Roma Centro	2	ASL RMA, RMB 1.157.288	ASL RMA, ASL RMB, AO S.Giovanni, Policlinico Umberto I	Policlinico Umberto I
D.O. Roma Sud	2	ASL RMH 508.062	ASL RMH, Policlinico Tor Vergata	Policlinico Tor Vergata
D.O. Roma Sud Ovest	2	ASL RMC, RMD 1.089.113	ASL RMC, ASL RMD, IFO, AO S. Camillo, Campus Biomedico	IFO
D.O. Frosinone	1	ASL FR 491.548	ASL FR	IFO
D.O. Latina	1	ASL LT 528.663	ASL LT, Sapienza-Polo Pontino	IFO

**SVILUPPO DEL SISTEMA INFORMATIVO, EPIDEMIOLOGICO, PROMOZIONE  
QUALITÀ, ADOZIONE, DIVULGAZIONE E VERIFICA LINEE GUIDA**

**Coordinatore: Piero Borgia**

*COMPONENTI:*

Sergio Amadori  
Mauro Antimi  
Alessandra Barca  
Numa Cellini  
Vittorio Donato  
Alberto Donfrancesco  
Stefano Esposito  
Francesco Forastiere  
Enrico Materia  
Roberto Pisa  
Giuseppe Spriano  
Cora Sternberg



## 1. Sistemi informativi

Lo sviluppo del SI della rete è un intervento cruciale ma complesso e, prima di essere definito nella sua articolazione, richiede attenta progettazione e sperimentazioni per piccole tranches. Soprattutto non si deve anticipare la progettazione di un sistema informativo alla programmazione concreta, condivisa e dettagliata della rete medesima. Disegnare ora un modello teorico, senza chiarezza sulle caratteristiche della rete e del suo funzionamento, sarebbe un esercizio privo di realismo e, se mal interpretato, potrebbe generare l'allestimento di costosi e inutilizzabili software. Poiché nella costruzione ex novo di sistemi informativi e dei relativi supporti informatici ci sono stati in passato diversi esempi di fallimento, l'obiettivo della commissione è di definire un percorso diverso. Esso verrà realizzato attraverso l'individuazione di priorità e la realizzazione del sistema, aggregando via via pezzi chiaramente definiti e finalizzati.

Le tappe che si prevede di percorrere sono le seguenti:

- Rete delle anatomie patologiche
- Rete della diagnostica per immagini
- Cartella clinica di rete che segue il percorso del paziente.

### 1.1 Rete delle anatomie patologiche

La rete ha due **funzioni principali**:

1. quella di stimare l'incidenza delle neoplasie e quindi essere il supporto del registro tumori regionale. Questa funzione è fondamentale e ormai irrinunciabile per l'esigenza di conoscere l'incidenza delle patologie tumorali. Non ci sono altri sistemi attendibili a tal fine. La mortalità è ormai uno strumento inappropriato anche come proxy dell'incidenza dei tumori più rapidamente mortali. Inoltre man mano che i progressi clinici tendono ad allungare la sopravvivenza delle persone con malattie neoplastiche, la mortalità serve sempre di meno a fornire un'immagine attendibile dell'epidemiologia di tali patologie. I ricoveri ospedalieri sono già un sistema migliore ma, in confronto ai registri, si è visto che essi sottostimano dal 15 al 25% l'incidenza dei tumori. Inoltre in tale sistema mancano informazioni fondamentali quali la natura e lo stadio del tumore.

Nel Lazio esiste solo il registro tumori di Latina, che però rappresenta una popolazione limitata. L'estensione del registro all'intera regione avrebbe un significato epidemiologico notevole, oltre che essere uno strumento fondamentale per studi che prevedano il follow-up di pazienti, il confronto fra percorsi assistenziali, le valutazioni di appropriatezza e di esito, le analisi di sopravvivenza, il benchmarking, etc.

2. Quella di collegare le anatomie patologiche regionali agevolando i recuperi di informazione sulla natura di un tumore o su precedenti diagnosi. Ciò permette di condividere la gestione del paziente fra diversi centri di cura che in momenti diversi intervengono sullo stesso soggetto. Questa solidità diagnostica e la sua disponibilità per chi gestisce segmenti di cura dei pazienti è alla base della costruzione di percorsi assistenziali appropriati per livello di complessità.

L'informazione diagnostica è oggi contenuta nei sistemi informativi delle Anatomie Patologiche (AP), alcuni dei quali integrati nella rete informativa locale aziendale, nessuno dei quali in rete con altre AP.

## La Rete Oncologica della Regione Lazio

Occorre che questa informazione passi da un regime di isolamento locale ad una condivisione in rete. Ciò per la necessità di rendere più rapida e certa la ricostruzione della storia clinica del paziente. C'è infatti l'assoluta urgenza di superare gli attuali deficit di comunicazione che spesso costituiscono un onere aggiuntivo per i pazienti o per le loro famiglie, che, con una certa frequenza, si fanno carico della ricostruzione della propria storia documentata, compresi i referti istologici o i preparati originali su cui era stata formulata la diagnosi.

Il GdL ha iniziato il censimento dei sistemi informatici delle 29 AP intraospedaliere accreditate e di 7 laboratori di Istologia privati.

Il primo passo sarà quello di mettere in rete una serie di informazioni derivanti dalle anatomie patologiche, relative ai seguenti aspetti:

anagrafica dei casi, diagnosi come testo del referto, codice SNOMED Morfologia, codice SNOMED Topografia.

Per la definizione del **sistema da utilizzare** le scelte possono essere due.

La prima è la realizzazione di un sistema ad hoc, costruito insieme alle anatomie patologiche e con la generazione di informazioni a livello di queste strutture, con l'accesso limitato ad esse, sia per l'immissione dei dati sia per l'interrogazione e la ricerca ad esempio di precedenti esami biotipici di un paziente. L'archiviazione dei dati avverrebbe in un server gestito dall'ASP.

La seconda è costituita dall'ampliamento dei Sistemi informativi ospedaliero e ambulatoriale, che estenderebbero le informazioni obbligatorie, includendo, per i casi di tumore, l'obbligatorietà di riportare la diagnosi istologica con tutte le variabili di interesse, quando questa sia posta durante l'episodio che genera il ricovero o la prestazione registrati. Anche in questo caso le informazioni giungono all'ASP che poi crea il sistema di accesso ad esse per le anatomie patologiche

Entrambe le soluzioni hanno vantaggi e svantaggi. La prima avrebbe il vantaggio della maggior condivisione del sistema che ne garantirebbe una migliore attendibilità e un migliore uso, la seconda si farebbe preferire per il minore impegno di implementazione e per le garanzie di maggiore copertura.

Secondo il SIAS sono molteplici (circa 900) le strutture che effettuano esami di anatomia patologica. È molto probabile tuttavia che la maggior parte di queste strutture riportino risultati di esami fatti da altri centri, ma il SIAS non è in grado di rilevare tale fenomeno. Secondo dati derivanti dalle società scientifiche non sarebbero più di trenta le anatomie patologiche di rilievo nella regione. Occorre approfondire questo dato perché, pur essendo plausibile limitare la rete a queste 30 strutture, in caso di diagnosi polverizzate sul territorio, la stima di incidenza deve poterle includere in quanto la perdita di casi deve essere non superiore al 5%. La concentrazione delle strutture di diagnosi è un elemento a favore del sistema informativo ad hoc, mentre la loro dispersione farebbe propendere per un'estensione di SIO e SIAS.

Per la decisione fra le due opzioni il GdL ritiene opportuno l'approfondimento sul censimento delle strutture e un confronto con altre regioni che dispongono già di una rete di anatomie patologiche (ad es. Toscana, Friuli).

Per la realizzazione del sistema si intende procedere tramite il coinvolgimento degli anatomopatologi di tutti i centri, per l'evidenziazione delle criticità e delle soluzioni del progetto. Inoltre, per quanto riguarda il sistema di classificazione SNOMED, è necessario strutturare un gruppo di anatomopatologi che proponga un sottoinsieme base di codici da utilizzare presso tutte le anatomie patologiche regionali e che avvii un sistema di rilevazione e miglioramento continuo della qualità della codifica.

Il GdL propone inoltre di strutturare un gruppo di AP di riferimento per patologie rare o per linee di specializzazione. Queste AP di riferimento saranno consultabili dalle altre AP sia per dubbi che per routine nei casi specifici. Si evidenzia anche la possibilità di raccomandare per alcune diagnosi notoriamente problematiche l'istituzione di letture plurime, che il sistema di trasmissione delle immagini potrebbe supportare.

Infine, è opportuno avviare un rapporto tra Regione Lazio e SNOMED (transitata all'*International Health Terminology Standards Development Organisation*), al fine di ottenere l'accesso agli aggiornamenti e l'assistenza tecnica.

In futuro si prevede l'ampliamento del sistema in due direzioni: la messa in rete delle immagini istologiche con la possibilità di supervisioni e consulenze e l'aggregazione a questo primo nucleo informativo di altri pezzi del sistema informativo della rete oncologica. Fra questi c'è la diagnostica per immagini e, intorno a questi importanti pezzi della storia clinica, potrebbe realizzarsi la cartella clinica informatizzata del paziente oncologico come strumento integrato che è fatta e gestita dalla rete.

## 2. Linee guida

### Adozione, divulgazione e verifica di linee guida

#### **Background**

Nell'ambito del processo di realizzazione della rete oncologica regionale, è emersa la necessità di promuovere l'*Evidence based medicine* – “integrazione delle prove derivanti dalla migliore ricerca clinica con l'esperienza clinica e i valori dei pazienti” (Sackett, 2000) – quale strumento per garantire la qualità assistenziale, ridurre la variabilità della pratica clinica, e favorire l'appropriatezza dei trattamenti.

Le linee guida rappresentano raccomandazioni sviluppate in modo sistematico per assistere medici e/o pazienti nelle decisioni relative alle indicazioni di utilizzo di specifici interventi sanitari. Vi è ampio consenso che le linee guida di buona qualità metodologica debbano essere:

- a) sviluppate da un gruppo di lavoro multidisciplinare;
- b) basate su prove derivanti dalla ricerca sistematica della letteratura scientifica;
- c) dotate di livelli di prova e di forza graduata delle raccomandazioni.

## La Rete Oncologica della Regione Lazio

A fronte della massiccia produzione di linee guida in ambito nazionale e internazionale, il trasferimento nella pratica medica delle raccomandazioni in esse contenute non è facilmente ottenibile. Numerosi fattori rendono infatti problematica l'applicazione locale delle linee guida.

Diviene quindi indispensabile accompagnare l'adozione delle linee guida con interventi multipli e concertati di implementazione, in grado di superare le barriere al cambiamento.

In Italia il Sistema Nazionale per le Linee guida (SNLG) – i cui centri operativi sono situati presso l'Istituto Superiore di Sanità e l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) – rappresenta il programma di riferimento per lo sviluppo e l'implementazione delle linee guida, previsto nel Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS), e nel Patto per la Salute condiviso dalla Conferenza delle Regioni e PA. In questo contesto Laziosanità-ASP svolge il ruolo di centro collaborativo del SNLG.

Linee guida per la pratica clinica e per la sanità pubblica vengono inoltre prodotte a livello regionale, e dalle società medico-scientifiche.

A questo proposito, appare di particolare interesse:

- a) l'iniziativa di collaborazione tra il SNLG e la Lega Tumori per attivare una linea di produzione di linee guida in ambito oncologico;
- b) la produzione di linee guida in campo oncologico da parte del Centro di Prevenzione Oncologica (CPO) di Torino.

### ***Orientamento per il piano di lavoro***

Relativamente alla promozione della qualità nell'assistenza oncologica attraverso l'uso di linee guida, il gruppo di lavoro intende: a) identificare le aree prioritarie per lo sviluppo/adozione di linee guida; b) definire idonei meccanismi di produzione e di implementazione per assicurarne la disponibilità e l'utilizzo.

- a) Le priorità possono essere stabilite in base al carico di malattia nella popolazione, ai dati di incidenza, prevalenza e mortalità, e all'impatto assistenziale delle patologie, in accordo anche alle indicazioni del Manuale Metodologico PNLG (2002). Il Gruppo di lavoro ritiene che priorità venga data ai tumori della mammella, del polmone, del colon-retto, dello stomaco, dell'utero e della prostata. Nell'ambito delle linee guida sui tumori del polmone si ritiene anche necessario lo sviluppo di raccomandazioni orientate alla cessazione della dipendenza da fumo; per quanto riguarda le linee guida per il tumore del colon-retto si ritiene necessario lo sviluppo di raccomandazioni per lo screening. È stata infine suggerita l'urgenza di produrre linee guida per i tumori in pediatria.
- b) La produzione-implementazione di linee guida potrebbe essere sviluppata lungo i seguenti assi:
  - attivazione di sinergie tra il Gruppo di lavoro e altre iniziative italiane (SNLG, CPO di Torino) per lo sviluppo e l'accREDITAMENTO di linee guida in campo oncologico;

- adozione di linee guida esistenti di elevata qualità metodologica, nazionali o internazionali, previa valutazione comparativa delle linee guida esistenti utilizzando lo strumento AGREE (*Appraisal of guidelines research and evaluation*) ([www.agreecollaboration.org/instrument/](http://www.agreecollaboration.org/instrument/));
- sviluppo di documenti “rapidi” di *technology assessment* riguardanti farmaci oncologici, inclusi i biologici, e procedure innovative. Tale sviluppo di documenti rapidi, che spesso sono più di *appraisal* che di *assessment*, è quanto mai necessario per il rapido diffondersi di terapie che non hanno un *corpus* di studi clinici tale da permettere revisioni sistematiche attendibili della letteratura, ma, a fronte dell'uso incontrollato, la rete dovrà operare per produrre orientamenti rapidi e rigorosi scientificamente, pur in assenza di prove certe di efficacia;
- implementazione delle linee guida tramite interventi combinati ad approccio molteplice (macro, meso, micro) per diffondere le raccomandazioni delle linee guida (tra cui: pubblicazione su internet e a stampa, invii postali, presentazioni e incontri di formazione);
- valutazione dell'impatto della linea guida sulla pratica clinica tramite indicatori di *compliance* e di *audit* clinico, da rilevare a livello aziendale e/o regionale;
- il coordinamento del centro per le linee guida può essere individuato nell'ASP.

### 3. Qualità

Per quanto riguarda la qualità il GdL decide di individuare solo alcune linee prioritarie, lasciando il compito essenziale di miglioramento continuo di qualità a tutte le strutture della rete, a seconda delle specifiche caratteristiche ed esigenze.

Per quanto riguarda la **qualità clinica**, il GdL definisce prioritarie le indicazioni prodotte nel medesimo GdL circa le linee guida e le raccomandazioni.

Inoltre il Gruppo definisce l'esigenza di creare una cultura della rete, ovvero la diffusione della collaborazione fra strutture e livelli assistenziali diversi non come fatto occasionale ma come modo di lavorare. Questo significa un grande sforzo di socializzazione delle elaborazioni della commissione stessa, attraverso il coinvolgimento attivo di tutti gli operatori coinvolti nel cambiamento organizzativo avviato, anche attraverso un massiccio intervento formativo, e di iniziative di *audit*, ad esempio tramite Team multispecialistici che per ogni tipo di tumore discutano i casi alla luce delle linee guida.

Per quanto riguarda la **qualità organizzativa** si definisce l'esigenza di predisporre prove di valutazione del funzionamento della rete, anche attraverso l'uso del sistema informativo di rete, la cui qualità va curata come caratteristica essenziale della rete stessa.

Una linea di valutazione può essere attuata tramite la definizione di alcuni indicatori di funzionamento (appropriatezza, esito) e produrre confronti (benchmarking) con periodica presentazione dei risultati dei confronti.

## La Rete Oncologica della Regione Lazio

La commissione inoltre ritiene opportuna la segnalazione da parte della commissione stessa di criteri da tenere presenti da parte dell'Assessorato alla Sanità per l'**accreditamento**, riguardanti le strutture, le tecnologie, i volumi di attività.

A titolo esemplificativo sono stati calcolati i volumi di chirurgia per il tumore della mammella: i risultati mostrano un notevole numero di strutture che effettuano tale tipo di intervento con volumi di attività assai variabili e in molti casi assai esigui. Il GdL ritiene importante allargare la stessa analisi alla chirurgia effettuata su altri tipi di tumore e definire dei *cut-off* di volumi che profilino le strutture che, in ragione della maggiore esperienza, appaiono maggiormente affidabili. Tali tabelle dovrebbero essere diffuse a tutti i dipartimenti di oncologia della regione, in modo che questo sia un elemento di orientamento nella gestione del paziente.

Il gruppo raccomanda inoltre l'attenzione al problema delle cure palliative, sia per quanto riguarda le linee guida, sia per la qualità in generale, specie per il problema della continuità con le cure precedenti. A tal riguardo un problema essenziale è costituito dal controllo del dolore. Il GdL ritiene di importanza cruciale che la rete curi al suo interno un network degli specialisti per il controllo del dolore in tutto il percorso del paziente neoplastico, senza deleghe al palliativista o all'anestesista. Tale network dovrebbe facilitare il controllo del dolore assicurando la continuità delle terapie anche nei passaggi in Hospice o in assistenza domiciliare. È stato anche proposto un network del sollievo ovvero la gestione del dolore e della sofferenza del paziente accompagnandolo costantemente nel suo percorso di malattia.

## RICERCA CLINICA E FORMAZIONE IN ONCOLOGIA

**Coordinatore: Vincenzo Ziparo**

*COMPONENTI:*

Amalia Allocca  
Caterina Catricalà  
Enrico Cortesi  
Renato De Angelis  
Franco Di Filippo  
Domenico Di Lallo  
Angela Guarino  
Paola Muti  
Giovanni Scambia  
Michele Vullo  
Giovanni Zotta



## LA RICERCA CLINICA

### Proposta di un coordinamento unico di rete

- Sulla base dei dati epidemiologici disponibili per la Regione Lazio può essere stimata una prevalenza di neoplasie nel 2010 di 192.829 casi e un'incidenza di 24.928 casi, pari circa al 10% dei dati nazionali.
- Sempre per le patologie neoplastiche nel 2006 si è osservata nel Lazio una mobilità attiva di 11.222 casi e passiva di 6143 casi (fonte Ministero della Salute, LazioSanità-ASP).
- Il fatturato dell'industria farmaceutica mondiale è stato nel 2006 di 482,46 miliardi di euro. L'Italia è il quinto Paese con 16,36 miliardi di euro e rappresenta il 3,4% del mercato mondiale. È preceduta da USA (45,3%), Giappone (9,4%), Francia (5,6%), Germania (5,3%) ed è seguita dal Regno Unito (3,4%).  
Il 90% delle 340 imprese farmaceutiche che lavorano in Italia è concentrato in cinque regioni: Lombardia (46%), Lazio (24%), Veneto (12%), Toscana (11%), Emilia Romagna (6%). L'11% è diffuso in altre regioni.  
Il Lazio è la seconda regione farmaceutica italiana per produzione, numero di addetti e investimenti in ricerca e sviluppo. Il settore rappresenta, in ambito industriale regionale, il primo esportatore col 27% del totale di tutte le industrie.  
In Italia si sono svolti, tra il 2000 e il 2006, 4300 studi clinici (52,3% in fase III). Gli studi di fase I e II sono passati dal 28,7% nel 2000, al 41,8% nel 2006 (fonte AIFA 2007).  
Tuttavia per quanto riguarda la numerosità di studi clinici il primo posto è occupato dalla Lombardia (58,6%), seguita da Emilia Romagna (40,1%), Lazio (36,6%), Toscana (32,6%), Veneto (27,4%).  
Le industrie farmaceutiche sostengono in Italia il 94% del costo della ricerca farmaceutica e il 72% della sperimentazione clinica. La spesa ammonta a circa 1115 milioni di euro con 6165 addetti alla ricerca.

### Biotecnologie

Questo specifico settore è in forte sviluppo in Italia. Tra il 2001 e il 2005 il numero di imprese è aumentato del 50% con 53 nuove imprese di *spin off* (18% del totale degli *spin off*).

Nel 2006 operavano in Italia 162 aziende con 13.000 addetti, il 37,7% dedicate alla ricerca con un investimento in ricerca e sviluppo di oltre 1 miliardo di euro.

Sono stati sviluppati 77 farmaci, il 46,8% dei quali nel settore oncologico.

I prodotti biotecnologici sono passati dallo 0,3% delle sperimentazioni cliniche nel 2001 al 19,8% nel 2005 (fonte Assobiotec-Farindustria 2007).

## La Rete Oncologica della Regione Lazio

- Lo sviluppo di un farmaco innovativo è un processo economicamente rischioso per l'industria. Si stima che solo 1 molecola su 5-10.000 arrivi ad essere registrata come farmaco. Una molecola su 5 che entra nella sperimentazione clinica arriva sul mercato.

Su 10 prodotti messi in commercio solo 3 recupereranno l'investimento in ricerca e sviluppo.

Per mettere in commercio un nuovo farmaco si stima necessitino 10-15 anni e un investimento di 800 milioni di dollari (fonte PhRMA 2007 – J Health Economics 22, 151, 2003).

Su questa premessa i parametri sui quali l'industria valuta la convenienza nella localizzazione della ricerca clinica sono: qualità, costi e velocità.

Pertanto, la scelta della sede ove svolgere gli studi clinici può essere indipendente dal luogo di produzione e dal successivo mercato.

Molte industrie multinazionali e nazionali stanno infatti delocalizzando studi clinici nell'Europa dell'Est, in Oriente (Cina e India) e Sud America (Brasile).

L'obiettivo di questo progetto, sulla base dei dati premessi, è quello di utilizzare la Rete Oncologica Regionale, ottimizzando le risorse presenti, per offrire un'attraente prospettiva all'industria farmaceutica per la sua attività di ricerca preclinica e clinica.

I punti di forza della Regione Lazio nel raggiungimento di questo obiettivo sono:

- l'esistenza di un forte polo industriale farmaceutico e biotecnologico nella regione;
- i dati epidemiologici regionali relativi alle patologie oncologiche;
- l'esistenza nella regione di 5 Facoltà Mediche e 2 Facoltà di Farmacia con Corsi di laurea in Biotecnologie e di IRCCS Oncologico;
- la Rete Oncologica Regionale che s'attuerà.

Oggetto e fine del progetto è l'implementazione e lo sviluppo di programmi di ricerca transazionale farmaceutica e biotecnologia in oncologia in collaborazione e/o per conto dell'industria farmaceutica.

L'esecuzione di un numero maggiore di studi clinici di fase III e soprattutto l'incremento di quelli di fase II e I.

Promuovere la ricerca clinica indipendente con sperimentazioni finanziate dall'AIFA e altre fonti finanziarie.

Per realizzare questi obiettivi in maniera efficiente è necessario dotarsi di una struttura operativa di coordinamento in grado di garantire alle industrie: la qualità scientifica, la certezza dei tempi e i costi delle ricerche.

La struttura dovrebbe dotarsi di:

- un Comitato Scientifico con funzione di promozione-proposta, valutazione fattibilità-validità scientifica, coordinamento della rete e individuazione dei Centri da coinvolgere;
- un Comitato Etico di Rete;
- un Operation Office al quale si dovrebbero rivolgere le industrie con un unico centro di randomizzazione, raccolta ed elaborazione dati;
- la rete assistenziale e di ricerca delle Strutture afferenti.

Le industrie dovrebbero avere, entro tempi certi (non più di 1 mese), una risposta sulla fattibilità dello studio, il tempo di reclutamento dei pazienti, il numero dei pazienti reclutabili, etc.

### LA FORMAZIONE IN ONCOLOGIA NELLA REGIONE LAZIO

L'attuale offerta formativa in ambito oncologico nella regione Lazio è caratterizzata da una forte centralità basata sulla "necessità di formazione ad un approccio bio-psico-sociale per tutte le figure professionali coinvolte nell'assistenza al paziente oncologico". Centralità che si manifesta nella realizzazione di una molteplicità di convegni, corsi e master sulla psico-oncologia. Le Università La Sapienza, La Cattolica e Tor Vergata, istituti come l'IFO, il C.R.O. Giovanni XXIII, e inoltre l'Azienda ospedaliera Sant'Andrea e l'ASP. producono annualmente percorsi formativi legati alla psico-oncologia. Solo il Campus biomedico propone un master rivolto al personale infermieristico sull'"assistenza al paziente oncologico e le cure palliative".

Nella ricerca realizzata attraverso internet non vi è traccia, o non abbiamo trovato, proposte formative che affrontino i temi dell'organizzazione dei servizi che operano in ambito oncologico. Unica eccezione è rappresentata, ma solo per memoria, dalla linea di attività individuata dal piano formativo approvato dalla regione Lazio che prevede un percorso di formazione sul campo volto a contribuire ad implementare i sistemi "Hub and spoke". Sono invece totalmente assenti percorsi di formazione destinati a formare specifiche figure sanitarie in grado di farsi carico del paziente e condurlo negli spazi della rete oncologica garantendo tempestività e appropriatezza unitamente ad un'assistenza di qualità e una particolare attenzione all'ottimizzazione delle risorse e degli interventi.

Tale vuoto è opportuno venga recuperato al più presto, investendo eventuali risorse della rete destinate alla formazione in direzione della creazione di professionisti capaci di svolgere un ruolo:

- di educazione verso il paziente e la famiglia (*care giver*), avendo cura di perseguire obiettivi quali la progressiva riduzione della dipendenza, la crescita di responsabilità, la consapevolezza della propria malattia, la collaborazione con gli operatori e anche di coinvolgere paziente e familiari nella gestione a domicilio di dispositivi medico-chirurgici;
- di sostegno verso i reparti non oncologici che accolgono ugualmente questa tipologia di pazienti, in qualità di operatore sul malato e formatore nei confronti di altri professionisti;
- di intermediario e garante fra il paziente e le strutture extraospedaliere al momento della dimissione.

In conclusione, si propone uno specifico intervento formativo (un vero e proprio master), da realizzare attraverso sinergie tra i soggetti istituzionali che operano nella rete oncologica regionale, teso a creare un operatore (*case manager*) che partendo dalla valutazione dei bisogni del paziente dovrà:

- coordinare e avviare le attività;
- organizzare piani operativi;
- avviare e migliorare i percorsi assistenziali;
- svolgere funzioni di collegamento e di monitoraggio;
- farsi carico di mettere in contatto il paziente con il servizio infermieristico domiciliare
- programmare e gestire l'ingresso e le dimissioni dal P.T.P.

La rete formativa nella Regione Lazio si articola in 5 Facoltà di Medicina e Chirurgia con relativi Corsi di Laurea in Medicina e Professioni Sanitarie.

L'insegnamento in area oncologica è fortemente orientato verso una stretta integrazione tra scienze di base e scienze cliniche.

In particolare l'oncologia medica è trattata in un corso integrato con la chirurgia oncologica, la radioterapia e la psiconcologia e tutte le scienze di base con essa coerenti.

Esistono 6 Scuole di Specializzazione in Oncologia medica, per un totale di 24 iscritti per anno, 5 Scuole di Specializzazione in Radioterapia con 19 iscritti per anno e 10 Scuole di Specializzazione in Chirurgia generale con 42 iscritti per anno, la maggior parte di queste ultime hanno un orientamento oncologico.

La rete formativa delle Scuole di Specializzazione, oltre che sui 5 Policlinici Universitari, si articola attraverso convenzioni *ad hoc* nelle maggiori Strutture Ospedaliere Regionali.

Sarebbe opportuno riordinare la rete formativa in maniera coerente con la Rete oncologica, cercando di far coincidere territorialmente la rete formativa con i Dipartimenti Oncologici di II livello di riferimento.

In particolare la Seconda Facoltà di Medicina e Chirurgia della Sapienza ha attivato un Dottorato di ricerca in "Metodologia della ricerca sperimentale e clinica in oncologia" in collaborazione con l'IRE e un Dottorato di ricerca in "Oncologia digestiva".

Altre iniziative formative (Dottorati di ricerca, Master di I e II livello, Corsi, etc.) esistenti o da promuovere potrebbero essere coordinati da un apposito Comitato della Rete Oncologica.

Nell'ambito della Rete sarebbe assai opportuno e utile un Comitato di Coordinamento di tutte le attività formative per ottimizzare l'offerta, evitando ripetizioni e promuovendo nuove iniziative.





**La rete oncologica regionale**

## **Allegati**

# **La Rete Oncologica della Regione Lazio**



*Ministero della Salute*



LAZIOSANITÀ  
AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA



Regione Lazio

**Ifo** ISTITUTI  
FISIOTERAPICI  
OSPITALIERI





# **Allegato 1**

## **Dati Epidemiologici**



In assenza di un registro tumori della regione Lazio, per le incidenze si riportano i dati dell'insieme dei 23 registri tumori di popolazione italiani 1998-2002.

**tasso d'incidenza annuo grezzo per 100000 abitanti e stima dei casi sulla popolazione del 2002.**

SEDE	maschi		femmine	
	tasso grezzo /100000	stima casi 2002 Italia	tasso grezzo /100000	stima casi 2002 Italia
tutte le sedi	783.4	162756	613.1	129247
vie aerodigestive superiori	32.5	10432	6.5	1980
esofago	7.2	2025	2.1	548
stomaco	40.7	9850	27.7	6604
colon retto	88.8	20457	70.3	17276
fegato	26.8	8267	12.1	3699
colecisti	6.6	1229	9.6	1894
pancreas	17.2	4388	16.9	4214
trachea bronchi e polmone	111.5	30384	27.9	6784
osso	1.3	208	1.1	145
melanoma cutaneo	12.5	3143	13.1	2851
altro cute	119.4	-	90.7	-
mesotelioma	3.4	-	1.1	-
sarcoma di kaposi	1.8	-	0.7	-
tessuti molli	3.3	368	2.7	334
mammella	-	-	152.0	36634
cervice uterina	-	-	9.8	3418
corpo dell'utero	-	-	23.6	7756
ovaio	-	-	17.9	4797
prostata	113.1	23518	-	-
testicolo	5.4	872	-	-
rene e vie urinarie	25.2	5568	12.9	2639
vescica	70.7	15987	16.3	3326
cervello	10.5	2414	8.2	1873
tiroide	5.2	675	15.5	2579
linfomi di Hodgkin	3.7	626	3	558
linfomi Non Hodgkin	22.8	5649	19.8	4632
mieloma multiplo	9.5	2315	8.1	2098
leucemie	16.9	4708	12.8	3381
leucemia linfatica acuta	1.6	450	1.2	320
leucemia linfatica cronica	5.6	1600	4.3	1150
leucemia mieloide acuta	4.4	1200	3.4	900
leucemia mieloide cronica	2.4	650	1.8	500

Sono state prodotte negli ultimi anni diverse stime regionali con diversi metodi riportiamo qui quelle relative alla regione Lazio nel 2001 per tutte le sedi basate sul rapporto mortalità incidenza e quelle più recenti (2005) per le sedi più rilevanti.

**Numero casi e incidenza per sede tumorale e sesso**

sede	maschi		femmine	
	N	tasso grezzo per 100.000	N	tasso grezzo per 100.000
tutte le sedi	14501	567.6	11939	434.6
esofago	101	4	35	1.3
stomaco	936	36.6	648	23.6
colon retto	1916	75	1870	68.1
fegato	255	10	119	4.1
pancreas	352	13.8	323	11.8
laringe	375	14.7	37	1.3
polmone	2830	110.8	706	25.7
melanoma	234	9.2	244	8.9
mammella	-	-	3376	122.9
collo dell'utero	-	-	276	10.1
corpo dell'utero	-	-	634	23.1
ovaio	-	-	464	16.9
prostata	1792	70.1	-	-
vescica	1533	60.8	372	13.5
rene	579	22.7	309	11.2
linfomi non hodgikin	545	21.3	462	16.8
leucemie	394	15.4	311	11.3

\* Fonte epidemiologia&prevenzione (Stima dell'incidenza dei tumori nelle regioni Italiane nel 2001; Rosso S. et al.)

**Numero casi, incidenza e prevalenza per sede tumorale e sesso**

sede	maschi			femmine		
	incidenza	prevalenza	prevalenza	incidenza	prevalenza	prevalenza
	n	tasso grezzo per 100.000 anni	tasso grezzo per 100.000 abitanti	n	tasso grezzo per 100.000 anni	tasso grezzo per 100.000 abitanti
tutte le sedi	12670	506	2827	11350	428	95310
colon retto	2075	83	446	1491	56	9674
polmone	2524	101	238	944	36	2079
stomaco	790	32	140	470	18	1918
mammella	-	-	-	4108	155	46077
prostata	4014	158	648	-	-	-

\*Fonte Tumori volume 93,numero 4 pp.329-408

Mortalità per sede 2001-2004 Lazio Sistema Informativo Mortalità.

	Maschi		Femmine		Tasso di mortalità standardizzato per 100.000 anni persona	95% CI		Tasso di mortalità standardizzato per 100.000 anni persona	95% CI	
	n	Limite inferiore	Limite superiore	n		Limite inferiore	Limite superiore			
	Tutti i tumori									
140-239	33009	249.4	246.7	252.2	140.1	138.2	141.9			
(Codici ICD : 1500-1509)	388	3.0	2.7	3.4	0.8	0.6	0.9			
(Codici ICD : 1510-1519)	2045	15.4	14.7	16.1	8.3	7.9	8.8			
(Codici ICD : 1530-1549; 1590)	3825	28.8	27.8	29.7	18	17.3	18.6			
(Codici ICD : 1550-1559)	1751	13.1	12.5	13.7	5.6	5.3	6.0			
(Codici ICD : 1570-1579)	1496	11.5	10.9	12.1	7.7	7.3	8.1			
(Codici ICD : 1610-1619)	589	4.5	4.1	4.8	0.4	0.3	0.5			
(Codici ICD : 1620-1629)	9837	73.8	72.3	75.2	18.1	17.4	18.7			
(Codici ICD : 1630-1629)	127	1.0	0.8	1.2	0.5	0.4	0.6			
(Codici ICD : 1720-1729)	309	2.5	2.2	2.7	1.7	1.4	1.9			
(Codici ICD : 1740-1749)	0	0.0	0.0	0.0	25.0	24.2	25.8			
(Codici ICD : 1790-1809, 1820-1829)	0	0.0	0.0	0.0	5.7	5.3	6.1			
(Codici ICD : 1830-1839)	0	0.0	0.0	0.0	6.6	6.2	7.1			
(Codici ICD : 1850-1859)	2804	20.4	19.7	21.2	0.0	0.0	0.0			
(Codici ICD : 1880-1889)	1637	11.9	11.3	12.5	2.2	2.0	2.4			
(Codici ICD : 1890-1899)	824	6.3	5.9	6.7	2.3	2.1	2.5			
(Codici ICD : 1910-1919)	727	6.1	5.6	6.5	4.4	4.1	4.8			
(Codici ICD : 2000-2009, 2020-2029)	783	6.0	5.6	6.5	4.0	3.7	4.3			
(Codici ICD : 2010-2019)	100	0.8	0.6	1.0	0.5	0.4	0.6			
(Codici ICD : 2030-2039)	493	3.7	3.4	4.0	2.6	2.4	2.8			
(Codici ICD : 2040-2089)	1203	9.3	8.8	9.9	5.7	5.3	6.1			

Mortalità per ASL di residenza 2001-2004 Lazio Sistema Informativo Mortalità.

	n	Tasso di mortalità standardizzato per 100.000 anni persona		95% CI		n	Tasso di mortalità standardizzato per 100.000 anni persona		95% CI		
		Limite inferiore	Limite superiore	Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore			
Maschi		Femmine									
140-239		Tutti i tumori									
	32989					24977					
RM A	3204	235.3	227.0	243.6	243.6	2972	144.3	138.5	150.2	150.2	
RM B	4129	282.0	273.3	290.7	290.7	2969	151.7	146.0	157.4	157.4	
RM C	3839	266.8	258.2	275.4	275.4	3314	156.5	150.7	162.3	162.3	
RM D	3317	270.4	261.1	279.7	279.7	2632	153.9	147.7	160.0	160.0	
RM E	3173	241.8	233.3	250.4	250.4	2859	150.2	144.3	156.1	156.1	
RM F	1482	248.2	235.5	260.9	260.9	1050	137.0	128.4	145.6	145.6	
RM G	2678	275.8	265.3	286.3	286.3	1674	134.6	127.8	141.4	141.4	
RM H	2587	256.7	246.8	266.6	266.6	1836	140.8	134.2	147.5	147.5	
Viterbo	1962	222.4	212.3	232.5	232.5	1385	127.3	119.9	134.7	134.7	
Rieti	942	196.2	183.1	209.3	209.3	690	112.4	102.8	122.1	122.1	
Latina	2881	245.7	236.7	254.7	254.7	1842	127.0	120.9	133.0	133.0	
Frosinone	2795	212.7	204.6	220.8	220.8	1754	107.9	102.4	113.3	113.3	
Lazio	33009	249.4	246.7	252.2	252.2	24988	140.1	138.2	141.9	141.9	

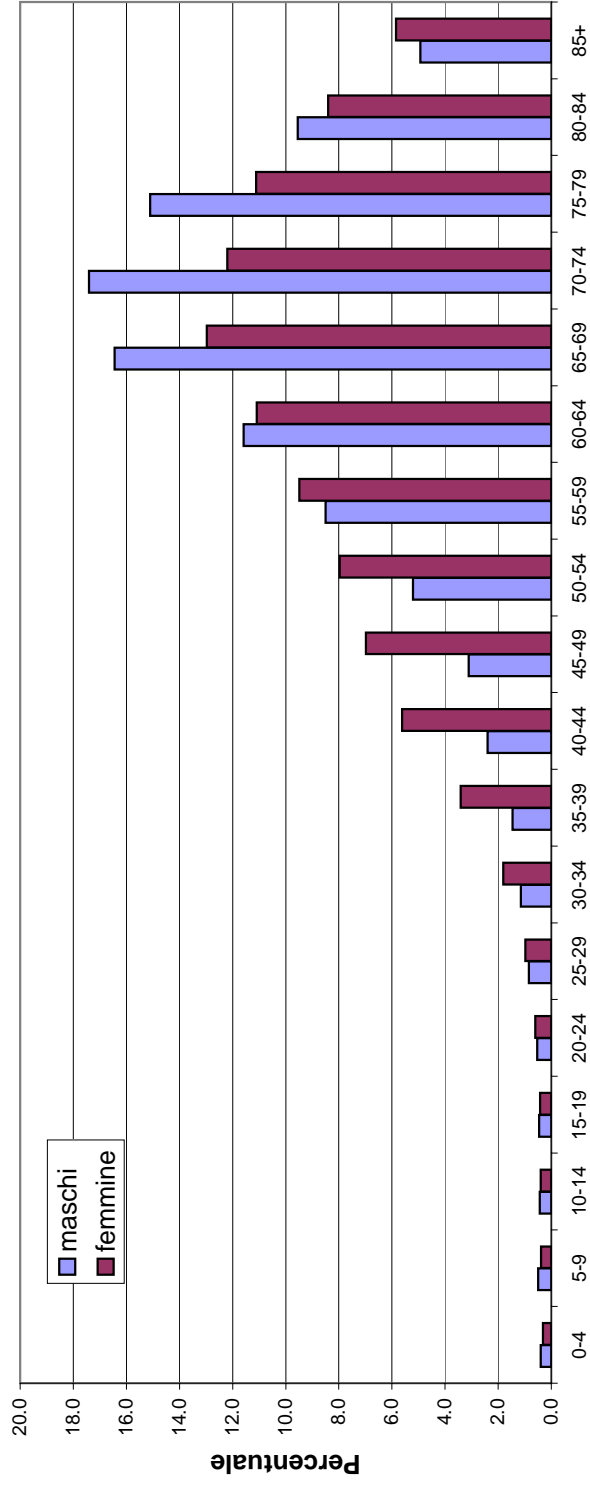
## **Allegato 2**

### **Stato dell'offerta**



Tutti i tumori. Pazienti 2007. Distribuzione per sesso e classe di età

### Distribuzione per sesso e classe di età



**Tutti i tumori. Pazienti 2007. Casi osservati, SHR (rapporto di ospedalizzazione standardizzato per età) e intervallo di confidenza per asl di residenza**

<b>ASL</b>	<b>casi osservati</b>	<b>SHR</b>	<b>IC 95%</b>
RMA	6210	1.065	[1.039087, 1.092258]
RMB	7434	1.098	[1.072742, 1.122789]
RMC	6633	1.057	[1.031375, 1.082393]
RMD	6153	1.072	[1.045559, 1.099315]
RME	6851	1.183	[1.155182, 1.211383]
RMF	2997	1.039	[1.002195, 1.076947]
RMG	4368	0.956	[0.928196, 0.985140]
RMH	4975	0.987	[0.959409, 1.014442]
VT	3142	0.862	[0.832054, 0.892608]
RI	1522	0.785	[0.746369, 0.825802]
LT	4753	0.876	[0.850856, 0.900825]
FR	4450	0.798	[0.775197, 0.822299]

**Ricoveri 2007. Numero assoluto, percentuale, degenza media e deviazione standard per istituto**

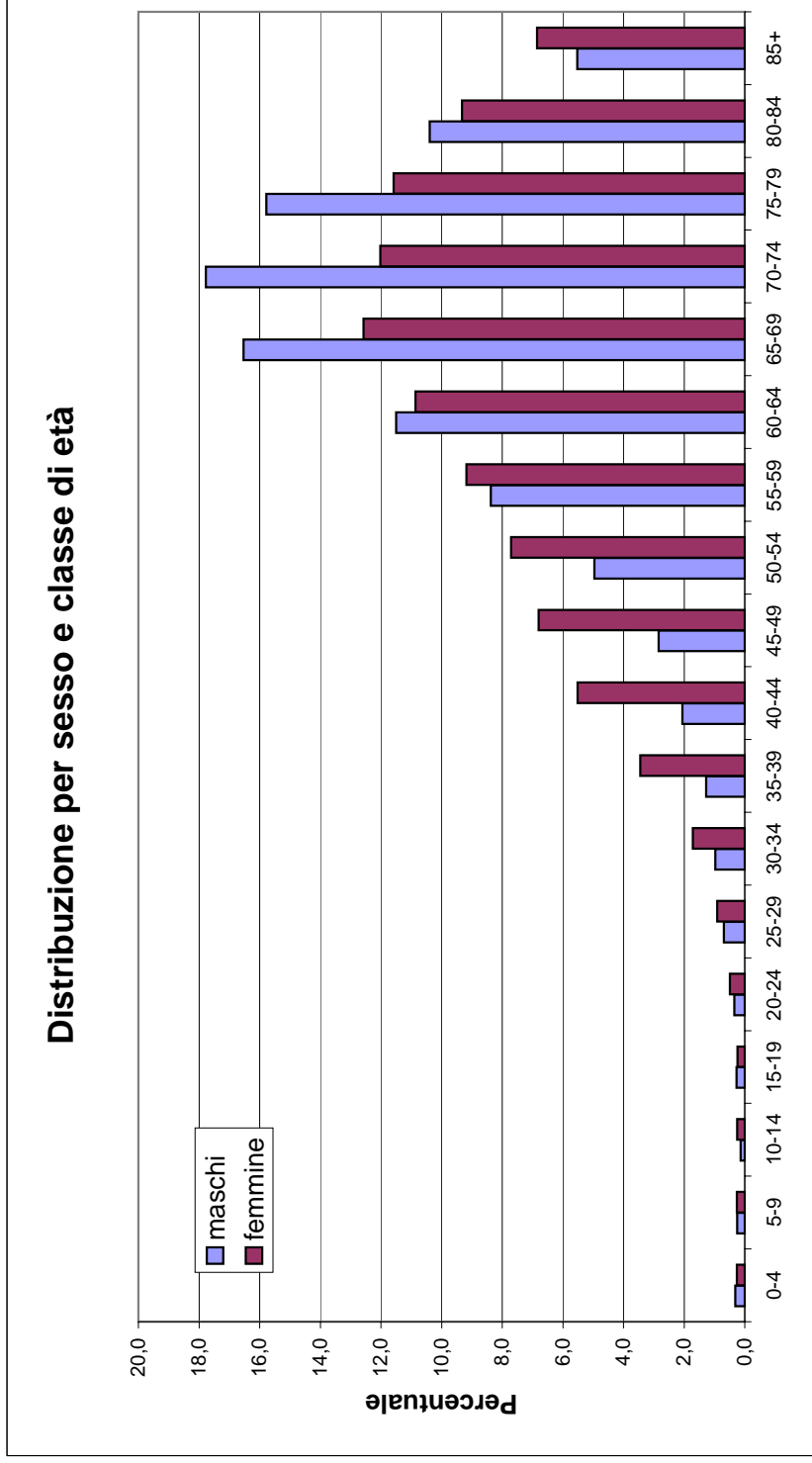
ISTITUTO	N	%	DEGENZA		ds
			media		
Policlinico A. Gemelli	16991	13.7	8.2		9.5
Istituti Fisioterapici Ospitalieri	9961	8.0	7.0		8.1
Policlinico Umberto I	9290	7.5	10.5		12.3
San Camillo - Forlanini	6709	5.4	11.5		12.2
Bambino Gesù	5986	4.8	2.1		5.5
Istituto Dermatopatico dell'Immacolata	5327	4.3	3.6		3.1
Sant'Andrea	4281	3.5	7.9		9.4
Tor Vergata	3708	3.0	9.9		15.0
Campus Biomedico	3486	2.8	5.7		8.3
San Giovanni	3439	2.8	11.6		12.9
San Filippo Neri	3276	2.6	10.7		13.6
Sant'Eugenio	3106	2.5	10.3		10.9
San Pietro - Fatebenefratelli	2780	2.2	6.9		8.8
P.O. Latina Nord	2229	1.8	10.6		10.7
San Giovanni Calibita - FBF	2142	1.7	11.0		11.0
Beicolle	2095	1.7	9.2		10.7
Regina Apostolorum	1940	1.6	8.4		7.5
Sandro Pertini	1711	1.4	12.6		12.9
Villa Margherita	1522	1.2	1.5		3.8
San Carlo di Nancy	1334	1.1	7.7		9.4
San Camillo de Lellis	1287	1.0	8.6		9.5
Umberto I	1269	1.0	9.0		10.1
Istituto Neurotraumatologico Italiano	1234	1.0	9.6		9.9
Madre Giuseppina Vannini - Figlie di San Camillo	1196	1.0	12.3		11.7
Marco Polo	1180	1.0	7.4		8.7
Santissima Trinita'	1140	0.9	8.5		7.8
P.O. Santo Spirito	1041	0.8	9.6		9.5
Sant'Anna	967	0.8	8.4		9.5
Cristo Re	954	0.8	11.2		25.5
Ospedali Riuniti Albano-Genzano	890	0.7	9.6		10.3
San Giacomo	770	0.6	6.4		8.4
Paideia	769	0.6	2.5		5.1
Parodi Delfino	756	0.6	7.3		6.7
Israelitico	725	0.6	6.8		6.8

ISTITUTO	N	%	DEGENZA		ds
			media	ds	
Nuovo Regina Margherita	610	0.5	5.5	7.2	7.2
San Sebastiano Martire	606	0.5	14.0	17.7	17.7
Policlinico Casilino	595	0.5	8.9	10.6	10.6
P.O. Latina Centro	542	0.4	8.7	7.8	7.8
P.O. Latina Sud	538	0.4	8.2	8.5	8.5
San Paolo	515	0.4	11.1	12.3	12.3
Giovanni Battista Grassi	507	0.4	17.3	15.2	15.2
Centro Traumatologico Ortopedico	505	0.4	11.9	10.8	10.8
San Giovanni Evangelista	505	0.4	14.0	12.5	12.5
P.O. Anzio-Nettuno	480	0.4	17.0	18.1	18.1
Aurelia Hospital	479	0.4	10.1	12.6	12.6
Ars Medica	438	0.4	4.4	7.8	7.8
Civile di Velletri	410	0.3	9.1	8.8	8.8
Pio XI	376	0.3	5.5	9.1	9.1
Villa Tiberia	361	0.3	5.3	5.2	5.2
Guarnieri	356	0.3	6.1	6.2	6.2
Civile di Anagni	351	0.3	7.5	7.8	7.8
San Marco	326	0.3	5.3	6.4	6.4
Santa Teresa del Bambino Gesù	325	0.3	5.3	6.3	6.3
Rome American Hospital	302	0.2	5.2	7.8	7.8
Santissimo Salvatore	285	0.2	6.7	6.9	6.9
Nuova Villa Claudia	284	0.2	5.0	9.8	9.8
San Giuseppe	284	0.2	9.8	9.7	9.7
Civile di Tarquinia	281	0.2	9.4	9.1	9.1
Villa del Rosario	269	0.2	5.7	8.7	8.7
Andosilla	253	0.2	11.4	9.7	9.7
Madonna delle Grazie	250	0.2	8.6	9.1	9.1
Villa Gioia	248	0.2	5.5	5.0	5.0
Gemma de Bosis	244	0.2	8.8	8.5	8.5
Mater Dei	233	0.2	5.1	7.2	7.2
P.O.I. Portuense (ex San Vincenzo)	216	0.2	9.7	11.2	11.2
Villa Pia	208	0.2	9.1	10.2	10.2
Villa Mafalda	208	0.2	2.8	4.6	4.6
Villa Flaminia	206	0.2	3.9	6.3	6.3
Civile di Ceccano	187	0.2	3.5	7.6	7.6
Casa del Sole	186	0.2	7.9	6.4	6.4
Salvator Mundi	177	0.1	4.1	5.5	5.5
Angelucci	172	0.1	10.7	10.5	10.5

ISTITUTO	N	%	DEGENZA		ds
			media	ds	
Citta' di Roma	164	0.1	10.1	10.8	10.8
San Benedetto	164	0.1	9.6	9.7	9.7
Lazzaro Spallanzani	163	0.1	11.1	10.0	10.0
San Feliciano	161	0.1	11.8	23.9	23.9
Civile di Acquapendente	160	0.1	10.3	8.7	8.7
Fabia Mater	160	0.1	6.0	6.6	6.6
Nostra Signora della Mercedes	157	0.1	13.4	79.0	79.0
Madonna della Fiducia	156	0.1	7.1	9.0	9.0
Chirurgia Addominale all'Eur	153	0.1	11.5	11.0	11.0
Nuova Itor	148	0.1	12.9	11.9	11.9
Coniugi Bernardini	139	0.1	10.1	7.7	7.7
Assunzione di Maria Santissima	136	0.1	2.8	4.6	4.6
Santissimo Gofalone	133	0.1	9.5	9.0	9.0
I. N. R. C. A.	129	0.1	13.0	10.1	10.1
Civile di Montefiascone	129	0.1	7.1	5.0	5.0
Pasquale Del Prete	118	0.1	11.9	10.1	10.1
Civile di Bracciano	117	0.1	10.7	10.7	10.7
Villa Azzurra	111	0.1	8.1	8.7	8.7
Villa Valeria	104	0.1	5.6	5.9	5.9
San Giovanni Battista	89	0.1	3.0	2.0	2.0
Città di Aprilia	87	0.1	10.7	8.2	8.2
San Luca	74	0.1	16.4	20.3	20.3
Annunziata	72	0.1	4.8	5.7	5.7
Antonio e Carlo Cartoni	72	0.1	13.4	10.5	10.5
Santa Teresa	63	0.1	3.8	7.0	7.0
Villa Luisa	59	0.1	6.1	12.5	12.5
George Eastman	58	0.1	5.6	7.6	7.6
Villa Benedetta	58	0.1	3.3	6.5	6.5
Villa Serena	54	0.0	10.4	7.2	7.2
Villa Aurora	53	0.0	9.7	7.9	7.9
Villa Domelia	49	0.0	12.3	8.1	8.1
Siligato	48	0.0	3.7	3.1	3.1

ISTITUTO	N	%	DEGENZA		ds
			media	ds	
San Raffaele di Velletri (ex M. della Letizia)	45	0.0	15.0	31.1	
Concordia Hospital	41	0.0	4.7	3.3	
San Raffaele Pisana	41	0.0	6.8	4.3	
Valle Giulia	40	0.0	4.2	4.7	
Marzio Marini	37	0.0	11.9	9.8	
Ns. Signora del Sacro Cuore	34	0.0	26.3	25.2	
Villa Stuart	31	0.0	3.7	6.6	
Santo Volto	31	0.0	5.8	11.0	
European Hospital	31	0.0	5.0	9.8	
Villa Europa all'Eur	27	0.0	2.5	4.2	
Life Hospital	26	0.0	21.2	16.1	
Villa dei Pini	23	0.0	20.7	24.0	
Centro Geriatrico Nomentano	20	0.0	131.6	165.2	
Della Croce	19	0.0	9.5	10.4	
Villa Verde	18	0.0	36.1	65.0	
Santa Famiglia	17	0.0	10.5	9.3	
Nuova Clinica Latina	15	0.0	12.9	7.5	
Centro Riabilitazione e Assistenza Nepi	15	0.0	65.6	49.0	
Ancelle del Buon Pastore	14	0.0	25.1	24.7	
Villa delle Querce	11	0.0	139.6	202.3	
Santa Croce	11	0.0	24.6	25.8	
San Giorgio	11	0.0	12.0	8.0	
Villa Immacolata	10	0.0	42.6	36.1	
Francesco Grifoni	9	0.0	13.4	13.0	
Madonna del Tufo	9	0.0	208.1	434.4	
Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	8	0.0	11.0	7.1	
Villa Nina	7	0.0	68.7	116.3	
Villa Maria Immacolata	5	0.0	22.0	16.3	
Regionale Oftalmico	4	0.0	2.3	2.1	
Climatico Santo Volto	4	0.0	37.8	32.6	
In Memoria dei Caduti	4	0.0	14.8	11.5	
Eugenio Morelli	4	0.0	18.5	16.0	
Villa Luana	2	0.0	41.5	50.2	
Villa Giuseppina	1	0.0	21.0	.	
Luigi Spolverini	1	0.0	29.0	.	
Villa Anna Maria	1	0.0	2.0	.	
<b>Totale</b>	<b>123857</b>	<b>100.0</b>	<b>8.4</b>	<b>12.3</b>	

Tumori solidi. Pazienti 2007. Distribuzione per sesso e classe di età



**Tumori solidi. Pazienti 2007. Casi osservati, SHR (rapporto di ospedalizzazione standardizzato per età) e intervallo di confidenza per asi di residenza**

ASL	casi osservati	SHR	IC 95%
RMA	4914	1,065	[1.035677, 1.095464]
RMB	5633	1,062	[1.034645, 1.090312]
RMC	5226	1,054	[1.025962, 1.083338]
RMD	4876	1,083	[1.053054, 1.114088]
RME	5470	1,199	[1.167020, 1.230767]
RMF	2434	1,08	[1.037108, 1.123334]
RMG	3419	0,956	[0.924368, 0.988750]
RMH	3898	0,99	[0.958803, 1.021193]
VT	2380	0,827	[0.793800, 0.860576]
RI	1233	0,803	[0.758593, 0.848874]
LT	3790	0,892	[0.863780, 0.920812]
FR	3490	0,795	[0.768468, 0.821424]

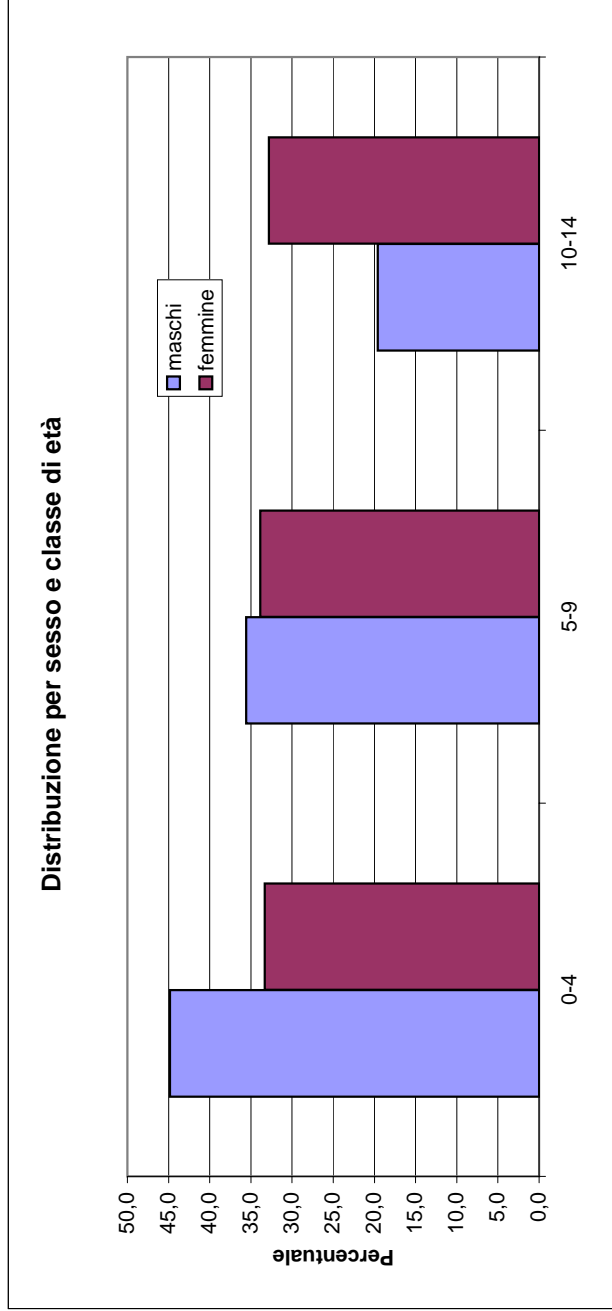
**Tumori solidi. Ricoveri 2007. Numero assoluto, percentuale, degenza media e deviazione standard per istituto**

\*Si riportano per esteso gli istituti che effettuano il 90% dei ricoveri. Seguono altri 88 istituti con massimo 235 ricoveri

ISTITUTO	N	%	DEGENZA	
			media	ds
Policlinico A. Gemelli	8949	12,2	9,6	10,1
Istituti Fisioterapici Ospitalieri	6285	8,6	7,2	8,2
Policlinico Umberto I	4968	6,8	11,5	12,4
San Camillo - Forlanini	4640	6,4	11,0	12,1
Istituto Dermatologico dell'Immacolata	3307	4,5	3,3	2,4
Sant'Andrea	2684	3,7	8,9	9,5
San Giovanni	2283	3,1	12,7	14,1
San Filippo Neri	2146	2,9	11,6	12,6
Tor Vergata	1548	2,1	8,7	11,0
Campus Biomedico	1502	2,1	4,9	6,8
San Giovanni Calibita - FBF	1306	1,8	11,7	12,1
Regina Apostolorum	1303	1,8	9,0	8,0
Belcolle	1236	1,7	10,4	11,4
P.O. Latina Nord	1193	1,6	9,4	10,3
Sant'Eugenio	1181	1,6	12,4	10,7
Bambino Gesù	1119	1,5	3,0	7,6
San Carlo di Nancy	994	1,4	8,2	10,3
Sandro Pertini	977	1,3	11,9	13,5
San Camillo de Lellis	957	1,3	9,3	9,7
San Pietro - Fatebenefratelli	805	1,1	14,5	12,1
Madre Giuseppina Vannini - Figlie di Sai	799	1,1	13,3	13,0
P.O. Santo Spirito	796	1,1	8,9	8,8
Paideia	765	1,1	2,5	5,1
Cristo Re	701	1,0	12,8	29,1
Israelitico	673	0,9	6,9	6,9
Istituto Neurotraumatologico Italiano	670	0,9	7,1	7,2
Umberto I	665	0,9	8,4	10,2
Quisisana	664	0,9	2,5	4,6
Nuovo Regina Margherita	604	0,8	5,5	7,3
Santissima Trinita'	576	0,8	9,2	8,8
Policlinico Casilino	573	0,8	8,7	10,6

ISTITUTO	N	%	DEGENZA	
			media	ds
Ospedali Riuniti Albano-Genzano	535	0,7	9,3	10,7
Centro Traumatologico Ortopedico	499	0,7	11,9	10,8
Parodi Delfino	486	0,7	8,1	7,3
San Paolo	482	0,7	11,2	12,5
Sant'Anna	466	0,6	8,9	9,3
Aurelia Hospital	465	0,6	10,0	11,9
P.O. Latina Sud	443	0,6	8,3	8,7
Ars Medica	435	0,6	4,3	7,8
P.O. Latina Centro	424	0,6	9,2	8,3
San Sebastiano Martire	398	0,5	10,4	12,9
Villa Margherita	383	0,5	5,0	5,7
Villa Tiberia	361	0,5	5,3	5,2
San Giovanni Evangelista	356	0,5	13,4	12,5
Pio XI	350	0,5	5,7	9,3
Giovanni Battista Grassi	337	0,5	15,1	14,2
Civile di Velletri	336	0,5	9,8	9,4
P.O. Anzio-Nettuno	316	0,4	12,3	13,9
San Marco	295	0,4	5,3	6,6
Rome American Hospital	295	0,4	5,2	7,8
San Giacomo	287	0,4	8,4	9,8
Marco Polo	279	0,4	5,8	4,8
San Giuseppe	268	0,4	9,7	9,7
Villa Gioia	245	0,3	5,5	5,0
Guarnieri	244	0,3	6,8	6,7
<b>Totale</b>	<b>73083</b>			

**Tumori solidi. Pazienti 2007 0-14 anni. Distribuzione per sesso e classe di età**



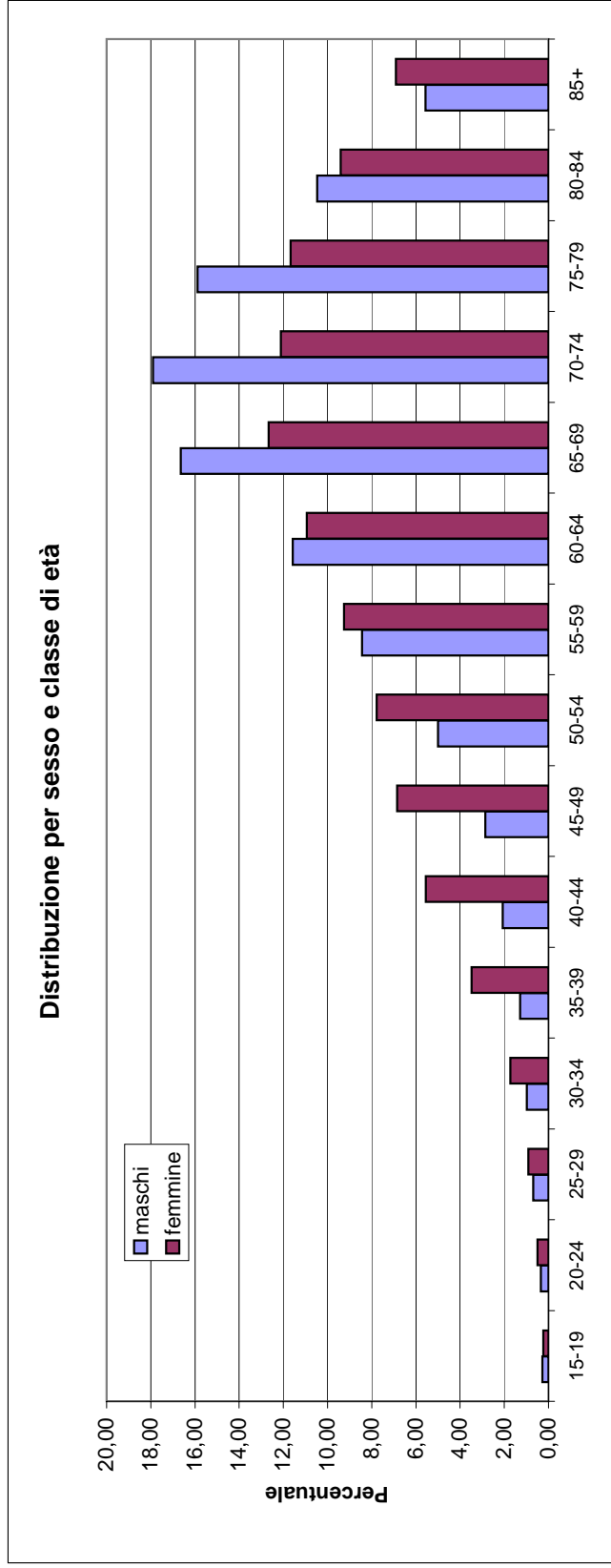
**Tumori solidi. Pazienti 2007 0-14 anni. Casi osservati, SHR e intervallo di confidenza per asi di residenza**

<b>ASL</b>	<b>casi osservati</b>	<b>SHR</b>	<b>IC 95%</b>
RMA	26	1,579	[1.031217, 2.313067]
RMB	26	0,92	[0.600699, 1.347396]
RMC	15	0,736	[0.412204, 1.214718]
RMD	19	0,838	[0.504729, 1.309154]
RME	28	1,367	[0.908104, 1.975136]
RMF	9	0,677	[0.309684, 1.285641]
RMG	14	0,679	[0.371159, 1.139074]
RMH	24	1,025	[0.656687, 1.525004]
VT	16	1,395	[0.797335, 2.265314]
RI	13	2,209	[1.176313, 3.777820]
LT	19	0,8	[0.481745, 1.249539]
FR	18	0,886	[0.525265, 1.400704]

**Tumori solidi. Ricoveri 2007 0-14 anni. Numero assoluto, percentuale, degenza media e deviazione standard per istituto**

ISTITUTO	N	%	DEGENZA	
			media	ds
Bambino Gesù	950	68,8	3,0	8,0
Policlinico A. Gemelli	202	14,6	10,2	13,7
Policlinico Umberto I	169	12,3	6,8	14,3
San Camillo - Forlanini	14	1,0	4,1	3,3
Sant'Eugenio	12	0,9	11,5	18,4
Istituti Fisioterapici Ospitalieri	9	0,7	7,6	9,9
Sant'Andrea	4	0,3	3,0	0,0
Mater Dei	3	0,2	1,0	0,0
San Pietro - Fatebenefratelli	2	0,1	5,0	4,2
Nuova Villa Claudia	2	0,1	4,0	2,8
San Carlo di Nancy	1	0,1	2,0	
San Giacomo	1	0,1	17,0	
P.O. Latina Nord	1	0,1	5,0	
Santissimo Gontalone	1	0,1	1,0	
San Camillo de Lellis	1	0,1	5,0	
Civile di Anagni	1	0,1	0,0	
Tor Vergata	1	0,1	2,0	
Regina Apostolorum	1	0,1	1,0	
San Giuseppe	1	0,1	12,0	
San Giovanni Calibita - FBF	1	0,1	6,0	
Aurelia Hospital	1	0,1	4,0	
Istituto Dermatopatico dell'Immacolata	1	0,1	5,0	
San Filippo Neri	1	0,1	7,0	
<b>Totale</b>	<b>1380</b>	<b>100,0</b>	<b>4,7</b>	<b>10,4</b>

Tumori solidi. Pazienti 2007 >14 anni. Distribuzione per sesso e classe di età



**Tumori solidi. Pazienti 2007 0-14 anni. Casi osservati, SHR e intervallo di confidenza per asi di residenza**

ASL	casi osservati		
	SHR	SHR	IC 95%
RMA	4888	1,063	[1.033820, 1.093664]
RMB	5607	1,063	[1.035321, 1.091158]
RMC	5211	1,056	[1.027234, 1.084766]
RMD	4857	1,085	[1.054304, 1.115534]
RME	5442	1,198	[1.166296, 1.230172]
RMF	2425	1,082	[1.039444, 1.126032]
RMG	3405	0,958	[0.925855, 0.990478]
RMH	3874	0,989	[0.958512, 1.021084]
VT	2364	0,824	[0.791432, 0.858245]
RI	1220	0,797	[0.753231, 0.843381]
LT	3771	0,892	[0.864145, 0.921349]
FR	3472	0,794	[0.767873, 0.820930]

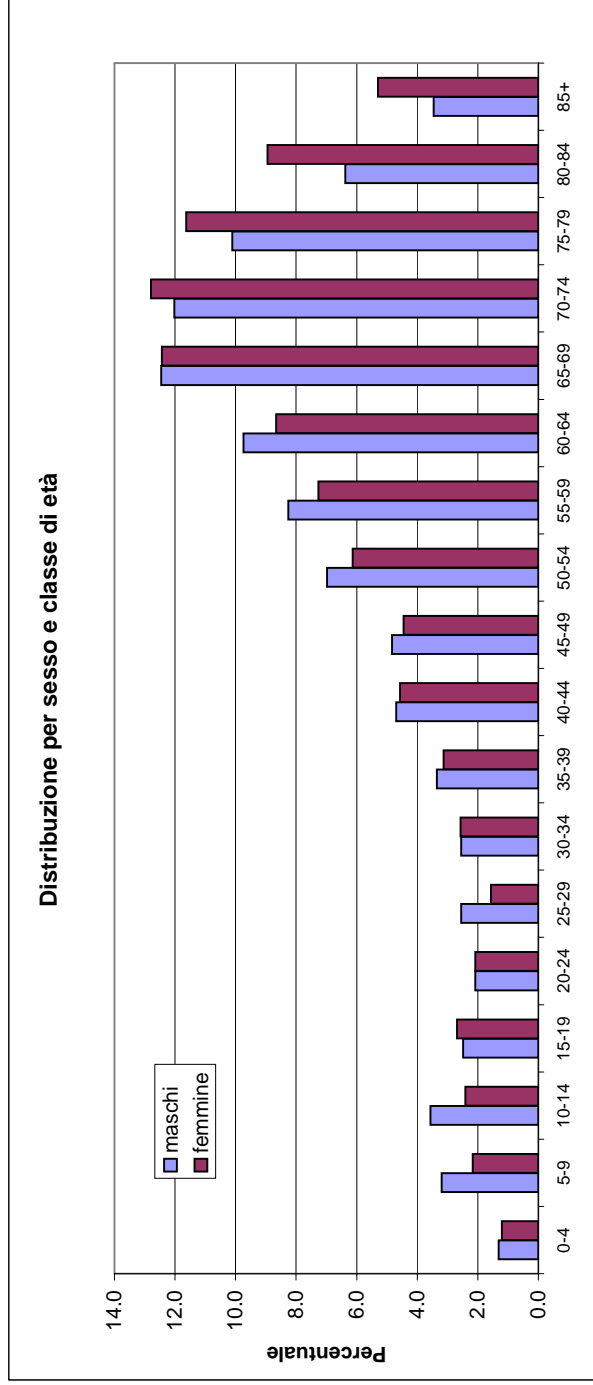
**Tumori solidi. Ricoveri 2007 >14 anni. Numero assoluto, percentuale, degenza media e deviazione standard per istituto**

\*Si riportano per esteso gli istituti che effettuano il 90% dei ricoveri. Seguono altri 88 istituti con massimo 227 ricoveri

ISTITUTO	N	%	DEGENZA	
			media	ds
Policlinico A. Gemelli	8747	12,2	9,6	10,0
Istituti Fisioterapici Ospitalieri	6276	8,8	7,2	8,2
Policlinico Umberto I	4799	6,7	11,7	12,3
San Camillo - Forlanini	4626	6,5	11,1	12,1
Istituto Dermatopatico dell'Immacolata	3306	4,6	3,3	2,4
Sant'Andrea	2680	3,7	8,9	9,5
San Giovanni	2283	3,2	12,7	14,1
San Filippo Neri	2145	3,0	11,6	12,6
Tor Vergata	1547	2,2	8,7	11,0
Campus Biomedico	1502	2,1	4,9	6,8
San Giovanni Calibita - FBF	1305	1,8	11,7	12,1
Regina Apostolorum	1302	1,8	9,0	8,0
Belcolle	1236	1,7	10,4	11,4
P.O. Latina Nord	1192	1,7	9,4	10,4
Sant'Eugenio	1169	1,6	12,4	10,6
San Carlo di Nancy	993	1,4	8,2	10,3
Sandro Pertini	977	1,4	11,9	13,5
San Camillo de Lellis	956	1,3	9,3	9,7
San Pietro - Fatebenefratelli	803	1,1	14,5	12,1
Madre Giuseppina Vannini - Figlie di San Camillo	799	1,1	13,3	13,0
P.O. Santo Spirito	796	1,1	8,9	8,8
Paideia	765	1,1	2,5	5,1
Cristo Re	701	1,0	12,8	29,1
Israelitico	673	0,9	6,9	6,9
Istituto Neurotraumatologico Italiano	670	0,9	7,1	7,2
Umberto I	665	0,9	8,4	10,2
Quisisana	664	0,9	2,5	4,6
Nuovo Regina Margherita	604	0,8	5,5	7,3
Santissima Trinita'	576	0,8	9,2	8,8
Policlinico Casilino	573	0,8	8,7	10,6

ISTITUTO	N	%	DEGENZA	
			media	ds
Ospedali Riuniti Albano-Genzano	535	0,8	9,3	10,7
Centro Traumatologico Ortopedico	499	0,7	11,9	10,8
Parodi Delfino	486	0,7	8,1	7,3
San Paolo	482	0,7	11,2	12,5
Sant'Anna	466	0,7	8,9	9,3
Aurelia Hospital	464	0,7	10,0	11,9
P.O. Latina Sud	443	0,6	8,3	8,7
Ars Medica	435	0,6	4,3	7,8
P.O. Latina Centro	424	0,6	9,2	8,3
San Sebastiano Martire	398	0,6	10,4	12,9
Villa Margherita	383	0,5	5,0	5,7
Villa Tiberia	361	0,5	5,3	5,2
San Giovanni Evangelista	356	0,5	13,4	12,5
Pio XI	350	0,5	5,7	9,3
Giovanni Battista Grassi	337	0,5	15,1	14,2
Civile di Velletri	336	0,5	9,8	9,4
P.O. Anzio-Nettuno	316	0,4	12,3	13,9
San Marco	295	0,4	5,3	6,6
Rome American Hospital	295	0,4	5,2	7,8
San Giacomo	286	0,4	8,4	9,8
Marco Polo	279	0,4	5,8	4,8
San Giuseppe	267	0,4	9,7	9,7
Villa Gioia	245	0,3	5,5	5,0
Guarnieri	244	0,3	6,8	6,7
Nuova Villa Claudia	233	0,3	4,7	4,5
<b>Totale</b>	<b>71703</b>			

Tumori sangue. Pazienti 2007. Distribuzione per sesso e classe di età



**Tumori sangue Pazienti 2007. Casi osservati, SHR (rapporto di ospedalizzazione standardizzato per età) e intervallo di confidenza**  
per asl di residenza

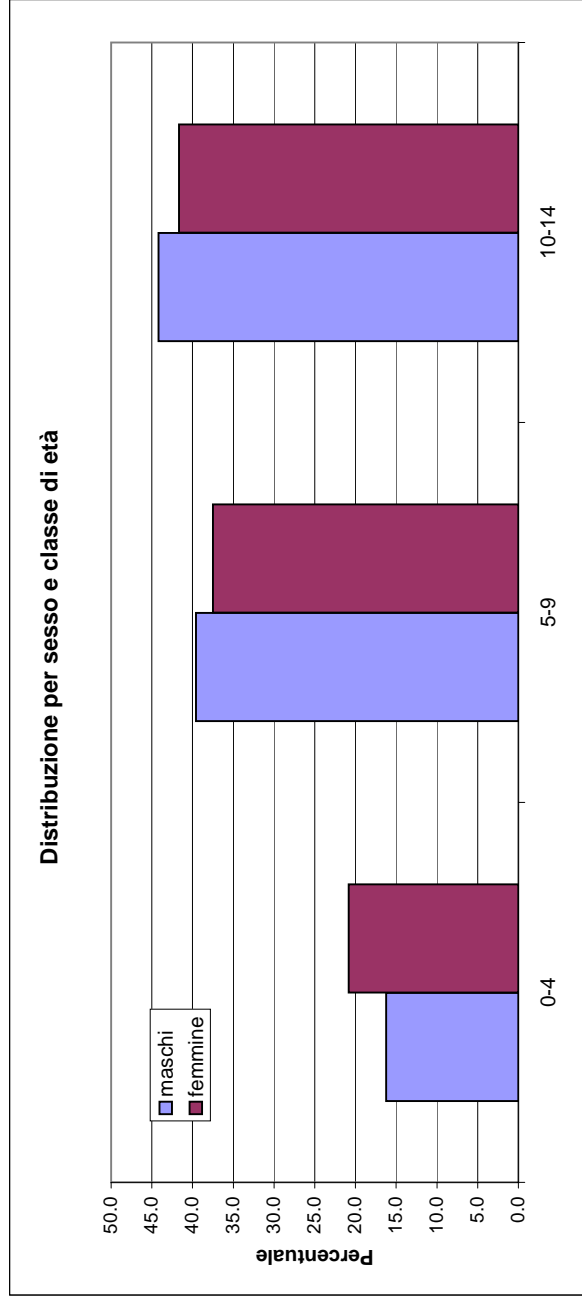
ASL	casi osservati	SHR	IC 95%
RMA	461	1.014	[0.923396, 1.110757]
RMB	637	1.155	[1.066583, 1.247751]
RMC	547	1.105	[1.014644, 1.201980]
RMD	509	1.103	[1.008885, 1.202687]
RME	546	1.187	[1.089106, 1.290392]
RMF	219	0.922	[0.803953, 1.052576]
RMG	303	0.805	[0.717256, 0.901382]
RMH	418	1.004	[0.910075, 1.105055]
VT	305	1.055	[0.940330, 1.180822]
RI	126	0.826	[0.687821, 0.983088]
LT	378	0.845	[0.762058, 0.934759]
FR	343	0.762	[0.683694, 0.847325]

**Tumori sangue. Ricoveri 2007. Numero assoluto, percentuale, degenza media e deviazione standard per istituto**

\*Si riportano per esteso gli istituti che effettuano il 90% dei ricoveri. Seguono altri 92 istituti con massimo 72 ricoveri

ISTITUTO	N	DEGENZA		ds
		%	media	
Polclinico Umberto I	1413	13.9	12.4	17.5
Bambino Gesù	1357	13.3	2.5	8.6
Polclinico A. Gemelli	1077	10.6	10.8	13.1
Tor Vergata	1017	10.0	13.4	16.5
San Camillo - Forlanini	664	6.5	11.1	13.8
Sant'Eugenio	544	5.3	9.7	14.3
Istituti Fisioterapici Ospitalieri	471	4.6	9.3	12.3
San Giovanni	400	3.9	14.0	13.2
Sant'Andrea	307	3.0	8.1	13.7
Istituto Dermatopatico dell'Immacolata	295	2.9	4.3	3.6
Sant'Anna	291	2.9	7.3	8.8
P.O. Latina Nord	232	2.3	11.3	11.0
Umberto I	217	2.1	11.9	13.3
San Filippo Neri	150	1.5	13.0	18.7
Sandro Pertini	135	1.3	14.4	13.4
Campus Biomedico	134	1.3	7.4	6.9
Regina Apostolorum	108	1.1	10.3	8.8
San Camillo de Lellis	104	1.0	10.9	12.5
Belcolle	98	1.0	15.3	21.1
San Giacomo	91	0.9	4.3	6.5
San Giovanni Calibita - FBF	83	0.8	9.9	9.9
<b>Totale</b>	<b>10178</b>			

Tumori sangue. Pazienti 2007 0-14 anni. Distribuzione per sesso e classe di età



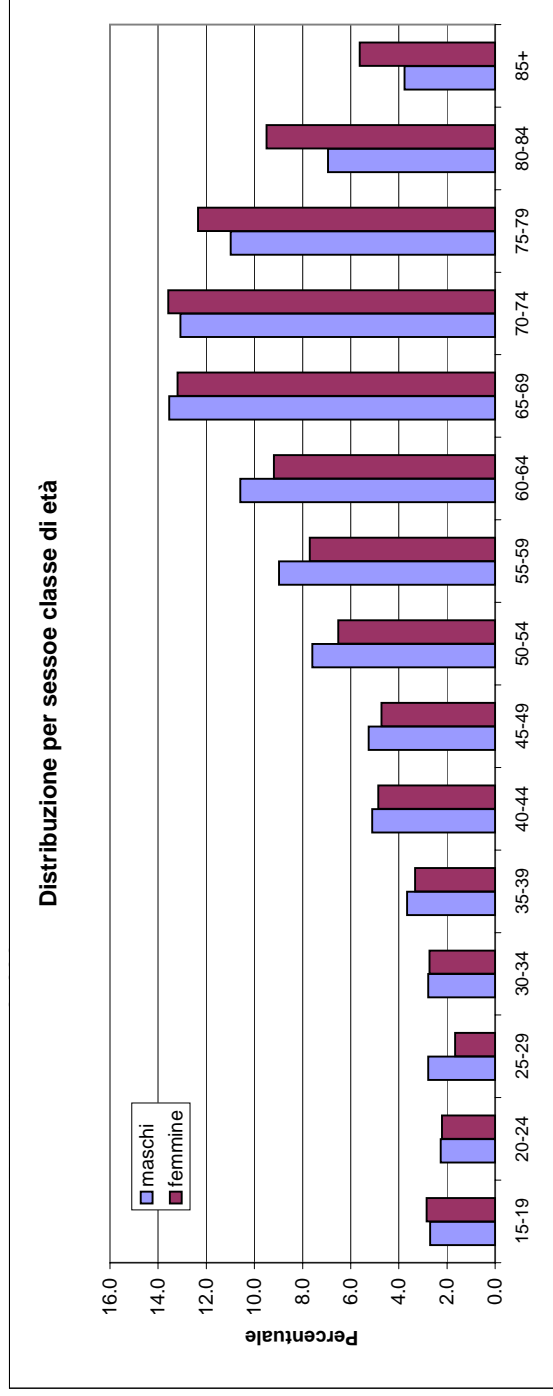
**Tumori sangue Pazienti 2007 0-14. Casi osservati, SHR e intervallo di confidenza per asi di residenza**

ASL	casi osservati	SHR	IC 95%
RMA	16	0.782	[0.447066, 1.270162]
RMC	29	1.15	[0.770263, 1.651785]
RMD	32	1.159	[0.792423, 1.635477]
RME	26	1.026	[0.670505, 1.503973]
RMF	18	1.086	[0.643646, 1.716385]
RMG	21	0.812	[0.502749, 1.241497]
RMH	27	0.929	[0.612298, 1.351826]
VT	15	1.031	[0.577175, 1.700867]
RI	8	1.048	[0.452551, 2.065430]
LT	34	1.124	[0.778628, 1.571133]
FR	24	0.91	[0.583357, 1.354712]

**Tumori sangue. Ricoveri 2007 0-14 anni. Numero assoluto, percentuale, degenza media e deviazione standard per istituto**

ISTITUTO	N	%	DEGENZA	
			media	ds
Bambino Gesù	1112	76.3	2.6	8.9
Policlinico Umberto I	212	14.5	11.2	17.6
Policlinico A. Gemelli	55	3.8	18.3	27.2
Sant'Eugenio	28	1.9	3.4	8.6
San Camillo - Forlanini	28	1.9	8.6	6.7
Tor Vergata	5	0.3	4.2	3.1
P.O. Latina Nord	4	0.3	13.8	17.7
P.O. Latina Sud	2	0.1	1.0	0.0
Istituti Fisioterapici Ospitalieri	2	0.1	4.0	2.8
Sandro Pertini	1	0.1	2.0	
Istituto Dermatopatico dell'Immacolata	1	0.1	2.0	
Sant'Andrea	1	0.1	4.0	
Madonna delle Grazie	1	0.1	9.0	
Umberto I	1	0.1	0.0	
Coniugi Bernardini	1	0.1	3.0	
San Giuseppe	1	0.1	3.0	
San Camillo de Lellis	1	0.1	4.0	
P.O. Latina Centro	1	0.1	1.0	
San Benedetto	1	0.1	2.0	
<b>Totale</b>	<b>1458</b>	<b>100.0</b>	<b>4.6</b>	<b>12.3</b>

Tumori sangue. Pazienti 2007 >14 anni. Distribuzione per sesso e classe di età



**Tumori sangue Pazienti 2007 >14 anni. Casi osservati, SHR e intervallo di confidenza per asi di residenza**

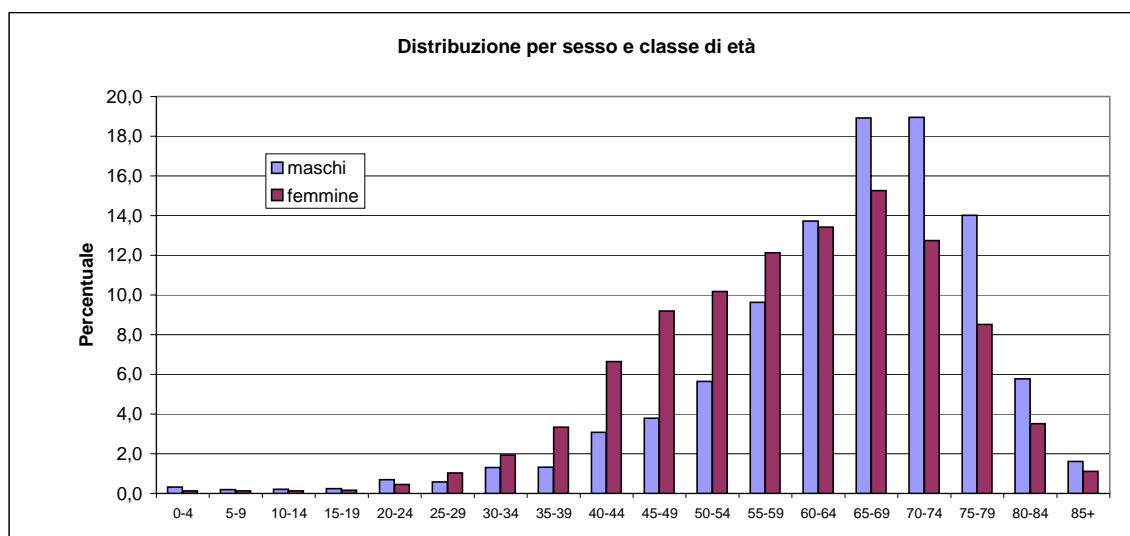
ASL	osservati	SHR	IC 95%
RMA	445	1.025	[0.931693, 1.124477]
RMC	518	1.103	[1.009787, 1.201898]
RMD	477	1.098	[1.002052, 1.201569]
RME	520	1.195	[1.094772, 1.302610]
RMF	201	0.909	[0.787772, 1.043859]
RMG	282	0.805	[0.713699, 0.904551]
RMH	391	1.01	[0.912003, 1.114812]
VT	290	1.057	[0.939147, 1.186317]
RI	118	0.814	[0.673846, 0.974921]
LT	344	0.825	[0.740310, 0.917201]
FR	319	0.754	[0.673220, 0.841076]

**Tumori sangue. Ricoveri 2007 >14 anni. Numero assoluto, percentuale, degenza media e deviazione standard per istituto**

\*Si riportano per esteso gli istituti che effettuano il 90% dei ricoveri. Seguono altri 90 istituti con massimo 52 ricoveri

ISTITUTO	N	DEGENZA		
		%	media	ds
Polclinico	1201	13.8	12.6	17.5
Polclinico .	1022	11.7	10.4	11.8
Tor Vergat	1012	11.6	13.4	16.5
San Camill	636	7.3	11.2	14.0
Sant'Euger	516	5.9	10.0	14.5
Istituti Fistic	469	5.4	9.3	12.4
San Gioval	400	4.6	14.0	13.2
Sant'Andre	306	3.5	8.1	13.7
Istituto Der	294	3.4	4.3	3.6
Sant'Anna	291	3.3	7.3	8.8
Bambino G	245	2.8	2.2	7.3
P.O. Latine	228	2.6	11.3	10.9
Umberto I	216	2.5	11.9	13.3
San Filippc	150	1.7	13.0	18.7
Sandro Pe	134	1.5	14.5	13.4
Campus Bi	134	1.5	7.4	6.9
Regina Apr	108	1.2	10.3	8.8
San Camill	103	1.2	10.9	12.5
Belcolle	98	1.1	15.3	21.1
San Giacoi	91	1.0	4.3	6.5
San Gioval	83	1.0	9.9	9.9
Villa del Rc	72	0.8	9.0	12.5
San Pietro	59	0.7	8.1	9.7

Radioterapia e chemioterapia. Pazienti 2007. Distribuzione per sesso e classe di età



Radioterapia e chemioterapia. Pazienti 2007. Casi osservati, SHR (rapporto di ospedalizzazione standardizzato per età) e intervallo di confidenza per asi di residenza

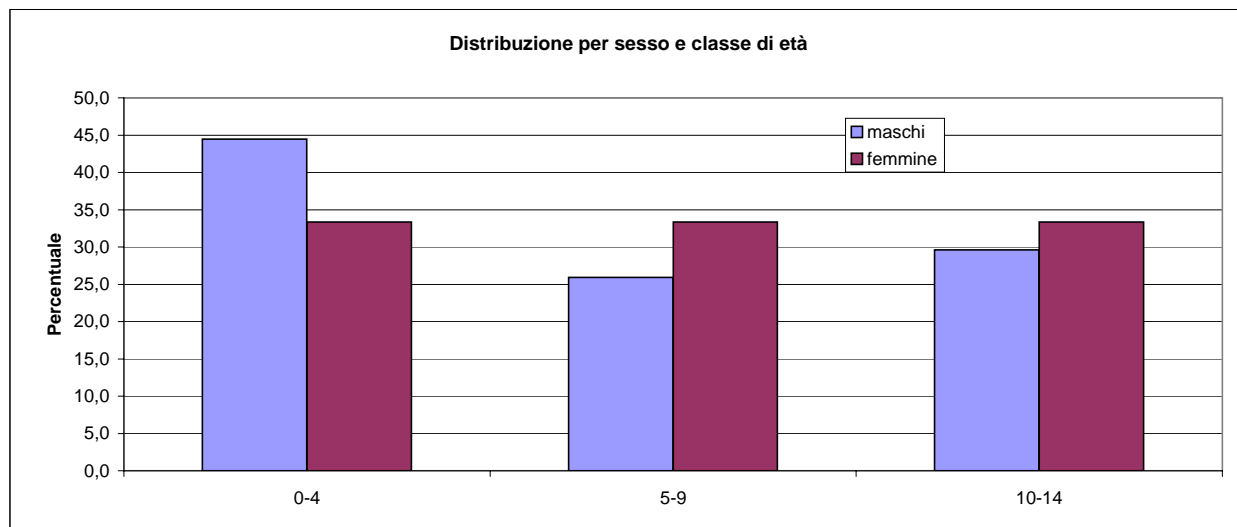
ASL	casi osservati	SHR	IC 95%
RMA	835	1,097	[1.024089, 1.174280]
RMB	1164	1,267	[1.195664, 1.342396]
RMC	860	1,041	[0.972817, 1.113237]
RMD	768	0,99	[0.921110, 1.062447]
RME	835	1,088	[1.015862, 1.164847]
RMF	344	0,877	[0.786836, 0.974843]
RMG	646	1,05	[0.970383, 1.133954]
RMH	659	0,959	[0.887122, 1.035044]
VT	457	0,957	[0.871596, 1.049303]
RI	163	0,653	[0.556806, 0.761580]
LT	585	0,799	[0.735651, 0.866562]
FR	617	0,844	[0.778777, 0.913384]

Radioterapia (3197) e chemioterapia (37399). Ricoveri 2007. Numero assoluto, percentuale, degenza media e deviazione standard per istituto

\*Si riportano per esteso gli istituti che effettuano il 90% dei ricoveri. Seguono altri 38 istituti con massimo 342 ricoveri

ISTITUTO	N	%	DEGENZA	
			media	ds
Policlinico A. Gemelli	6965	17,2	6,0	7,4
Bambino Gesù	3510	8,7	1,7	2,0
Istituti Fisioterapici Ospitalieri	3205	7,9	6,3	7,0
Policlinico Umberto I	2909	7,2	7,9	8,1
San Pietro - Fatebenefratelli	1916	4,7	3,7	3,5
Campus Biomedico	1850	4,6	6,2	9,3
Istituto Dermatologico dell'Immacolata	1725	4,3	3,9	4,1
San Camillo - Forlanini	1405	3,5	13,4	11,9
Sant'Eugenio	1381	3,4	8,7	9,3
Sant'Andrea	1290	3,2	5,8	7,3
Tor Vergata	1143	2,8	8,4	17,5
Villa Margherita	1131	2,8	0,3	1,3
San Filippo Neri	980	2,4	8,5	14,3
Marco Polo	901	2,2	7,8	9,5
P.O. Latina Nord	804	2,0	12,1	10,9
Belcolle	761	1,9	6,4	5,7
San Giovanni	756	1,9	7,1	6,3
San Giovanni Calibita - FBF	753	1,9	10,0	9,0
Sandro Pertini	599	1,5	13,3	11,9
Santissima Trinita'	550	1,4	7,8	6,6
Istituto Neurotraumatologico Italiano	534	1,3	12,8	11,8
Regina Apostolorum	529	1,3	6,7	5,3
San Giacomo	392	1,0	5,4	7,3
Umberto I	387	1,0	8,6	7,3
Madre Giuseppina Vannini - Figlie di San Camillo	382	0,9	10,4	8,4
<b>Totale</b>	<b>40596</b>			

Radioterapia e chemioterapia. Pazienti 2007 0-14 anni. Distribuzione per sesso e classe di età



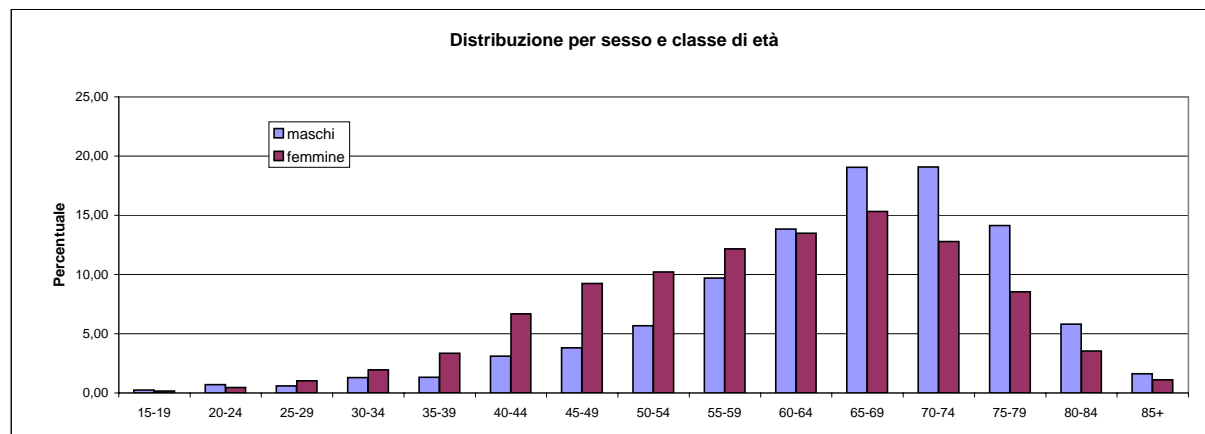
Radioterapia e chemioterapia. Pazienti 2007 0-14 anni. Casi osservati, SHR e intervallo di confidenza per asl di residenza

ASL	casi osservati	SHR	IC 95%
RMA	3	1,217	[0.250879, 3.555239]
RMB	2	0,473	[0.057229, 1.707055]
RMC	2	0,658	[0.079743, 2.378586]
RMD	4	1,188	[0.323642, 3.041298]
RME	3	0,98	[0.202165, 2.864898]
RMF	1	0,504	[0.012768, 2.809828]
RMG	6	1,941	[0.712473, 4.225687]
RMH	3	0,857	[0.176737, 2.504565]
VT	2	1,16	[0.140518, 4.191404]
RI	3	3,37	[0.695069, 9.849896]
LT	2	0,56	[0.067807, 2.022581]
FR	3	0,975	[0.201071, 2.849403]

Radioterapia (623) e chemioterapia (3158) Ricoveri 2007 0-14 anni. Numero assoluto, percentuale, degenza media e deviazione standard per istituto

ISTITUTO	N	%	DEGENZA	
			media	ds
Bambino Gesù	3195	84,5	1,7	2,0
Policlinico A. Gemelli	376	9,9	6,7	8,6
Policlinico Umberto I	168	4,4	5,8	5,1
Sant'Eugenio	21	0,6	25,6	24,1
Istituti Fisioterapici Ospitalieri	8	0,2	10,9	5,7
P.O. Latina Nord	4	0,1	9,3	10,0
Tor Vergata	3	0,1	1,7	0,6
San Camillo - Forlanini	2	0,1	18,5	3,5
Villa Margherita	1	0,0	0,0	.
San Giacomo	1	0,0	1,0	.
Civile di Tarquinia	1	0,0	2,0	.
San Filippo Neri	1	0,0	10,0	.
Totale	3781	100,0	2,5	4,6

Radioterapia e chemioterapia. Pazienti 2007 >14 anni. Distribuzione per sesso e classe di età



Radioterapia e chemioterapia. Pazienti 2007 >14 anni. Casi osservati, SHR e intervallo di confidenza per asi di residenza

ASL	casi osservati	SHR	IC 95%
RMA	832	1,097	[1.023613, 1.174027]
RMB	1162	1,271	[1.199068, 1.346352]
RMC	858	1,043	[0.974136, 1.114922]
RMD	764	0,989	[0.920315, 1.061930]
RME	832	1,089	[1.016284, 1.165620]
RMF	343	0,879	[0.788575, 0.977307]
RMG	640	1,045	[0.965852, 1.129490]
RMH	656	0,959	[0.887467, 1.035814]
VT	455	0,956	[0.870595, 1.048530]
RI	160	0,643	[0.547616, 0.751245]
LT	583	0,8	[0.736518, 0.867830]
FR	614	0,843	[0.777871, 0.912680]

Radioterapia (2574) e chemioterapia (34241). Ricoveri 2007 >14 anni. Numero assoluto, percentuale, degenza

\*Si riportano per esteso gli istituti che effettuano il 90% dei ricoveri. Seguono altri 37 istituti con massimo 307 ricoveri media e deviazione standard per istituto

ISTITUTO	N	%	DEGENZA	
			media	ds
Policlinico A. Gemelli	6589	17,9	6,0	7,3
Istituti Fisioterapici Ospitalieri	3197	8,7	6,3	7,0
Policlinico Umberto I	2741	7,5	8,1	8,2
San Pietro - Fatebenefratelli	1916	5,2	3,7	3,5
Campus Biomedico	1850	5,0	6,2	9,3
Istituto Dermatologico dell'Immacolata	1725	4,7	3,9	4,1
San Camillo - Forlanini	1403	3,8	13,4	11,9
Sant'Eugenio	1360	3,7	8,5	8,6
Sant'Andrea	1290	3,5	5,8	7,3
Tor Vergata	1140	3,1	8,4	17,5
Villa Margherita	1130	3,1	0,3	1,3
San Filippo Neri	979	2,7	8,5	14,3
Marco Polo	901	2,5	7,8	9,5
P.O. Latina Nord	800	2,2	12,2	10,9
Belcolle	761	2,1	6,4	5,7
San Giovanni	756	2,1	7,1	6,3
San Giovanni Calibita - FBF	753	2,1	10,0	9,0
Sandro Pertini	599	1,6	13,3	11,9
Santissima Trinita'	550	1,5	7,8	6,6
Istituto Neurotraumatologico Italiano	534	1,5	12,8	11,8
Regina Apostolorum	529	1,4	6,7	5,3
San Giacomo	391	1,1	5,4	7,3
Umberto I	387	1,1	8,6	7,3
Madre Giuseppina Vannini - Figlie di San Camillo	382	1,0	10,4	8,4
Ospedali Riuniti Albano-Genzano	342	0,9	10,0	9,7
Bambino Gesù	315	0,9	1,6	2,6
<b>Totale</b>	<b>36815</b>			

## **Allegato 3**

# **Indicatori vari attività dei Servizi in Oncologia**



Ricoveri ordinari per DRG chirurgico con diagnosi principale di tumore maligno

Ricoveri ordinari per DRG chirurgico con diagnosi principale di tumore maligno. Anno 2006, onere SSN

<b>Codice</b>	<b>Denominazione</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>% cum</b>
2	Civile di Acquapendente	59	0.2	0.2
3	Andosilla	76	0.2	0.4
4	Civile di Montefiascone	56	0.2	0.6
6	Sant'Anna	4	0.0	0.6
7	Civile di Tarquinia	80	0.3	0.9
19	San Camillo de Lellis	379	1.2	2.1
20	Marzio Marini	16	0.1	2.2
26	P.O. Santo Spirito	350	1.1	3.3
27	San Giacomo	157	0.5	3.8
30	Regionale Oftalmico	1	0.0	3.8
34	George Eastman	46	0.2	3.9
37	Nuovo Regina Margherita	407	1.3	5.3
43	P.O. Anzio-Nettuno	154	0.5	5.7
44	P.O. Albano-Genzano	348	1.1	6.9
45	San Paolo	69	0.2	7.1
46	Parodi Delfino	186	0.6	7.7
47	San Sebastiano Martire	150	0.5	8.2
48	San Giuseppe	99	0.3	8.5
49	Santissimo Gonfalone	64	0.2	8.7
51	Coniugi Bernardini	65	0.2	8.9
52	Angelucci	47	0.2	9.1
53	San Giovanni Evangelista	132	0.4	9.5
54	Civile Paolo Colombo	174	0.6	10.0
55	Luigi Spolverini	1	0.0	10.0
58	Centro Traumatologico Ortopedico	298	1.0	11.0
59	Padre Pio	32	0.1	11.1
61	Giovanni Battista Grassi	168	0.5	11.6
62	Santissimo Salvatore	32	0.1	11.7
64	Antonio e Carlo Cartoni	6	0.0	11.8
65	Centro Paraplegici Ostia	4	0.0	11.8
66	Sant'Eugenio	883	2.8	14.6
70	Regina Apostolorum	467	1.5	16.1
71	San Pietro - Fatebenefratelli	495	1.6	17.7
72	San Giovanni Calibita - FBF	765	2.5	20.2
73	San Carlo di Nancy	497	1.6	21.8
74	Cristo Re	397	1.3	23.0
75	Israelitico	76	0.2	23.3
76	Madre Giuseppina Vannini - Figlie di San Camillo	445	1.4	24.7
83	Villa Valeria	40	0.1	24.9
84	Villa Tiberia	197	0.6	25.5
89	Nuova Clinica Latina	19	0.1	25.5
96	Madonna delle Grazie	67	0.2	25.8
97	Villa Aurora	28	0.1	25.9

Ricoveri ordinari per DRG chirurgico con diagnosi principale di tumore maligno

<b>Codice</b>	<b>Denominazione</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>% cum</b>
99	Life Hospital	29	0.1	25.9
103	P.O.I. Portuense	166	0.5	26.5
113	Villa Pia	120	0.4	26.9
115	Santa Famiglia	29	0.1	27.0
116	San Luca	33	0.1	27.1
126	San Giuseppe	23	0.1	27.1
132	Guarnieri	137	0.4	27.6
134	Sant'Anna	82	0.3	27.8
140	Siligato	31	0.1	27.9
143	Concordia Hospital	5	0.0	28.0
155	Chirurgia Addominale all'Eur	100	0.3	28.3
157	Fabia Mater	105	0.3	28.6
159	Nuova Villa Claudia	171	0.6	29.2
163	San Feliciano	72	0.2	29.4
165	Policlinico Casilino	222	0.7	30.1
166	Nuova Itor	59	0.2	30.3
169	Annunziatella	17	0.1	30.4
176	Istituto Neurotraumatologico Italiano	34	0.1	30.5
180	Aurelia Hospital	114	0.4	30.8
200	P.O. Latina Nord	591	1.9	32.7
204	P.O. Latina Centro	147	0.5	33.2
206	P.O. Latina Sud	131	0.4	33.6
209	Casa del Sole	68	0.2	33.8
211	Villa Azzurra	38	0.1	34.0
213	San Marco	102	0.3	34.3
215	Città di Aprilia	50	0.2	34.5
216	Umberto I	322	1.0	35.5
217	San Benedetto	82	0.3	35.8
218	Civile di Anagni	102	0.3	36.1
225	Pasquale Del Prete	47	0.2	36.2
226	Santissima Trinita'	193	0.6	36.9
228	Gemma de Bosis	86	0.3	37.1
230	Sant'Anna	83	0.3	37.4
234	Villa Gioia	77	0.3	37.6
235	Villa Serena	5	0.0	37.7
236	Santa Teresa	10	0.0	37.7
267	Sandro Pertini	515	1.7	39.4
271	Belcolle	548	1.8	41.1
901	San Camillo - Forlanini	1,747	5.6	46.7
902	San Giovanni	1,284	4.1	50.9
903	San Filippo Neri	980	3.2	54.0
904	Bambino Gesù	140	0.5	54.5
905	Policlinico A. Gemelli	3,348	10.8	65.2
906	Policlinico Umberto I	2,876	9.3	74.5
908	Istituti Fisioterapici Ospitalieri	3,182	10.2	84.7
911	Istituto Dermatopatico dell'Immacolata	2,085	6.7	91.4
915	Campus Biomedico	626	2.0	93.4
918	Lazzaro Spallanzani	1	0.0	93.4
919	Sant'Andrea	1,386	4.5	97.9
920	Tor Vergata	654	2.1	100.0
	<b>Totale</b>	<b>31,091</b>	<b>100</b>	

Numero di prestazioni ambulatoriali di Pet, risonanza magnetica e TAC. Per struttura ambulatoriale di erogazione. Anno 2006, onere SSN.

Denominazione struttura	Tipo di prestazione			Totale
	PET	RMN	TAC	
POL. S. MARTINO BATTAGLIA			15	15
POL. MELONE			3	3
POL. OSP. S. GIACOMO		2,464	381	2,845
POL. OSP. NUOVO REGINA MARGHERITA			941	941
CASA DI CURA VILLA DOMELIA SRL		17,001		17,001
POL. TAGLIAMENTO			17	17
POL. FABRIANO			10	10
POL. OSP. G. EASTMAN			666	666
POL. LAMPEDUSA			28	28
POL. ROVANI			14	14
POL. OSP. FATEBENEFRAPELLI		8,221	6,302	14,523
MARULLO STUDIO RADIOLOGICO SRL			244	244
BIOS S.P.A.			136	136
BROCCHIERI SRL			2	2
VILLA VALERIA POLIAMBULAT.			24	24
TIZIANO CONSULTORIO SRL			12	12
NOVA MEDICA SRL			1	1
RX NOMENTANA DR. CARVELLI S.N.C.			2	2
STUDIO POLISP. NOMETANO			296	296
MEDICAL HOUSE VIGNE NUOVE SRL		7,579		7,579
MEDICAL COVER			6	6
GEMINI MEDICAL CENTER			9	9
MONTECERVIALTO RADIOL. SRL			32	32
PAVIA RADIOLOGICA			1	1
STUDIO RADIOLOGICO MARULLO S.R.L.			424	424
OSPEDALE PERTINI		2,343	5,549	7,892
POLICLINICO CASILINO		18,789	5,296	24,085
BRESADOLA			55	55
ANTISTIO			57	57
POLIAMBULATORIO CASAL BERTONE			80	80
CARTAGINE			35	35
SOC.DOLOMITI (NUOVA ITOR)			1	1
CASA DI CURA GUARNIERI SPA			23	23
RA.CI.RADIODIAG.CINECITTA' SNC			8	8
RX SONIC			5	5
RAD.DI CARLO E G.PAROLA SRL			41	41
RMX RADIOLOGIA MEDICA s.r.l.			23	23
RAD.COLLI ANIENE SRL			40	40
ARCIDIACONO SRL			54	54
ST.RADIOLOGICO PANTARAY			31	31
RADIOL.CASILINO			26	26
ST. RADIOL. MINERVA SRL			52	52
ST.RAD DELTA RX			32	32
RAD.ANICIO GALLO SRL			53	53
RADIOL.GUERRISI			13	13
DIAGNOSTICA BASIL			1	1
OSPEDALE S. EUGENIO		332	565	897
OSPEDALE C.T.O. A. ALESINI		764	1,368	2,132
AMBULATORIO 'DONZELLA'			53	53
AMBULATORIO 'TEMPESTA'			1	1
AMBULATORIO 'PRENESTINA'			10	10
TRIGORIA '80 SRL			109	109
STUDIO RADIOLOGICO SPINACETO			4	4
ALEMAR IMM. DIAG. SRL			10	10
NAMUR S.R.L.		5,939	57	5,996
POLISPECIALISTICA CAVE SRL		5,699	38	5,737
CEDILAB SRL			1	1
POLIAMBULATORIO ST. DIAGNOSTICO AMELIA			8	8
RAD. DIAG. CLINICA SRL			11	11
RAD. DIOTALLEVI SRL			142	142
VE.DI. RADIOLOGICA SRL			5	5
C.D.C. M. MISERICORDIAE			1	1
OSPEDALE MADRE GIUSEPPINA VANNINI		4,534	6,370	10,904
C.D.C. NUOVA CLINICA LATINA		15,385		15,385
C.D.C. VILLA ANNA MARIA SRL			2	2
ST. MED. SP. COLOMBO SRL		7,519	26	7,545
CENTRO DIAGNOSTICO S.P.A.		92		92
POLIAMBULATORIO 'G.B. GRASSI'		4,284	4,946	9,230
POLIAMBULATORIO CPO			17	17
POLIAMBULATORIO PAOLINI			38	38
POLIAMBULATORIO ACILIA			8	8

Denominazione struttura	PET	RMN	TAC	Totale
POLIAMBULATORIO FIUMICINO			4	4
STUDIO RADIOLOGICO FISIOTERAPICO "CASALPALOCCO" S.A.S. - CARPINE			2	2
STUDIO RADIOLOGICO FISIOTERAPICO "CASALPALOCCO" S.A.S. - MACEDONE			2	2
ECORAD S.R.L.			8	8
STUDIO DI RADIOLOGIA E DI ROENTGENTERAPIA LIDO DI OSTIA S.R.L.		15,218	24	15,242
MARILAB S.r.l.		13,444	2	13,446
VILLA DEL LIDO S.R.L.			2	2
CENTRO DIAGNOSTICA" LIDO" S.R.L.			91	91
STUDIO RADIOLOGICO DR. DI STEFANO A. S.N.C			4	4
RADIOLOGIA FIUMICINO S.R.L.			4	4
AXA MEDICA s.r.l.		11,585		11,585
POLIAMBULATORIO REVOLTELLA			5	5
POLIAMBULATORIO S.G.BATTISTA			1,527	1,527
POLIAMBULATORIO ISRAELITICO			4,481	4,481
VILLA SANDRA		3,521		3,521
RAPONI G.I.P.A.C. S.R.L.			4	4
FI.RA.L. S.R.L.			41	41
CLINITALIA S.R.L.			3	3
C.C.CITTA' DI ROMA			6	6
PIZZO E SALVATORI SNC			3	3
SOCIETA RADIOLOGICA GIANICOLENSE S.R.L.			82	82
PANORAMICA VILLA PIA S.R.L.			2	2
POLIAMBULATORIO POI PORTUENSE		1,324	437	1,761
ARS MEDICA			2	2
RADIOLOGICA ROMANA		20,809		20,809
OSP. CRISTO RE		7,940	5,152	13,092
ST. RADIOLOGICO MONTE MARIO SRL			73	73
OSP. S. PIETRO		2,186	2,434	4,620
NUOVA VILLA CLAUDIA		8,585		8,585
DELLA VITTORIA			28	28
S. TOMMASO D'AQUINO			19	19
TOR DI QUINTO			19	19
S.MARIA DELLA PIETA'			18	18
OSPEDALE OFTALMICO		76	1,953	2,029
OSPEDALE S. SPIRITO		2,032	1,540	3,572
U.S.I.		42,510	5	42,515
GABINETTO RADIOLOGICO CANITANO			2	2
VILLA AURORA			1	1
S. FELICIANO			2	2
DATA MEDICA			25	25
OSP. S. CARLO DI NANCY			2	2
ST. RAD. MAURIZI ENRICI SRL			14	14
VILLA CHIARA			77	77
POLIAMB. OSP. S. PAOLO			589	589
CLINICA SILIGATO			57	57
SALUS CIVITAVECCHIA			105	105
CENTRO DIAGNOSTICO BRAMANTE		9,421		9,421
BIOMEDICA			6	6
STUDIO RADIODIAGNOSTICO S.R.L.			20	20
POLIAMB. OSPEDALE BRACCIANO			492	492
C.D. SABATINO			69	69
S.R. FASANELLI			14	14
S.D. TIBERINO			10	10
VILLA LUANA		10,062		10,062
AMBULATORIO OSPED. MONTEROTONDO			313	313
LINEA MEDICA S.R.L.		15,963	7	15,970
STUDIO MEDICO POLISPEC.VILLANOVA S.R.L.			22	22
STUDIO RADIOLOGICO GUIDONIA S.R.L.		7,775	14	7,789
AMBULATORIO OSPEDALE PALOMBARA			5	5
AMBULATORIO OSPEDALE TIVOLI			841	841
AMBULATORIO OSPEDALE SUBIACO			328	328
AMBULATORIO OSPEDALE ZAGAROLO			11	11
AMBULATORIO OSPEDALE COLLEFERRO			929	929
EIDOS DIAGNOSTICA MEDICA S.R.L..		15,194		15,194
CENTRO RADIODIAGNOSTICO PROF.F.GIANCOTTI			25	25
OSPEDALE 'E.DE SANTIS' GENZANO			2	2
OSPEDALI RIUNITI ANZIO/NETTUNO			2,629	2,629
OSPEDALE 'S.GIUSEPPE' ALBANO		2,627	755	3,382
OSPEDALE'S.SEBASTIANO'FRASCATI			2,229	2,229
OSPEDALE 'SAN GIUSEPPE' MARINO			1,576	1,576
AMBUL. DISTRETTUALE EX BARBERINI NETTUNO			1	1
OSPEDALE CIVILE VELLETRI			1,447	1,447
OSPEDALE 'CARTONI'ROCCA PRIORA			7	7
POLIAMBULATORIO ALBANO LAZIALE			2	2

Denominazione struttura	PET	RMN	TAC	Totale
CORILAB S.R.L.			2	2
I.N.I		6,425	6	6,431
C.DI CURA MADONNA DELLE GRAZIE		9,836	106	9,942
CLINICA VILLA NINA S.R.L.			8	8
C.DI CURA S. ANNA SRL			20	20
OSPEDALE 'REGINA APOSTOLORUM'			5,509	5,509
MERINVEST SRL 'VILLA DEI PINI'		15,657	196	15,853
OSPEDALE DI RONCIGLIONE			3	3
OSPEDALE DI C.CASTELLANA			3,493	3,493
OSPEDALE DI ORTE			20	20
DIST.DI MONTEFIASCO		1,792		1,792
AMB.DISTRETTUALE DI NEPI		568	58	626
RADIOLOGICO QUADRANI			16	16
AMB.OSP.ACQUAPEDENTE			2,921	2,921
AMB.OSP.DI MONTEFIASCONE			7	7
CASA DI CURA SALUS			104	104
CASA DI C.S.TERESA DEL B.			2	2
OSPEDALE DI BELCOLLE		5,272	7,834	13,106
POLIAMB.OSP. DI TARQUINIA		1,051	2,618	3,669
POLIAMB.DI VITERBO			39	39
STUDIO RADIOLOGICO LUTEMADUE			57	57
P.O. RIETI		3,448	4,815	8,263
P.O. AMATRICE			533	533
P.O. MAGLIANO SABINA			650	650
POLIAMBULATORIO POGGIO MIRTETO			26	26
CASA DI CURA CITTA'DI APRILIA			3	3
RADIODIAGNOSTICA SA.NA			5	5
CENTRO SA.NA. SERVIZI SANITARI PRIVATI S.R.L.		8,021		8,021
POLIAMB.POLISPECIALIST.CISTERNA			19	19
POLIAMBULATORIO CORI			4	4
POLIAMBULATORIO FONDI			3	3
CE.R.TE.F. - GALENO SRL			4	4
POLIAMBULAT.OSPEDALIERO FORMIA			2,694	2,694
CASA DEL SOLE CL.POL.T.COSTA			1	1
HERMES SRL C.DIAG.MEDICO			6	6
POLIAMBULATORIO GAETA			8	8
POLIAMBULATORIO B.GO SABOTINO			2	2
POLIAMB. OSPEDALIERO LATINA		1,354	1,196	2,550
G.I.O.M.I. SPA ICOT LATINA		5,323	2,591	7,914
CLINICHE MODERNE SRL			100	100
CE.RA.PO. SRL			26	26
DR. IZZO GIUSEPPE			36	36
POLIAMBULATORIO MINTURNO			2	2
LA MERIDIANA			23	23
POLIAMB. OSPEDALIERO PRIVERNO			10	10
POLIAMB.OSPEDALIERO SEZZE			1	1
POLIAMBULATORIO TERRACINA		1	1,406	1,407
CASA DI CURA VILLA AZZURRA SRL			102	102
PRESIDIO OSP.GEMMA DE BOSIS - CASSINO		1	2,092	2,093
POLIAMB.EXTRAOSPEDALIERO - CASSINO			46	46
PRESIDIO OSPEDALIERO ANAGNI			809	809
PRESIDIO OSP. SAN BENEDETTO - ALATRI			2,918	2,918
PRESIDIO OSPEDALIERO - FERENTINO			24	24
PRESIDIO OSP.UMBERTO I - FROSINONE		1,308	1,533	2,841
POLIAMB.EXTRAOSPEDALIERO - FROSINONE			78	78
PRES.OSP.S.MARIA DELLA PIETA' - CECCANO			22	22
PRESIDIO OSP.S.S.TRINITA' - SORA			4,460	4,460
POLIAMB.EXTRAOSPEDALIERO - ATINA			2	2
PRES.OSP.P. DEL PRETE - PONTECORVO			903	903
CENTRO MEDICO FIGEBO SRL - CASSINO		13,741	4	13,745
CASA DI CURA VILLA SERENA - CASSINO			3	3
CASA DI CURA S.ANNA S.R.L - CASSINO			12	12
LAB.CHIMICO DEL CASSINATE SRL		8,488		8,488
RADIOLOGIA DIAGNOSTICA S.R.L.			9	9
CENTRO RAD.GIA S.ANTONIO SRL - CASSINO			324	324
FRA.SI.MA S.R.L - PONTECORVO			24	24

<b>Denominazione struttura</b>	PET	RMN	TAC	Totale
CENTRO MEDICO POLISP. ADITERM SRL		10,017		10,017
AZ. OSP. SAN CAMILLO/FORLANINI		7,622	15,563	23,185
AZIENDA OSPED. S.GIOV./ADDOLORATA		6,520	10,695	17,215
S. FILIPPO NERI		570	1,273	1,843
S. ANDREA			211	211
SALUS INFIRMORUM			6	6
POLIAMBULATORI BAMBINO GESU'		3,558	1,005	4,563
POL.UNIV. A. GEMELLI	3,917	4,158	16,857	24,932
COLUMBUS			1,472	1,472
POL.UNIV. UMBERTO I		6,984	9,790	16,774
I.F.O. S. GALLICANO		63	1,309	1,372
I.F.O. REGINA ELENA		2,344	10,334	12,678
I.R.C.C.S. S. LUCIA		3,246	1,479	4,725
IRCCS SAN RAFFAELE		19,460	3,800	23,260
I.D.I.		5,860	6,496	12,356
I.N.R.C.A.			27	27
CAMPUS BIOMEDICO		2,352	4,526	6,878
I.R.C.C.S. L. SPALLANZANI		771	1,221	1,992
AZIENDA OSPEDALIERA S.ANDREA	309	7,543	7,604	15,456
POLICLINICO TOR VERGATA	2,612	14,306	48,477	65,395
<b>TOTALE</b>	<b>6,838</b>	<b>468,877</b>	<b>258,129</b>	<b>733,844</b>

## **Allegato 4**

**Postiletto di Oncologia, Ematologia,  
Oncoematologia, Radioterapia,  
Medicina Nucleare**



## L'OFFERTA ATTUALE DI SERVIZI DI RICOVERO OSPEDALIERO

Riepilogo posti letto di Oncologia per istituto al 31/12/2006:

64	ONCOLOGIA	Oncologia					
Asl	Azi	Nome	tipo	OrdAccr SSN	OrdAccr LibPro	DhAccr SSN	DhAccr LibPro
101	RMA	San Giovanni Calibita - FBF	Classificato	10	0	16	0
101	RMA	Marco Polo	Convenzionato	8	0	0	0
102	RMB	Sandro Pertini	Presidio Ospedaliero	6	0	10	0
103	RMC	Sant'Eugenio	Presidio Ospedaliero	0	0	8	0
104	RMD	Israelitico	Classificato	8	0	3	0
105	RME	San Pietro - Fatebenefratelli	Classificato	18	1	3	0
107	RMG	Parodi Delfino	Presidio Ospedaliero	0	0	4	0
107	RMG	San Giovanni Evangelista	Presidio Ospedaliero	0	0	4	0
107	RMG	Santissimo Salvatore	Presidio Ospedaliero	0	0	2	0
108	RMH	P.O. Anzio-Nettuno	Presidio Ospedaliero	0	0	6	0
108	RMH	P.O. Albano-Genzano	Presidio Ospedaliero	0	0	7	0
108	RMH	San Sebastiano Martire	Presidio Ospedaliero	0	0	6	0
108	RMH	Regina Apostolorum	Classificato	19	0	6	0
108	RMH	Istituto Neurotraumatologico Italiano	Convenzionato	10	0	5	0
109	Viterbo	Andosilla	Presidio Ospedaliero	0	0	4	0
109	Viterbo	Civile di Montefiascone	Presidio Ospedaliero	0	0	4	0
109	Viterbo	Civile di Tarquinia	Presidio Ospedaliero	0	0	2	0
109	Viterbo	Belcolle	Presidio Ospedaliero	11	0	8	0
110	Rieti	San Camillo de Lellis	Presidio Ospedaliero	3	0	12	0
111	Latina	P.O. Latina Nord	Presidio Ospedaliero	18	0	8	0
111	Latina	P.O. Latina Centro	Presidio Ospedaliero	0	0	4	0
111	Latina	P.O. Latina Sud	Presidio Ospedaliero	0	0	4	0
112	Frosinone	Umberto I	Presidio Ospedaliero	0	0	5	0
112	Frosinone	Civile di Anagni	Presidio Ospedaliero	0	0	4	0
112	Frosinone	Santissima Trinità	Presidio Ospedaliero	12	0	8	0
901	San Camillo-Forlanini	San Camillo-Forlanini	Azienda Ospedaliera	60	0	40	0
902	San Giovanni	San Giovanni	Azienda Ospedaliera	28	0	11	0
903	San Filippo Neri	San Filippo Neri	Azienda Ospedaliera	42	0	25	0
904	Bambino Gesù	Bambino Gesù	IRCCS	15	0	8	0
905	Policlinico A. Gemelli	Policlinico A. Gemelli	Policlinico Universitario	43	0	16	0
906	Policlinico Umberto I	Policlinico Umberto I	Policlinico Universitario	0	0	14	0
908	Istituti Fisioterapici Ospitalieri	Istituti Fisioterapici Ospitalieri	IRCCS	61	0	24	0
911	Istituto Dermatopatico dell'Immacolata	Istituto Dermatopatico dell'Immacolata	IRCCS	27	0	3	0
912	I. N. R. C. A.	I. N. R. C. A.	IRCCS	0	0	4	0
915	Campus Biomedico	Campus Biomedico	Policlinico Universitario	8	0	12	0
919	Sant'Andrea	Sant'Andrea	Azienda Ospedaliera	8	0	6	0
920	Tor Vergata	Tor Vergata	Policlinico Universitario	0	0	2	0
				415	1	308	0

**Riepilogo posti letto di Ematologia per istituto al 31/12/2006:**

18	EMATOLOGIA	Medicina generale					
Asl	Azi	Nome	tipo	OrdAccr SSN	OrdAccr LibPro	DhAccr SSN	DhAccr LibPro
102	RMB	Sandro Pertini	Presidio Ospedaliero	0	0	9	0
103	RMC	Centro Traumat. Ortop.	Presidio Ospedaliero	0	0	2	0
103	RMC	Sant'Eugenio	Presidio Ospedaliero	8	0	0	0
108	RMH	San Sebastiano Martire	Presidio Ospedaliero	0	0	2	0
108	RMH	Civile Paolo Colombo	Presidio Ospedaliero	0	0	2	0
109	Viterbo	Civile di Montefiascone	Presidio Ospedaliero	8	0	7	0
109	Viterbo	Belcolle	Presidio Ospedaliero	0	0	4	0
111	Latina	P.O. Latina Nord	Presidio Ospedaliero	12	0	5	0
112	Frosinone	Umberto I	Presidio Ospedaliero	10	0	4	0
901	San Camillo- Forlanini	San Camillo-Forlanini	Azienda Ospedaliera	0	0	2	0
902	San Giovanni	San Giovanni	Azienda Ospedaliera	20	0	6	0
903	San Filippo Neri	San Filippo Neri	Azienda Ospedaliera	0	0	2	0
904	Bambino Gesù	Bambino Gesù	IRCCS	18	1	8	0
905	Policlinico A. Gemelli	Policlinico A. Gemelli	Policlinico Universitario	29	0	7	0
906	Policlinico Umberto I	Policlinico Umberto I	Policlinico Universitario	53	0	12	0
908	IFO	IFO	IRCCS	8	0	2	0
919	Sant'Andrea	Sant'Andrea	Azienda Ospedaliera	8	0	5	0
			TOTALE	174	1	79	0

**Riepilogo posti letto di Oncoematologia per istituto al 31/12/2006:**

66	ONCOEMATOLOGIA	Oncologia					
Asl	Azi	Nome	tipo	OrdAccr SSN	OrdAccr LibPro	DhAccr SSN	DhAccr LibPro
901	San Camillo-Forlanini	San Camillo-Forlanini	Azienda Ospedaliera	28	0	8	0
920	Tor Vergata	Tor Vergata	Policlinico Universitario	32	0	10	0
				60	0	18	0

**Riepilogo posti letto di Radioterapia e radioterapia Oncologica per istituto al 31/12/2006:**

70 74	<b>RADIOTERAPIA RADIOT. ONCOLOG.</b>	<b>Oncologia</b>					
<b>Asl</b>	<b>Azi</b>	<b>Nome</b>	<b>tipo</b>	<b>OrdAccr SSN</b>	<b>OrdAccr LibPro</b>	<b>DhAccr SSN</b>	<b>DhAccr LibPro</b>
101	RMA	Marco Polo	Convenzionato	40	0	0	0
901	San Camillo-Forlanini	San Camillo-Forlanini	Azienda Ospedaliera	0	0	3	0
905	Policlinico A. Gemelli	Policlinico A. Gemelli	Policlinico Universitario	62	0	9	0
906	Policlinico Umberto I	Policlinico Umberto I	Policlinico Universitario	19	0	8	0
902	San Giovanni	San Giovanni	Azienda Ospedaliera	0	0	26	0
908	Istituti Fisioterapici Ospitalieri	Istituti Fisioterapici Ospitalieri	IRCCS	0	0	4	0
				<i>121</i>	<i>0</i>	<i>50</i>	<i>0</i>

**Riepilogo posti letto di Medicina Nucleare per istituto al 31/12/2005:**

61	<b>MEDICINA NUCLEARE</b>	<b>Acuti</b>	<b>Oncologia</b>				
<b>Asl</b>	<b>Azi</b>	<b>Nome</b>	<b>tipo</b>	<b>OrdAccr SSN</b>	<b>OrdAccr LibPro</b>	<b>DhAccr SSN</b>	<b>DhAccrL ibPro</b>
101	RMA	Marco Polo	Convenzionato	2	0	0	0
103	RMC	Sant'Eugenio	Presidio Ospedaliero	5	0	0	0
111	Latina	P.O. Latina Nord	Presidio Ospedaliero	2	0	0	0
908	Istituti Fisioterapici Ospitalieri	Istituti Fisioterapici Ospitalieri	IRCCS	8	0	0	0
				<i>17</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>



## **Allegato 5**

**Strutture di Oncologia Medica e  
censimento provvisorio  
Servizi di Anatomia Patologica**



## **STRUTTURE DI ONCOLOGIA MEDICA – CENSIMENTO AIOM**

Nella tabella allegata, vengono descritte le strutture di Oncologia medica che hanno inviato dati in relazione ad un censimento effettuato dall'Associazione italiana di Oncologia Medica (coordinamento regionale). Non sono pervenuti i dati relativi al Policlinico Sant'Andrea e al Policlinico Tor Vergata. Infatti tali dati, non sono stati, ancorché richiesti, prodotti, al gruppo di lavoro dall'ASP e dall'assessorato alla sanità della Regione Lazio.

Dalla tabella si desume quanto segue:

1. La distribuzione di adeguate strutture di degenza ordinaria nell'ambito delle divisioni o servizi di oncologia medica è molto disomogenea, infatti esse mancano completamente, anche in importanti aziende sanitarie o policlinici universitari (Policlinico Umberto I). e sono invece presenti in strutture private accreditate (IDI, INI, Regina Apostolorum) ove peraltro l'organico di medici specialisti strutturati è spesso scarso ed addirittura sono assenti le figure di apicalità. Queste carenze non possono non riflettersi in gravi criticità sulla qualità dell'assistenza oncologica nella nostra regione e devono essere adeguatamente corrette.
2. E' invece confortante che quasi tutte le strutture ospedaliere si siano dotate di servizi centralizzati per la preparazione di farmaci antitumorali.

**Strutture di Oncologia Medica: dotazione personale, spazi, attività assistenziali (dati AIOM regionale).**

	SPAZI DEDICATI							Posti/letto					Persone					Visite/mese		Ricoveri/mese			Terapie effettuate/mese				
	Studi medici	stanze degenza ordinaria	stanze dh	ambulatorio	personale	segreteria	sala d'attesa	degenza ordinaria	DH	ambulatorio	strutturati	contrattisti	specializzandi	infermieri	ausiliari	amministrativi	prime visite	follow-up	ric ordinario	DH	Ordinario	DH	Ordinario	DH	Ambulatorio	UMACA	
Oncologia Medica "A" IRE	6	13	8	2	4	1	1	26	9	9	11	4	2	18	3	1	130	856	117	370	312	360	350		360	350	si
Oncologia Medica "B" IRE						2		26	9		8			19												si	
Oncologia Medica "C" IRE	4	7	5	1	3	1	3	13	6	6	5	4	2	13	2		40	350	35	200	5	240	360		240	360	si
Policlinico Gemelli	3	26	7	5	3	1	2	26	2	12	6	8	20	24	4	1	1200	2300	100	100	150	700				UFA	
San Filippo Neri	3	6	15	4	2	1	2	22	16	4	14	2	0	23	2	0	70	550	60	90	50	320	20				
Campus Biomedico	si	8	3	3	3	1	3	16	30	200	3	4	10	6	3	2	50	150	120	600	80	400				si	
Regina Apostolorum	3	7	2	2	3	1	1	17	8	2	6			15	4	centralizzati	50	250	70		60	300	100			si	
Fatebenefratelli, Isola Tiberina	1	8	4	4	1	2	1	13	16		7	1		19	2	4	75	120	50		30	450	150			si	
Policlinico Militare CELIO	3	5	1	1	1	1	1	10	6	1	4	2	1	9	1	1	10	65	12	15	15	120	15	135		135	
Centro Oncologico "Ettore Conti" di Terracina e Gaeta	3	0	6	2	2	no	2	0	8	8	2	2	2	9	1	0	65	420	0	20	0	250	350			si	
Ospedali Civili Albano, Anzio, Frascati (ASL ROMA H)	7	0	7	3	6	3	3	0	19	3	8	1	1	19	3	3	50	550	0	46	0	422					

	SPAZI DEDICATI							Posti/letto			Persone					Visite/mese		Ricoveri/mese		Terapie effettuate/mese				
	Studi medici	stanze degenza ordinaria	stanze dh	ambulatorio	personale	segreteria	sala d'attesa	degenza ordinaria	DH	ambulatorio	strutturati	contrattisti	specializzandi	infermieri	ausiliari	amministrativi	prime visite	follow-up	ric ordinario	DH	Ordinario	DH	ambulatorio	UMACA
Ospedale SM Goretti Latina	6	6	2	2	4	1	3	18	7	2	4	4	0	16	4	0	60	300	25	25	20	200	0	No
Ospedale Civile Umberto I FROSINONE	5	5 (sora)	9	9	5	1	5	13	21	6	1	1	22	5		1000	9500	50	750	?	710	150	No	
La Sapienza Polo Pontino	2		5	2	2	1	3	0	16		2	2	7	3		25-30	15-20	0	50-60		45-50		SI	
Ospedale San Camillo-Forlanini	6	4	4	2	3	0	1	13	14		8	2	21	1	1	60	280	33	41	56	500	60	si	
Ospedale Sandro Pertini	6	2	8	1	2	1	3	6/10	10	20	6	1	1	17	5	1	700	2000	22-25	800	4/5	450	0	si
Policlinico Umberto I Oncologia B	3	0	5	5	1	1	2	0	2	12	4	1	12	13	6	1	40-45	350	0	40	400	20	si	
INI Grottaferrata	3	14	5	1	2	1	2	25	10		4	0	2	16+2	5	50	70-80	300	300	20	400		si	
Ospedale Belcolle Viterbo	3	5	2	1	2	1	1	14	10	3	6	1	0	22	3	1	90	400	25	650	100	600	0	si
IDI IV divisione	4	18	3	1	6	1	4	30	6	0	4	3	23	5	1	50	300	160	290	100	250	20	si	
Ospedale Sant'Eugenio	1	2	2	2	1	1	1	6	6	2	7	1	2	10	1	43	368	7	397	7	328	39	si	
Ospedale San Pietro Fatebenefratelli	3	5	2	3	1	0	2	16	6		4	0	8	2	0	110	210	80	400	5	300	40	si	

**CENSIMENTO PROVVISORIO SERVIZI DI ANATOMIA PATOLOGICA**

ANATOMIA PATOLOGICA	VOLUMI DI ATTIVITA'						MEDICI
	ISTOLOGIA	CITOLOGIA	Citologia vaginale	Citologia non vaginale	AUTOPSIE	AMBULATORIO AGOASPIRATI	
Ospedale S.Andrea	11.000	12.000	8.000	4.000	32	si	12
Policlinico Umberto I°	28.793	16.900	10.900	6.000	380	si	21
La Sapienza "P.Pontino	1.568	129	0	129	0	no	3
Policlinico Tor Vergata							
Policlinico Gemelli	20.563	15.546	7.326	8.130	125	si	8+2
Campus Biomedico	5.698	2.362	1.208	1.154	0	no	5
Ospedale Bambin Gesù							
Ospedale S.Camillo	5.981	6.285	10.736	3.875	98	si	3
Ospedale Forlanini	15497*	5.462	0	5.447	219	no	6
Ospedale Spallanzani	1.345	1.309	209	1.100	32	si	1
Ospedale S.Giovanni	11.134	20.934	14.495	6.439	176	si	7
Ospedale S.Filippo	13.384	9.177	4.053	5.124	155	no	6
Ospedale S.Eugenio	9.823	1.215	0	1.215	217	no	7
Ospedale S.Giacomo	9.543	16.536	14.603	1.653	30	no	5
Ospedale S.Spirito	6.105	1.504	604	900	72	no	3
Ospedale Pertini							
Ospedale CTO	<a href="#">3.043</a>	2.203	0	2.203	30	si	2
IFO	10.535	17.406	12.211	5.195	12	si	9
IDI							
Ospedale S.Carlo	12.000	3.555	3.086	469	0	si	3
Ospedale Cristo Re							
Ospedale Fatebenefratelli	20.592	11.540	7.180	4.360	0	si	3+3
Ospedale Regina Apostolorum	5.340	4.820	740	4.080	1	si (ricov)	4*
Ospedale di Tivoli							
Ospedale di Ostia	4.210		11.137	1.447	44	no	4
Ospedale di Viterbo	13.900	18.900	16.400	2.500		si	6
Ospedale di Latina	10.060	5.427	3.216	2.011		no	6
Ospedale di Rieti	7.322	9.624	7.915	1.709	62	si	7
Ospedale di Marino	13.300	14.200	11.000	3.200	110	no	6
Ospedale di Frosinone	12.156	8.880	6.278	2.602	30	no	9
		*casi con più numeri					
<b>TOTALI</b>	237.395	205.914			1.825		131

**CENSIMENTO PROVVISORIO SERVIZI DI ANATOMIA PATOLOGICA (segue)**

ANATOMIA PATOLOGICA	METODICHE E TECNOLOGIE					
	ISTOCHEMICA		IMMUNOISTOCHEMICA			CITOLOGIA SU STRATO SOTTILE
	c.speciali	Enzimatica	automatica	manuale	casi anno	
Ospedale S.Andrea	si	si	si	si	3.000	si
Policlinico Umberto I°	si	si		si	26.196	
La Sapienza "P.Pontino	si	no			200	no
Policlinico Tor Vergata						
Policlinico Gemelli	si	no	si	si	40.000	si
Campus Biomedico	si	no	si		3.750	no
Ospedale Bambin Gesù						
Ospedale S.Camillo	si	no	si		3.133	no
Ospedale Forlanini	si 2063	no	si		14.653	si
Ospedale Spallanzani	si 797	no	si	si	950	no
Ospedale S.Giovanni	si	no	si		8.475	si
Ospedale S.Filippo	si	si	si			no
Ospedale S.Eugenio	si	no	si	si	1.128	si
Ospedale S.Giacomo	si	si	si		6.600	no
Ospedale S.Spirito	si	si		si	1.798	no
Ospedale Pertini						
Ospedale CTO	si	no	no	no		no
IFO	si	si	si		1.674	si
IDI						
Ospedale S.Carlo	si	no	si	si	400	si
Ospedale Cristo Re						
Ospedale Fatebenefratelli	si	no	si			si
Ospedale Regina Apostolorum	si	si	no	si	800	no
Ospedale di Tivoli						
Ospedale di Ostia	si	no	si		999	si
Ospedale di Viterbo	si	no	si		6.000	no
Ospedale di Latina	si	si	si		2.400	no
Ospedale di Rieti	si	si	si		1.000	no
Ospedale di Marino	si	si	si			si
Ospedale di Frosinone	si	si	si	si	800	no

**CENSIMENTO PROVVISORIO SERVIZI DI ANATOMIA PATOLOGICA (segue)**

ANATOMIA PATOLOGICA	METODICHE E TECNOLOGIE					
	DIAGNOSTICA MOLECOLARE	CITOGENETICA		MICROSCOPIA ELETTRONICA	CITOFLUO RIMETRIA	TRASMISSIONE IMMAGINI
			casi/anno			
Ospedale S.Andrea	si/752	si	95	si	si	no
Policlinico Umberto I°	si		53	si	no	si (Nikon)
La Sapienza "P.Pontino	no			si	no	no
Policlinico Tor Vergata						
Policlinico Gemelli	si	si- FISH	130	no	no	no
Campus Biomedico	no	no		no	no	no
Ospedale Bambin Gesù						
Ospedale S. Camillo	no	si	66	no	no	no
Ospedale Forlanini	si(FISH-seq.DNA)si	si	406	no	si 288	si jpeg +mail
Ospedale Spallanzani	si	no		si	si	no
Ospedale S.Giovanni	no	si	691	no	no	no
Ospedale S.Filippo	no	si- FISH	90	no	no	si(EUREKA)
Ospedale S.Eugenio	no	no		no	no	no
Ospedale S. Giacomo	si (FISH)	si	1.981	no	no	si(EUREKA)
Ospedale S.Spirito	no	no		no	no	no
Ospedale Pertini						
Ospedale CTO	no	no		no	no	no
IFO	si	si	123	no	no	si(Olympus)
IDI						
Ospedale S. Carlo	si(CISH) 50	no		no	no	no
Ospedale Cristo Re						
Ospedale Fatebenefratelli	si	si		si	si	si
Ospedale Regina Apostolorum	si (PCR)	si	84	no	no	no
Ospedale di Tivoli						
Ospedale di Ostia	no	no	no	no	no	si
Ospedale di Viterbo	si	si		no	no	no
Ospedale di Latina	no	no		no	no	no
Ospedale di Rieti	no	no		no	no	si (Nikon)
Ospedale di Marino	si	no		no	no	si
Ospedale di Frosinone	no	no		no	no	no

**Allegato 6**

**Psico-Oncologia**



## PSICO-ONCOLOGIA

### Stato dell'arte dei Servizi di Psiconcologia nella Regione Lazio.

La complessità della patologia oncologica richiede l'integrazione all'interno della cura di tutte le sue componenti "bio-psico-sociali" per poter rispondere ai bisogni dei pazienti, dei familiari e degli operatori oncologici.

La presenza di psico-oncologi che lavorano a stretto contatto con le altre professionalità mediche permette di prevenire, curare e riabilitare il disagio psicosociale nelle diverse fasi di malattia e rappresenta un punto di forza per tutte le strutture che si occupano di pazienti oncologici.

I principali obiettivi dell'intervento psicologico in ambito oncologico possono essere individuati in quattro punti fondamentali:

- 1) favorire il processo adattamento dei pazienti e dei familiari alla "crisi" causata dalla malattia;
- 2) rilevare e curare il distress dei pazienti, dei familiari e dell'équipe di cura;
- 3) rilevare e migliorare le aree della Qualità di Vita (QoL) impattate dalla malattia e dai suoi trattamenti mediante approcci multidimensionali basati sulle evidenze
- 4) promuovere il cambiamento di stili di vita a rischio per la salute, sia in ambito di prevenzione primaria che secondaria
- 5) promuovere la formazione psicologica permanente di tutti gli operatori sanitari che lavorano in ambito oncologico. La formazione psicologica degli operatori appare lo strumento di elezione per promuovere una reale umanizzazione delle cure, per migliorare la qualità dei Servizi erogati dalle strutture e per prevenire e alleviare il burn-out degli operatori. Ha come obiettivo una formazione alla relazione di aiuto e al lavoro in equipè per tutti gli operatori e una formazione all'acquisizione di nuovi modelli di intervento psicologico per psicologi, psicoterapeuti e psichiatri. Una siffatta formazione deve prevedere l'acquisizione di conoscenze teoriche e l'elaborazione dei contenuti emotivi legati all'attività assistenziale attraverso la consapevolezza di se stessi e della propria emozionalità, l'attenzione al proprio mondo interno, alla risonanza emotiva suscitata dalla relazione con l'altro.

Le fasi principali nel percorso di cura in cui Linee guida nazionali ed internazionali (Linee guida SIPO, e Line guida sul distress del NCCN) ritengono come particolarmente indicato un intervento dello psico-oncologo sono la fase diagnostica e dei trattamenti medici, la fase della recidiva, il follow-up e la fase avanzata e terminale di malattia.

Esiste oggi un'ampia letteratura sulla prevalenza del distress nei pazienti con cancro. Alcuni studi hanno evidenziato la prevalenza del distress nella *fase della comunicazione della diagnosi* diversa per sito di malattia e che varia dal 43% nel cancro del polmone al 30% nei tumori ginecologici (Zabora, 2001). Il distress in questa fase di malattia è prevalentemente correlato alle angosce rappresentate dalla paura di morire, dalla perdita della propria integrità corporea, dalla prognosi della malattia, dalla brusca interruzione del proprio progetto esistenziale (Biondi, Costantini, Grassi 1995 *La mente e il cancro*, Il pensiero Scientifico editore). *Durante i trattamenti medici*, la percentuale di distress psicologico si attesta intorno al 45% ed è principalmente correlato alla paura degli effetti collaterali e della loro durata, delle valutazioni diagnostiche e dei loro risultati (Annunziata, 2006). Nella *fase di follow-up* la prevalenza di distress relativa ai diversi siti di malattia presenta un *range* che varia dal 25% al 46% (Deimlig, 2006). Le principali problematiche

psicosociali responsabili dell'innalzamento dei livelli di distress in questa fase sono: la paura di ripresa della malattia, il confronto con la persistenza degli esiti dei trattamenti medici (fatigue, disturbi cognitivi, problematiche sessuali, *cluster* sintomatico della menopausa indotta, fertilità, problematiche a carico dell'immagine corporea, del funzionamento di coppia, sociale, lavorativo, del tempo libero).

In *fase avanzata di malattia*, il distress rivela una percentuale che varia dal 42% al 75% (Pajne e Massie, 2000; Biondi, Grassi, Costantini, 2003). Le principali problematiche per l'incidenza del distress nella fase avanzata di malattia sono rappresentate dalla perdita della speranza di guarire e dal confronto con una limitata aspettativa di vita. Nella *fase terminale* di malattia i livelli di distress riconoscono un ampio range che varia dal 12% al 58% (Miovic, 2007; Breithbart, 2000).

Negli oncologi è stata stimata una presenza di sintomi inquadabili nel burnout del 30% (Barni, 1996; Whippen, 2004), negli infermieri del 35% (Quattrin, 2006).

E' stato sottolineato come il cancro può essere considerato una "malattia della famiglia" per le risonanze e le conseguenze sui ruoli e le dinamiche quando un membro di essa si ammala. E' stato anche dimostrato che il buon adattamento alla malattia del paziente aiuta anche i familiari ad adattarsi e viceversa (Grassi, Biondi, Costantini 2003 manuale pratico di psiconcologia, Il pensiero scientifico ed 2003). A seconda delle varie fasi di malattia i familiari dei pazienti oncologici mostrano livelli di distress che variano dal 20% al 71% (Bambauer, 2006; Akechi, 2006; Kissane, 2006). Nonostante gli elevati livelli di distress dei pazienti, dei familiari e degli operatori oncologici, rilevati dagli studi della letteratura e dall'esperienza clinica degli operatori che, da anni operano in oncologia, la rilevazione del distress non viene, di fatto, considerata parte della routine clinica in maniera standardizzata (Passik; 1998. Solnerr; 2001. Keòlner; 2004) e i bisogni dei pazienti e dei familiari vengono spesso non riconosciuti.

Anche quando riconosciuti, l'invio ai servizi specialistici per una valutazione psicosociale risulta assai scarso, in particolare in Italia, specialmente nei contesti dove non sono presenti servizi specifici di psiconcologia (Grassi; 2000). Tale situazione è particolarmente grave perché sempre più alta è la consapevolezza della sofferenza causata dal distress e quindi la richiesta di aiuto.

Possono essere esemplificative del bisogno di assistenza psiconcologica due realtà consolidate nella Regione Lazio: la SSD di psicologia presso l'Istituto Regina Elena e l'UOD Psiconcologia presso l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, Università La Sapienza.

Presso la SSD di Psicologia è documentabile un aumento della richiesta di aiuto psicologico dall'istituzione del Servizio risalente al 2002. In cinque anni, le prestazioni hanno registrato un aumento superiore al 40% con un trend continuo di incremento e la maggior parte delle richieste (> 80%) derivano dai pazienti stessi. A tale proposito, è significativo sottolineare come esista proprio nei pazienti una aumentata capacità di individuare il proprio bisogno, il grado di sofferenza che esso determina nel proprio benessere, farsene portavoce agli operatori e ricercare attivamente modalità di risposta di aiuto più confacenti ad essi. Nell'ultimo anno, i pazienti ed i familiari dell'Istituto Regina Elena si sono fatti portavoce agli psicologi di richieste per gli interventi di gruppo mirati ai disturbi cognitivi delle donne sottoposte a chemioterapia, alle problematiche fisiche e psicosociali della menopausa indotta dai trattamenti nelle donne giovani, alla problematica della perdita della fertilità, alle problematiche psicosociali dei familiari dei pazienti oncologici. Inoltre, l'istituzionalizzazione dell'invio al Servizio di Psicologia delle pazienti K mammella in fase di preospedalizzazione, ha registrato un rifiuto delle pazienti alla valutazione psicologica non superiore al 5%.

Lo stesso canale istituzionale ha inoltre evidenziato la soddisfazione degli operatori per l'aderenza dei pazienti ai regimi terapeutici e, nei pazienti, una migliore accettazione degli stessi e dei loro effetti collaterali. Le prestazioni della UOD Psiconcologia dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea hanno mostrato una tendenza simile, con trend crescente dal 2004 al 2005 e un ulteriore incremento documentato nei report aziendali dal 2006 al 2007 del 150% sia delle prestazioni ambulatoriali che delle consulenze per interni a testimoniare la crescente richiesta di aiuto specialistico in tale area sanitaria.

L'importanza di rispondere al distress in oncologia è riconosciuta in molti paesi. Negli USA e in Canada è stata attivata ed estesa rapidamente ad altri paesi una campagna in cui la valutazione del disagio psichico e delle diverse preoccupazioni ed aree problematiche del paziente vengono oggi considerate degli indicatori di qualità e completezza dell'assistenza ai pazienti in oncologia, sia sul versante clinico che su quello organizzativo all'interno dei percorsi di accreditamento delle strutture (Karlson e Bulsz, 2003). Su tali basi, il National Comprehensive Cancer Network (NCCN) ha stabilito, a partire dal 1997, linee guida specifiche che includono l'assessment e la gestione del distress in oncologia, di cui recentemente è stata pubblicata la sesta edizione (NCCN, 2007).

In queste linee guida, un panel di esperti ha stabilito la cura standard per il management del distress

1. il distress dovrebbe essere riconosciuto, monitorato, documentato e trattato prontamente in tutti gli stadi della malattia.
2. tutti i pazienti dovrebbero essere scrinati per il distress al loro primo accesso, ad appropriati intervalli e, particolarmente, quando vi siano cambiamenti nello stato di malattia (remissione, ripresa, progressione).
3. lo screening dovrebbe identificare la natura ed il livello del distress
4. il distress dovrebbe essere affrontato e valutato in accordo a linee guida cliniche
5. una committee istituzionale e multidisciplinare dovrebbe essere formata per implementare gli standard per il management del distress
6. professionisti mentali, esperti negli aspetti psicosociali del cancro, dovrebbero essere prontamente disponibili come consulenti o come referenti
7. le misure degli outcome medici dovrebbero includere la valutazione dei domini delle aree psicosociali (QoL e soddisfazione del paziente e della famiglia)
8. i pazienti, le famiglie e i membri del team dovrebbero essere informati che il management del distress è una parte integrante della cura medica globale ed avere adeguate informazioni circa i servizi psicosociali nei centri oncologici e nelle strutture sanitarie del territorio
9. la qualità del management del distress dovrebbe essere inclusa nei programmi istituzionali continui per il miglioramento della qualità dei servizi.

In tale ottica, il distress è considerato il "sesto parametro vitale" da monitorare costantemente al pari dei classici parametri vitali fisiologici quali temperatura corporea, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, pressione arteriosa e dolore (Karlson e Bulss, 2006; Holland, 2007).

Un'adeguata valutazione e trattamento del distress garantiscono la soddisfazione per la cura ricevuta ed una migliore Qualità di Vita, una migliore comunicazione e relazione medico-paziente-familiari, la riduzione delle visite e degli accertamenti diagnostici incongrui legati all'ansia, una migliore comprensione ed aderenza ai regimi di trattamento e migliori risultati medici, una minore percentuale di pazienti psicopatologici ed un minore *burn-out* nel team oncologico (Holland, 1999).

I dati emersi dalla letteratura sull'incidenza del disagio psicosociale nei pazienti, nei familiari e negli operatori e l'interesse e le iniziative approntate negli altri paesi per la risoluzione di questo problema nella cura oncologica sottolinea le carenze in cui versano i Servizi di Psiconcologia della regione Lazio: considerando infatti il numero di nuovi casi di cancro nella regione Lazio (12.900 uomini; 11.900 donne), il numero riportato di Servizi di Psiconcologia in tutto il territorio regionale (8 strutture) ed il numero di operatori strutturati (10 psicologi), il numero medio di ore necessarie per assicurare un intervento psicologico in grado di rispondere al distress dei pazienti, familiari ed operatori (22 ore per utente), l'attuale disponibilità di risorse umane presente nelle strutture di Psiconcologia permette di rispondere al solo 5% di distress psicosociale a fronte di una prevalenza di distress del 45%, come riportato nella letteratura e nella pratica clinica. Tale situazione richiede un cambiamento capillare su alcuni punti fondamentali:

1. creazione sul territorio regionale di Servizi di Psiconcologia istituzionalizzati e gestiti da psicologi adeguatamente formati ed in grado di formare il personale. Non è più pensabile che l'assunzione nei reparti di oncologia di un solo psiconcologo privo di referenti istituzionali di comprovata esperienza e formazione psiconcologica possa rappresentare la risposta al bisogno psicologico dei pazienti, dei familiari e degli operatori oncologici.
2. ampliamento delle piante organiche delle strutture già esistenti, sulla base dell'aumento delle richieste di aiuto e dei benefici che l'intervento psicologico in oncologia può determinare in tutti i protagonisti della cura, pazienti, familiari, operatori.
3. caratterizzazione in senso dipartimentale delle strutture di psiconcologia al fine di operare in modo trasversale agli altri Servizi delle strutture sanitarie.
4. loro collocazione nei Dipartimenti di Oncologia per la centralità e la continuità dell'assistenza che le Oncologie hanno nel processo di malattia. L'integrazione fra psiconcologi ed oncologi medici permetterebbe di raggiungere un maggior numero di pazienti, di rispondere precocemente al disagio psicosociale e, attraverso il lavoro in equipe, di sensibilizzare gli oncologi agli aspetti psicosociali. con indubbi risvolti positivi sulla comunicazione medico-paziente e, quindi, sulla qualità percepita dagli utenti.
5. istituzionalizzare percorsi di cura psicologici per i pazienti oncologici che accedono per la prima volta nelle strutture.
6. riconoscimento della centralità delle strutture di formazione.
7. dal punto di vista logistico, collocazione adeguata dei Servizi di Psicologia in posizione adiacente agli altri Servizi Clinici e facilmente individuabile, al fine di favorire l'invio da parte degli altri operatori e la richiesta spontanea di aiuto psicologico. Questo può facilitare il riconoscimento della prestazione psicologica come parte integrante della cura oncologica.
8. destinare locali adatti ad accogliere i pazienti in condizioni di riservatezza e di confort ambientale per l'esercizio delle prestazioni psicologiche.