

**REPUBBLICA ITALIANA**  
Regione Siciliana



**ASSESSORATO DELLA SALUTE**  
Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica  
Servizio 4 "Programmazione Ospedaliera"

Prot./n. 14675

Palermo, 15.03.2021

Oggetto: Richiesta informazioni ai fini dell'individuazione dei Centri Specialistici per l'attuazione dei PDTA per la gestione del paziente affetto da tumore del colon-retto, polmone, prostata e ovaio.

Ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Provinciali

Ai Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere

Ai Direttori Generali delle Aziende Ospedaliero-Universitarie  
Policlinici di Catania, Messina e Palermo

Ai Direttori Generali delle Aziende di Rilievo Nazionale e Alta  
Specializzazione (ARNAS)

Al Presidente della Fondazione Giglio di Cefalù

Al Rappresentante Legale dell'Ospedale Classificato  
Buccheri La Ferla di Palermo

Agli IRCCS pubblici e privati della Regione Siciliana

All'AIOP Regionale

All'ARIS Regionale

LORO SEDI

Com'è noto con i Decreti Assessoriali n. 112, 113, 114 e 115 del 18 febbraio 2021, pubblicati sul S.O. n. 2 della GURS n. 9 del 5 marzo 2021, sono stati approvati i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali rispettivamente per la gestione dei pazienti affetti da tumore del colon-retto, polmone, prostata e ovaio.

I sopra citati decreti rimandavano ad un successivo provvedimento l'individuazione delle strutture specialistiche pubbliche e private accreditate che dimostreranno di possedere i requisiti minimi organizzativi, strutturali, professionali, tecnologici e di attività per realizzare i PDTA di cui sopra, in coerenza con le previsioni dell'Intesa Stato-Regioni del 17 aprile 2019 in tema di riorganizzazione della rete oncologica.

A tal fine, il Coordinamento Regionale della Rete Oncologica Siciliana di cui al D.A. n. 1835 del 20.09.2019, ha elaborato, per ciascun PDTA, una check-list utile alla rilevazione delle informazioni necessarie per la definizione della Rete dei Centri Specialistici.

Alla luce di quanto sopra si trasmettono, allegate alla presente, n. 4 schede che le SS.LL. avranno cura di compilare e restituire firmate **entro e non oltre il 15 aprile 2021**. Ad AIOP e ARIS si chiede di diffonderlo alle strutture private accreditate della Regione.

Ciascuna scheda dovrà riportare il timbro e la firma del Direttore Generale dell'Azienda o del Rappresentante Legale della struttura privata accreditata.

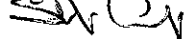
Le schede dovranno essere inviate a questo Assessorato con lettera di accompagnamento firmata dal Direttore Generale ai seguenti indirizzi di posta elettronica:

- [dipartimento.pianificazione.strategica@certmail.regione.sicilia.it](mailto:dipartimento.pianificazione.strategica@certmail.regione.sicilia.it)
- [s.campo.isp.sanita@regione.sicilia.it](mailto:s.campo.isp.sanita@regione.sicilia.it)

Le strutture private accreditate dovranno trasmettere ai medesimi indirizzi di posta elettronica le schede debitamente compilate con lettera di accompagnamento del rappresentante legale della struttura.

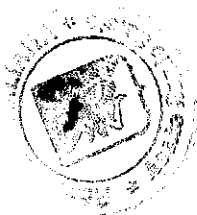
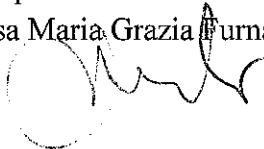
Il Funzionario Direttivo

Sig. Stefano Campo



Il Responsabile del Servizio

Dr.ssa Maria Grazia Furnari



Il Dirigente Generale

Ing. Mario La Rocca



**REGIONE SICILIA  
ASSESSORATO REGIONALE ALLA SALUTE**

**COORDINAMENTO REGIONALE RETE ONCOLOGICA  
Re.O.S**

**Oggetto: CHECK LIST ONCOLOGICA CANCRO DEL COLON-RETTO**

AI DIRETTORE GENERALE

AZIENDA \_\_\_\_\_

**Check list oncologica  
PDTA Carcinoma del colon-retto**

**INDICATORI DI STRUTTURA**

Nella Azienda \_\_\_\_\_, esistono le seguenti discipline? - indicare si/no, seguito dalla tipologia di struttura, complessa (SC), semplice dipartimentale (SSD), semplice (SS))

DISCIPLINA	SI / No	Tipo di struttura (SC, SSD, SS)	Posti letto degenza ordinaria (SI / NO)
Oncologia Medica			
Radioterapia Oncologica (in grado di erogare trattamenti con tecniche 3D o IMRT o volumetriche seriali o elicoidali)			
Chirurgia generale / indirizzo oncologico			
Anestesia e Rianimazione e/o Terapia intensiva			
Radiologia (rispondere SI/NO se presenti TC e RM)			
Radiologia interventistica			
Medicina Nucleare con Tomografia ad emissione di positroni			
Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva			
Indicare altri servizi ritenuti essenziali per lo specifico PDTA			
Anatomia Patologica			
Con possibilità di esame istologico estemporaneo			
Laboratorio di diagnostica oncologica bio-molecolare			
U.O. di Farmacia ospedaliera con Unità Farmaci Antitumorali			
U.O. di Psicologia con psico-oncologo			
Hospice oncologico e/o Cure palliative (anche con rapporto di convenzionamento)			

**INDICATORI DI ATTIVITA'**

**n. casi chirurgici/anno per struttura ospedaliera:**

**n. casi operati e tipologia di intervento:**

Intervento	codice	n. interventi totali anno 2019	n. interventi con tecnica video assistita anno 2019
resezione segmentaria multipla dell'intestino crasso	45.71		
resezione del cieco	45.72		
emicolectomia destra ☒	45.73		
resezione del colon trasverso	45.74		
emicolectomia sinistra ☒	45.75		
sigmoidectomia ☒	45.76		
altra asportazione parziale dell'intestino crasso	45.79		
colectomia totale intraddominale	45.8		
resezione del retto per via addomino-perineale	48.5		
colostomia	46.1		
resezione anteriore del retto con contemporanea colostomia	48.62		
altra resezione anteriore del retto	48.63		
resezione posteriore del retto	48.64		
Ileostomia	46.2		
altra resezione del retto	48.69		

**n. casi medici trattati/anno/PDTA specifico con trattamento sistemico in Oncologia Medica:**

setting assistenziale	N. trattamenti anno 2019	n. visite anno 2019	N. Ricoveri (99.25, 99.28, V58.11) anno 2019
Degenza ordinaria			
DH			
DS			
Visite ambulatoriali (prime visite e visite di follow-up)			

**n. casi trattati con trattamento di radioterapia oncologica:**

setting assistenziale	N. trattamenti anno 2019	n. visite anno 2019	N. Ricoveri (92.31, 92.24, V580) anno 2019
Degenza ordinaria			
Day-hospital e/o day- service			
Visite ambulatoriali (prime visite e visite di follow-up)			

**INDICATORI ORGANIZZATIVI**

Esiste il TEAM ONCOLOGICO MULTIDISCIPLINARE COLON-RETTO	SI / NO
E' SEMPRE presente ALMENO un oncologo, un radioterapista ed un chirurgo	SI / NO
Frequenza di riunione (indicare w= 1 settimana; ww: due settimane; m: mese)	
Verbalizzazione di ogni singola seduta con nomi dei partecipanti	SI / NO
Il verbale di ogni singolo paziente è inserito in cartella clinica	SI / NO

Altro: (Indicare eventuali ulteriori peculiarità del Centro Specialistico)

---



---



---

Data

Timbro e Firma

**REGIONE SICILIA**  
**ASSESSORATO REGIONALE ALLA SALUTE**

**COORDINAMENTO REGIONALE RETE ONCOLOGICA**  
**Re.O.S**

**Oggetto: CHECK LIST ONCOLOGICA CANCRO DEL POLMONE**

AI DIRETTORE GENERALE

AZIENDA \_\_\_\_\_

**Check list oncologica**  
**PDTA Carcinoma del Polmone**

Per poter avviare la procedura di identificazione delle Strutture Sanitarie che costituiranno la Rete Oncologica Siciliana è indispensabile acquisire le informazioni contenute nella seguente check list. La compilazione dovrà essere strettamente aderente ai quesiti riportati per garantire la comparazione tra le strutture.

Per eventuali funzioni/singole prestazioni non direttamente presenti nella Azienda da Lei gestita ma che comunque sono nella immediata disponibilità perché già oggetto di specifica convenzione con altra Struttura Sanitaria pubblica o privata, rispondere SI e nella colonna "Tipo di Struttura" scrivere "Convenzione".

Nel caso delle Aziende Sanitarie Provinciali, e comunque ogni altra struttura sanitaria, che amministrano più di un presidio ospedaliero ove vengono erogate prestazioni oncologiche CURATIVE per il cancro del polmone, anche se solo in regime monospecialistico (ad es. è presente soltanto Oncologia Medica o Radioncologia o Chirurgia Toracica), la check list dovrà essere compilata, oltre a quella riferita all'Azienda nel suo complesso (in quanto costituisce "per sé" un modello di rete intraziendale con disponibilità immediata delle prestazioni previste dallo specifico PDTA) anche per ciascun singolo Presidio Ospedaliero o struttura sanitaria ad esso assimilabile, ai fini del calcolo dei volumi di attività per singolo centro erogatore.

Si informano le SS.LL. che tutte le dichiarazioni saranno oggetto di verifica, sia attraverso il confronto con i dati contenuti nei database regionali che con le *on site visit* che sono già previste dal protocollo operativo del Coordinamento per la REOS.

## Check list oncologica CANCRO DEL POLMONE

### INDICATORI DI STRUTTURA

Nella Azienda \_\_\_\_\_, esistono le seguenti discipline? (indicare si/no, seguito dalla tipologia di struttura, complessa, semplice dipartimentale, semplice)

DISCIPLINA	Si/No	Tipo di struttura	Posti letto Si/No
Oncologia medica			
Radioncologia			
Chirurgia toracica			
Terapia intensiva			
Radiologia (rispondere SI/NO se presenti TC e RM)			
Medicina Nucleare (PET)			
Pneumologia con possibilità di erogare PFR e DLCO			
Broncoscopia diagnostica			
Broncoscopia rigida			
Ecovideobroncoscopia (EBUS)			
Anatomia Patologica			
Con possibilità di esame istologico estemporaneo			
Laboratorio di oncologia molecolare			
UFA			
Psiconcologia			
Cure palliative/Hospice			
Riabilitazione respiratoria			
Terapia del dolore			
Assistente Sociale			
Associazioni di volontariato			

### INDICATORI DI ATTIVITA'

#### TERAPIA SISTEMICA

n. casi trattati/anno/ PDTA polmone con trattamento sistemico con **finalità curativa**:

Setting assistenziale	N. casi/anno anno 2019
Degenza ordinaria	
DH	
DS	
Terapia ambulatoriale	
<b>Totale</b>	

## Check-list oncologica – PDTA Carcinoma del polmone

La **chemioterapia** è descritta individuando i ricoveri in regime ordinario o di day-hospital con almeno un codice di trattamento di chemioterapia in qualunque campo di diagnosi (principale o secondaria, con codici ICD9-CM: 16.29; V10.11; V10.12; V58.11; V58.12; V67.2) o di interventi/procedure (ICD9-CM: 99.25; 99.28; 99.29) e le prestazioni ambulatoriali di somministrazione di farmaci chemioterapici (codice del nomenclatore-tariffario 99.25; 99.25.4 e 99.25.5).

### **RADIONCOLOGIA**

n. casi/anno trattati con trattamento radioterapico **con finalità curativa**:

<b>Setting assistenziale</b>	<b>N. casi/anno Anno 2019</b>
Ambulatoriale	
Degenza ordinaria	
Altri settings (indicare)	
<b>Totale</b>	

Le prestazioni selezionate sono classificate nei seguenti gruppi e devono fare riferimento in diagnosi esclusivamente ai codici di identificazione dei TUMORI PRIMITIVI DEL POLMONE (162.xx):

- visite: visite di consulenza (89.03, 89.7); visite in corso di trattamento o follow up (89.01);
- simulazione (38.99.1, 38.99.2, 92.29.1-92.29.3, 92.30.1-92.30.3, 92.40.3);
- pianificazione: stesura piano di trattamento (89.04); studio fisico-dosimetrico (88.90.2, 92.29.4, 92.29.5, 92.31, 92.31.1-92.31.4); contornamento (92.29.8, 92.29.9, 92.40.1, 92.40.2);
- trattamento: schermatura (92.29.7); teleterapia con LINAC (92.24.1, 92.24.2); stereotassi (92.24.4, 92.24.A); IMRT (92.24.B);
- controllo di qualità: immagini portali (92.40.4), TAC di rivalutazione (92.40), dosimetria in vivo (92.29.6).

### **CHIRURGIA**

<b>Intervento con finalità curativa</b>	<b>codice</b>	<b>n. interventi totali anno 2019</b>	<b>n. interventi in VATS anno 2019 anno 2019</b>
lobectomia	32.4		
segmentectomia	32.3		
pneumonectomia	32.5		
Resezione en-bloc con parete	32.6		
Resezione atipica	32.29		
<b>TOTALE</b>			

n. interventi con intento curativo/anno **ESEGUITI ESCLUSIVAMENTE** per neoplasia PRIMITIVA del polmone (codici 162.xx). Per ciascun codice della procedura chirurgica, indicare il n. totale degli interventi eseguiti, seguito dal n. degli interventi eseguiti e completati, cioè senza conversione in tecnica open, con tecnica videoassistita (VATS). (ad esempio, codice 32.4: 40/5, significa che 5 dei 40 interventi di lobectomia sono stati eseguiti con tecnica videoassistita)



**INDICATORI DI ORGANIZZAZIONE**

Rispondere SI/NO

Esiste il TEAM ONCOLOGICO MULTIDISCIPLINARE POLMONARE?	
E' SEMPRE presente ALMENO un oncologo, un radioterapista oncologo ed un chirurgo toracico?	
La MULTIDISCIPLINARIETA' è comunque SEMPRE garantita (in presenza o in remoto) da apposita convenzione/disponibilità intraaziendale nei casi in cui mancasse nello stesso presidio/struttura una delle discipline fondamentali per la cura (oncologia, radioncologia, chirurgia toracica)	
Frequenza di riunione (indicare w= 1 settimana; ww: due settimane; m: mese)	
Verbalizzazione di ogni singola seduta con nomi dei partecipanti?	
Il verbale di ogni singolo caso discusso è inserito in cartella clinica?	
Il verbale è consegnato e discusso col paziente?	

Altro: (Indicare eventuali ulteriori peculiarità del Centro Specialistico)

---

---

---

Data

Timbro e Firma

**REGIONE SICILIA  
ASSESSORATO REGIONALE ALLA SALUTE**

**COORDINAMENTO REGIONALE RETE ONCOLOGICA  
Re.O.S**

**Oggetto: CHECK LIST ONCOLOGICA CANCRO DELL’OVAIO**

AI DIRETTORE GENERALE

AZIENDA \_\_\_\_\_

**Check list oncologica  
PDTA Carcinoma dell’ovaio**

**INDICATORI DI STRUTTURA**

Nella Azienda \_\_\_\_\_, esistono le seguenti discipline? (indicare **si/no**, seguito dalla tipologia di struttura, complessa, semplice dipartimentale, semplice)

DISCIPLINA	Si/No	Tipo di struttura	Posti letto Si/No
Oncologia medica			
Radioterapia			
Chirurgia generale			
Chirurgia urologica			
Chirurgia vascolare			
Chirurgia toracica			
Terapia intensiva			
Radiologia (rispondere SI/NO se presenti TC e RM)			
Medicina Nucleare (PET)			
Servizio di endoscopia digestiva			
Indicare altri servizi ritenuti essenziali per lo specifico PDTA			
<b>U.O. di ostetricia e ginecologia (ginecologia oncologica e chirurgia mininvasiva)</b>			
Anatomia Patologica			
Con possibilità di esame istologico estemporaneo			
Laboratorio di oncologia molecolare			
UFA			
Psiconcologia			
Cure palliative/hospice (ev. collegamento con territorio)			

**INDICATORI DI ATTIVITA’**

**N. casi operati e tipologia di intervento**

DRG	N° anno 2019
357	

Diagnosi	N° anno 2019
183.0	
236.2	
198.6	

Intervento	Codice procedura	n. interventi totali anno 2019
ALTRA E NON SPECIFICATA ISTERECTOMIA ADDOMINALE TOTALE	684.9	
ASPORTAZIONE DI LINFONODI REGIONALI (pelvici e lombo aortici)	40.3	
BIOPSIA DEL PERITONEO	542.5	
ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI TESSUTO PERITONEALE (omentectomia)	54.4	
ALTRA SALPINGECTOMIA PARZIALE	666.9	
SALPINGECTOMIA TOTALE MONOLATERALE	66.4	
RIMOZIONE DI ENTRAMBE LE OVAIE E TUBE NELLO STESSO INTERVENTO	65.61	
RIMOZIONE LAPAROSCOPICA DI ENTRAMBE LE OVAIE E TUBE NELLO STESSO INTERVENTO	65.53	
OVARIETOMIA	65.25	

Per una corretta classificazione dei casi di tumore maligno dell’ovaio occorre che tutte le SDO risultino codificate esclusivamente con il DRG 357 “Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell’ovaio o degli annessi”.

Onde evitare dispersione dei dati con conseguenti errati DRG è necessario che:

- La procedura di **Isterectomia totale** venga codificata con il codice procedura “684.9 ALTRA E NON SPECIFICATA ISTERECTOMIA ADDOMINALE TOTALE”;
- La procedura di **Linfadenectomia** (sampling o linfadenectomia sistematica) venga codificata con il codice di Procedura “40.3 ASPORTAZIONE DI LINFONODI REGIONALI”
- Nel caso di quadro anatomico-chirurgico non citoriducibile in prima istanza che verrà sottoposta, a solo scopo diagnostico, a biopsie peritoneali, aggiungere oltre ai codici “542.5 BIOPSIA DEL PERITONEO” e/o “54.4 ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI TESSUTO PERITONEALE” anche l’esecuzione di “ALTRA SALPINGECTOMIA PARZIALE 666.9” o “SALPINGECTOMIA TOTALE MONOLATERALE 66.4”

**N. casi trattati/anno/PDPA specifico con trattamento sistemico (chemioterapia):**

Setting assistenziale	N. trattamenti anno 2019	N. visite anno 2019	
Degenza ordinaria			
DH			
DS			
Visite ambulatoriali			

**N. casi trattati con trattamento radioterapico:**

Setting assistenziale	N. trattamenti anno 2019	N. visite anno 2019	
Degenza ordinaria			
DH			
DS			
Visite ambulatoriali			

**INDICATORI ORGANIZZATIVI**

Esiste il TEAM ONCOLOGICO MULTIDISCIPLINARE OVAIO	SI / NO
E' SEMPRE presente ALMENO un oncologo, un radioterapista ed un chirurgo	SI / NO
Frequenza di riunione (indicare w= 1 settimana; ww: due settimane; m: mese)	
Verbalizzazione di ogni singola seduta con nomi dei partecipanti	SI / NO
Il verbale di ogni singolo paziente è inserito in cartella clinica	SI / NO

Altro: (Indicare eventuali ulteriori peculiarità del Centro Specialistico)

---



---



---

Data

Timbro e Firma

**REGIONE SICILIA**  
**ASSESSORATO REGIONALE ALLA SALUTE**  
**COORDINAMENTO REGIONALE RETE ONCOLOGICA**  
**Re.O.S**

**Oggetto: CHECK LIST ONCOLOGICA CANCRO DELLA PROSTATA**

AI DIRETTORE GENERALE

AZIENDA \_\_\_\_\_

**Check list oncologica**  
**PDTA Carcinoma della prostata**

**INDICATORI DI STRUTTURA**

Nell'Azienda \_\_\_\_\_, esistono le seguenti discipline? (indicare si/no, seguito dalla tipologia di struttura, complessa (SC), semplice dipartimentale (SD), semplice(SS))

DISCIPLINA	Si/No	Tipo di struttura	Posti letto Si/No
Oncologia medica			
Radioterapia oncologica (anche con convenzione esterna in rete)			
Chirurgia Urologica			
Radiologia			
Medicina Nucleare (anche con convenzione esterna in rete)			
Radiologia interventistica			
Anatomia patologica			
Biologia molecolare (anche con convenzione esterna in rete)			
Riabilitazione			
Servizio di Psico-oncologia			
Terapia del dolore			
Hospice/Cure palliative (anche tramite integrazione H-T)			
UFA			
Diagnostica per immagini (TC)			
RMN			
PET (anche con convenzione esterna in rete)			
<b>PROFESSIONALI</b>			
Andrologo			
Medico nutrizionista e/o dietologo			
Assistente sociale			
Associazioni di volontariato			

### INDICATORI DI ATTIVITA'

n. casi operati/anno:

Intervento	codice	N. casi/anno anno 2019
Prostatectomia radicale	60.5	

n. casi trattati/anno/ PDTA prostata con trattamento sistemico (tutte le finalità):

Setting assistenziale	N. casi/anno anno 2019
Degenza ordinaria	
DH	
DS	
Terapia ambulatoriale	
<b>Totale</b>	

n. casi/anno trattati con trattamento radioterapico (tutte le finalità):

Setting assistenziale	N. casi/anno anno 2019
Ambulatoriale	
Degenza ordinaria	
Altri settings (indicare)	
<b>Totale</b>	

### INDICATORI DI ORGANIZZAZIONE

Esiste il TEAM ONCOLOGICO MULTIDISCIPLINARE sul carcinoma della prostata	SI / NO
E' sempre presente nel Team almeno il chirurgo urologo, l'oncologo medico e il radioterapista oncologo (anche da remoto, se in rete)	SI / NO
Possibilità di includere nel Team altre figure [radiologo, anatomo -patologo, medico nucleare (anche da remoto, se in rete), infermiere]	SI / NO
Esiste un PDTA ca prostata aziendale dedicato	SI / NO
Possibilità di integrazione con la Rete di Cure Palliative [Servizio Territoriale Aziendale, Procedura attivazione ADI, procedura trasferimento in Hospice (se non presente in Azienda)]	SI / NO
Frequenza di riunione (indicare w= 1 settimana; ww: due settimane; m: mese)	
Verbalizzazione di ogni singola seduta con nomi dei partecipanti	SI / NO
Il verbale di ogni singolo paziente è inserito in cartella clinica	SI / NO

Check-list oncologica – PDTA Carcinoma della prostata

Altro: (Indicare eventuali ulteriori peculiarità del Centro Specialistico)

---

---

---

Data

Timbro e Firma