

DETERMINA DEL DIRETTORE GENERALE AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI ANCONA



Oggetto: **MODELLO OPERATIVO PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE ONCOLOGICO – APPROVAZIONE.**

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente determina di cui costituisce parte integrante e sostanziale e dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di adottare il presente atto;

VISTA l'attestazione del Direttore U.O.C. Controllo di Gestione con riferimento alla spesa ivi contenuta;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Socio Sanitario, ciascuno per quanto di rispettiva competenza;

DETERMINA

1. di approvare, per le motivazioni indicate nel documento istruttorio, il documento "MODELLO OPERATIVO PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE ONCOLOGICO", allegato alla presente determina;
2. di stabilire che il suddetto documento è da intendersi operativo a far data dal 01 aprile 2026;
3. di dare mandato allo Staff della Direzione Sanitaria Aziendale di condividere con gli stakeholders, entro la data del 01 aprile 2026, le modalità operative propedeutiche alla corretta applicazione del Modello Operativo;
4. di dare atto che dall'adozione della presente determina non deriva per l'Azienda alcun onere di spesa;
5. di dare atto che, a norma dell'art. 39, comma 8, della L.R. 19/2022, la presente determina è efficace dalla data di pubblicazione all'Albo online aziendale.

IL DIRETTORE GENERALE
(Giovanni Stroppa)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Sonia Piercamilli)

IL DIRETTORE SANITARIO
(Benedetta Raffaella Ruggeri)

IL DIRETTORE SOCIO SANITARIO



(Massimo Mazzieri)

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

DIREZIONE SANITARIA

Normativa e regolamentazione di riferimento:

- DPCM 12 gennaio 2017, "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";
- Accordo Stato-Regioni del 24 gennaio 2018 "Linee guida per la revisione delle Reti cliniche – Le Reti Tempo-Dipendenti;
- Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021 approvato con Intesa Stato-Regioni del 21 febbraio 2019 (Rep. Atti n. 28/CSR del 21 febbraio 2019);
- Manuale RAO "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO" - Allegato C al PNGLA 2019-21;
- DGR n. 1061 del 28/07/2020: Modello organizzativo e modalità operative per la governance della Rete Oncologica della Regione Marche in attuazione del PSSR 2020-2022";
- DECRETO MINISTERO SALUTE del 23 maggio 2022, n.77 Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale;
- L.R. 8 agosto 2022, n. 19 "Organizzazione del servizio sanitario regionale";
- Deliberazione dell'Assemblea legislativa regionale del 9/08/2023 n. 57: "Piano Socio Sanitario Regionale 2023-2025. Salute, Sicurezza e Innovazione per i cittadini Marchigiani";
- Determina n. n. 310/AST_AN del 03/08/2023 "Ufficio di Coordinamento Aziendale Liste di Attesa – UCALA AST Ancona – modifica composizione";
- L.107 del 29/07/2024 "Conversione in Legge, con modificazioni, del Decreto Legge 7 Giugno 2024, n.73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie";
- DGR n.1490 del 07/10/2024: "DGR 1441 del 30 Settembre 2024 "Legge n. 107, del 29 luglio 2024, Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie. Istituzione Unità Centrale di Gestione dell'Assistenza Sanitaria dei tempi e delle liste di attesa (UCGLA)". Rettifica e sostituzione dell'allegato A;
- DGR n.1643 del 28/10/2024: D.L. 7 giugno 2024, n. 73 - DGR n. 1490/2024. Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie. Nomina Responsabile Unico Regionale dell'Assistenza Sanitaria (RUAS) e modifica dei componenti dell'Unità Centrale di Gestione dell'Assistenza Sanitaria dei tempi e delle liste di attesa (UCGLA);
- Decreto del Direttore Dipartimento Salute n.1 del 17 gennaio 2025: D. L. 73/2024 – DGR 1643/2024 Costituzione gruppo di lavoro a supporto dello svolgimento delle attività di RUAS in capo al Direttore del Dipartimento Salute - L.107 del 29/07/2024: "Conversione in Legge, con modificazioni, del Decreto Legge 7 Giugno 2024, n.73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie";



- DGR n. 231 del 25/02/2025: Adozione del Manuale RAO - Allegato C del Piano Nazionale Governo Liste di Attesa 2019-21 (PNGLA 2019-21) e allineamento al Decreto Ministeriale del 25 novembre 2024 sulle nuove tariffe;
- Determina n. n. 442/AST_AN del 04/08/2025 "Adozione Atto aziendale dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona";
- DGR n. 1906 del 30/12/2025: "DGR 1442/2024 ad oggetto "Recepimento Accordo Stato Regioni e Province Autonome n. 165/CSR/2023 "Requisiti essenziali per la valutazione delle performance delle reti oncologiche" e recepimento Accordo Stato Regioni e Province Autonome n. 166/CSR/2023 "Il ruolo delle Associazioni di volontariato, di malati e di attivismo civico nelle reti oncologiche". Aggiornamento "Modello organizzativo e modalità operative per la governance della Rete Oncologica della Regione Marche" (DGR n. 1061 del 28 luglio 2020)". - Sostituzione dell'Allegato C.";
- Determina n. n. 78/AST_AN del 17/02/2026 "Istituzione del Comitato Locale della Rete Oncologica regionale della AST di Ancona di cui alla D.G.R.M. n. 1906/2025 e nomina componenti".

Motivazione:

Nel percorso assistenziale del paziente oncologico, l'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona offre un'organizzazione strutturata ed efficace per i soggetti in terapia chirurgica e medica attiva.

È emerso tuttavia che, nella fase di follow up, non sempre il paziente può contare su una "presa in carico" globale, soprattutto nel momento della prenotazione e programmazione di prestazioni necessarie ai controlli di follow up.

L'AST Ancona, in coerenza con la strategia di riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale delle Marche, individua nel governo dei tempi di attesa un fattore critico per garantire l'equità e l'appropriatezza delle cure.

In particolare, per il paziente oncologico, la tempestività non rappresenta solo un requisito amministrativo, ma una componente essenziale della sicurezza clinica e dell'efficacia terapeutica.

L'attuale scenario sanitario, caratterizzato da un incremento della cronicità e dalla complessità delle patologie neoplastiche, impone il superamento della gestione "episodica" della prestazione a favore di un modello di Continuità Assistenziale.

Il presente "MODELLO OPERATIVO PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE ONCOLOGICO" è finalizzato a trasformare radicalmente l'accesso ai servizi, attraverso l'ottimizzazione del percorso di Presa In Carico (PIC), in modo tale che il paziente non debba più occuparsi della ricerca di slot nel sistema CUP.

La responsabilità della pianificazione del follow-up si sposta dall'utente alla struttura specialistica erogante.

In linea con il DM 77/2022, occorre favorire il raccordo tra i nodi ospedalieri dell'AST e i servizi territoriali, garantendo che il percorso diagnostico-terapeutico sia fluido e privo di interruzioni burocratiche.

Inoltre, attraverso l'utilizzo delle agende dedicate (PIC), l'AST può monitorare il carico assistenziale reale, riducendo il fenomeno del sovraffollamento dei punti di prenotazione fisici e telefonici e



limitando il ricorso improprio ai Medici di Medicina Generale (MMG) per la mera trascrizione di ricette di controllo.

Risulta quindi necessario definire un modello operativo di presa in carico del paziente oncologico che miri a garantire benefici tangibili per il cittadino, assicurando che nessun paziente oncologico, una volta entrato nel percorso diagnostico-terapeutico, si ritrovi "perso" nel sistema per mancanza di appuntamenti di follow-up, implementando il concetto di umanizzazione della cure in modo che il paziente oncologico e i suoi *caregiver* vengano sollevati dall'onere burocratico della prenotazione, riducendo lo stress correlato alla ricerca di prestazioni diagnostiche (*Patient-Centered Care*).

Esito dell'istruttoria

Tutto ciò premesso, si sottopone al Direttore Generale dell'AST Ancona l'adozione del seguente schema di determina:

1. di approvare, per le motivazioni indicate nel documento istruttorio, il documento "MODELLO OPERATIVO PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE ONCOLOGICO", allegato alla presente determina;
2. di stabilire che il suddetto documento è da intendersi operativo a far data dal 01 aprile 2026;
3. di dare mandato allo Staff della Direzione Sanitaria Aziendale di condividere con gli stakeholders, entro la data del 01 aprile 2026, le modalità operative propedeutiche alla corretta applicazione del Modello Operativo;
4. di dare atto che dall'adozione della presente determina non deriva per l'Azienda alcun onere di spesa;
5. di dare atto che, a norma dell'art. 39, comma 8, della L.R. 19/2022, la presente determina è efficace dalla data di pubblicazione all'Albo online aziendale.

Il Dirigente responsabile del procedimento

Dott.ssa Marta Fraternali

ALLEGATI

MODELLO OPERATIVO PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE ONCOLOGICO





MODELLO OPERATIVO PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE ONCOLOGICO IN AST ANCONA

Redazione:

NOMINATIVO	QUALIFICA	AMBITO APPARTENENZA
Masiero Alberto Lino	Dirigente Medico	Staff Direzione Sanitaria Aziendale
Mazzacchera Andrea	Dirigente Medico	Staff Direzione Sanitaria Aziendale
Urso Alessandra	Dirigente Medico	Staff Direzione Sanitaria Aziendale
Safi Mobin	Direttore f.f. UOC e Responsabile UOSD	Direttore f.f. UOC Oncologia Fabriano e Responsabile UOSD Oncologia Jesi
Marcellini Massimo	Responsabile UOSD	Responsabile UOSD Oncologia Senigallia
Mancinelli Stefania	Direttore UOC	Direttore UOC Direzione Medica POU AST Ancona
Giovannini Donatella	Dirigente Professioni Sanitarie	Dirigente Professioni Sanitarie Area Infermieristico-Ostetrica
Biondi Massimiliano	Dirigente Medico	DMO - Stabilimento di Fabriano
Bacelli Sonia	Dirigente Medico	DMO - Stabilimento di Jesi
Capasso Mario	Dirigente Medico	DMO - Stabilimento di Senigallia

Approvazione:

NOMINATIVO	QUALIFICA	AMBITO APPARTENENZA
Ruggeri Benedetta Raffaella	Direttore Sanitario Aziendale	AST ANCONA

Sommario

1	GLOSSARIO, TERMINOLOGIA, DEFINIZIONI, ABBREVAZIONI	2
1.1	Glossario	2
1.2	Acronimi e Abbreviazioni	3
2	SCOPO	3
3	ANALISI DEL CONTESTO	3
3.1	Il Cambio di Paradigma: dal "Cittadino-Prenotatore" alla "Struttura-Responsabile"	4
3.2	Mission Aziendale	4
4	OBIETTIVI	4
5	ANALISI DEI VINCOLI NORMATIVI, LINEE GUIDA VALIDATE ED EVIDENZE DI LETTERATURA	4
5.1	Quadro Normativo Nazionale	5
5.2	Quadro Normativo Regionale	5
5.3	Quadro Normativo Aziendale	7
5.4	Linee Guida e Evidenze Scientifiche	7
6	PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI E CONSENSO (PRIVACY)	7
7	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	8
8	AMBITO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI	9
8.1	Tipologia di Utenti	10
9	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ E FLUSSI OPERATIVI	10
9.1	Innesco del Percorso (Punto di Accesso)	10
9.2	Definizione del Piano in aderenza ai PDTA di Patologia	10
9.3	Flusso Prescrittivo e Tecnico-Informatico	11
9.4	Case Management e Coordinamento Logistico	12
9.5	Output al Paziente: Il Pacchetto di Presa in Carico	13
9.6	Gestione dei Tempi d'Attesa ed Eccezioni (Percorsi di Tutela)	13
9.7	Raccordo con l'architettura Dipartimentale AST Ancona	13
9.8	Raccordo con la Rete Territoriale (MMG)	13
9.9	Il Follow-up Riabilitativo (Riabilitazione Oncologica)	14
9.10	Strumenti Digitali e Multidisciplinarietà	14
10	FORMAZIONE, INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE	14
11	MODALITÀ DI VERIFICA DELL'APPLICAZIONE E MONITORAGGIO	15
11.1	Key Performance Indicators (KPI)	15
11.2	Organismi Responsabili della Verifica	16
11.3	Metodologia di Audit	16
11.4	Gestione delle Non-Conformità ed Azioni Correttive	17
12	REVISIONE E AGGIORNAMENTO	17
13	ALLEGATI	17

1 GLOSSARIO, TERMINOLOGIA, DEFINIZIONI, ABBREVAZIONI

1.1 Glossario

- **Agenda di prenotazione:** Strumento informatizzato (sistema CUP Regionale) utilizzato per gestire il calendario delle disponibilità per l'erogazione delle prestazioni sanitarie.
- **Agende PIC:** Slot di prenotazione riservati esclusivamente ai pazienti già inseriti in un percorso clinico specialistico (follow-up/controlli). Non sono visibili al sistema di prenotazione generalista (Primo Accesso) e sono gestite direttamente dall'Unità Operativa erogante.
- **CUP (Centro Unificato di Prenotazione):** Sistema centralizzato informatizzato di gestione dell'intera offerta sanitaria (SSN, Convenzionato, ALPI). Supporta il governo delle liste d'attesa e l'analisi della domanda.
- **Case Manager Oncologico:** Figura professionale (preferibilmente infermieristica) responsabile del coordinamento del percorso del paziente, che funge da facilitatore operativo per la prenotazione delle prestazioni all'interno del modello PIC.
- **Classe di Priorità:** Sistema di classificazione basato sull'urgenza clinica:
 - **U (Urgente):** entro 72 ore
 - **B (Breve):** entro 10 giorni
 - **D (Differibile):** entro 30 giorni (visite) o 60 giorni (strumentali)
 - **P (Programmabile):** entro 120 giorni
- **Data di Erogazione:** Data in cui la prestazione viene effettivamente fornita. Per cicli di prestazioni, si intende la data di inizio del ciclo.
- **Disdetta dell'appuntamento:** Comunicazione dell'utente (almeno 2 giorni lavorativi prima, come da DGR 462/2019) di rinuncia alla prestazione, fondamentale per il recupero della disponibilità.
- **ePRO (electronic Patient-Reported Outcomes):** raccolta digitale strutturata di sintomi/PRO con eventuali alert al team di cura, a supporto della gestione tossicità e riduzione accessi impropri.
- **Interoperabilità:** Capacità dei sistemi informatici (Cartella Clinica, software di reparto, CUP Regionale) di scambiare dati in tempo reale, permettendo la prenotazione diretta senza passaggi manuali o intermediari. preferibilmente secondo standard condivisi (es. HL7-FHIR) per integrazione tra Cartella Clinica, CUP e FSE 2.0.
- **Migrazione fuori rete:** prosecuzione volontaria del percorso in altra struttura.
- **No-show:** Mancata presentazione del paziente all'appuntamento senza preventiva disdetta.
- **Prehabilitation:** interventi pre-trattamento (soprattutto pre-chirurgia maggiore) finalizzati a migliorare capacità funzionale e ridurre complicità, con particolare attenzione ai fragili.
- **Presa in Carico (PIC):** Modello organizzativo in cui la struttura sanitaria assume la responsabilità di programmare e prenotare tutte le prestazioni successive alla prima visita, garantendo la continuità del percorso diagnostico-terapeutico - comprende anche la consegna/registrazione di un piano sintetico di percorso (es. follow-up e contatti) e la gestione proattiva delle eccezioni (fabbisogno inevaso/percorsi di tutela).
- **RAO (Raggruppamenti d'Attesa Omogenei):** Categorie di attesa definite su base clinica per garantire tempi massimi certi in base alla patologia.
- **Riutilizzo automatico slot CUP:** Procedura automatizzata che, in caso di mancata saturazione o disdetta, rende disponibili gli slot delle agende PIC al sistema generale per un intervallo temporale prestabilito antecedente la data di presunta dovuta erogazione (due giorni lavorativi). Gli slot PIC restano protetti fino alla soglia di rilascio; oltre tale soglia, gli slot residui vengono pubblicati automaticamente sul CUP generalista.

- **Slot:** L'intervallo temporale minimo all'interno di un'agenda necessario per l'erogazione di una singola prestazione.
- **Survivorship Care Plan (SCP):** documento/piano di follow-up del lungo periodo che include sorveglianza, gestione effetti tardivi, prevenzione e raccordo con MMG.

1.2 Acronimi e Abbreviazioni

- **ALPI:** Attività Libero Professionale Intramuraria.
- **AST:** Azienda Sanitaria Territoriale (es. AST Ancona).
- **EBM:** Evidence-Based Medicine (Medicina basata sulle evidenze).
- **FSE 2.0:** Fascicolo Sanitario Elettronico (versione evoluta PNRR).
- **MMG / PLS:** Medico di Medicina Generale / Pediatra di Libera Scelta.
- **PDTA:** Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale.
- **PIC:** Presa in Carico
- **PNGLA / PRGLA:** Piano Nazionale / Regionale di Governo delle Liste di Attesa.
- **POU:** Presidio Ospedaliero Unico
- **R.O.RE.M.:** Rete Oncologica Regionale Marchigiana.
- **SSR:** Servizio Sanitario Regionale.

2 SCOPO

Il presente documento ha lo scopo di definire e standardizzare all'interno dell'AST Ancona il modello operativo di Presa in Carico (PIC) del paziente oncologico, assicurando che tutte le prestazioni di follow-up previste dai rispettivi PDTA per patologia (controlli, approfondimenti diagnostici e prestazioni correlate) siano programmate e prenotate proattivamente dalla struttura, tramite agende dedicate, nei tempi clinicamente appropriati e nel rispetto della normativa sul governo delle liste di attesa. Il modello PIC integra, ove disponibile, strumenti di symptom monitoring digitale (ePRO) e piani di survivorship, in linea con le raccomandazioni internazionali su continuità e qualità delle cure oncologiche.

In particolare, la procedura mira a:

- garantire continuità assistenziale, tracciabilità e certezza del percorso di cura lungo l'intera rete aziendale;
- ridurre il ricorso del paziente ai canali di prenotazione ordinari per le prestazioni di controllo, limitando interruzioni del percorso, drop-out e inappropriatezze prescrittive;
- definire ruoli e responsabilità di Medici Specialisti, Case Manager, personale amministrativo e Direzioni Mediche Ospedaliere nella gestione delle agende PIC, delle eccezioni e dei percorsi di tutela;
- assicurare un sistema di monitoraggio mediante indicatori (KPI) e audit, finalizzato al miglioramento continuo della qualità clinica, organizzativa e dell'esperienza del paziente.

3 ANALISI DEL CONTESTO

L'AST Ancona, in coerenza con la strategia di riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale delle Marche, individua nel governo dei tempi di attesa un fattore critico per garantire l'equità e l'appropriatezza delle cure. In particolare, per il paziente oncologico, la tempestività non rappresenta solo un requisito amministrativo, ma una componente essenziale della sicurezza clinica e dell'efficacia terapeutica.

L'attuale scenario sanitario, caratterizzato da un incremento della cronicità e dalla complessità delle patologie neoplastiche, impone il superamento della gestione "episodica" della prestazione a favore di un modello di Continuità Assistenziale.

3.1 Il Cambio di Paradigma: dal "Cittadino-Prenotatore" alla "Struttura-Responsabile"

Il modello di Presa In Carico (PIC) adottato dall'AST Ancona mira a trasformare radicalmente l'accesso ai servizi:

- **Ottimizzazione del Percorso:** il paziente non deve più occuparsi della ricerca di slot nel sistema CUP. La responsabilità della pianificazione del follow-up si sposta dall'utente alla struttura specialistica erogante;
- **Integrazione Ospedale-Territorio:** In linea con il DM 77/2022, la procedura favorisce il raccordo tra i nodi ospedalieri dell'AST e i servizi territoriali, garantendo che il percorso diagnostico sia fluido e privo di interruzioni burocratiche;
- **Ottimizzazione delle Risorse:** Attraverso l'utilizzo delle agende dedicate (PIC), l'AST può monitorare il carico assistenziale reale, riducendo il fenomeno del sovraffollamento dei punti di prenotazione fisici e telefonici e limitando il ricorso improprio ai Medici di Medicina Generale (MMG) per la mera trascrizione di ricette di controllo.

3.2 Mission Aziendale

Presa in carico significa "farsi carico" della fragilità dell'assistito. Questo approccio proattivo garantisce che ogni esame strumentale o visita di controllo sia già programmata secondo le tempistiche e le modalità stabilite dai PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali) aziendali e regionali, assicurando al paziente oncologico la certezza del proprio percorso di cura all'interno delle strutture di riferimento.

4 OBIETTIVI

La presente procedura mira a tradurre gli obblighi normativi in benefici tangibili per il cittadino e per l'efficienza gestionale dell'AST Ancona. Tra gli obiettivi strategici rientrano:

- **Umanizzazione delle cure:** Sollevare il paziente oncologico e i suoi caregiver dall'onere burocratico della prenotazione, riducendo lo stress correlato alla ricerca di prestazioni diagnostiche ("Patient-Centered Care").
- **Garanzia della Presa in Carico (PIC):** Assicurare che nessun paziente oncologico, una volta entrato nel percorso diagnostico-terapeutico, si ritrovi "perso" nel sistema per mancanza di appuntamenti di follow-up.

5 ANALISI DEI VINCOLI NORMATIVI, LINEE GUIDA VALIDATE ED EVIDENZE DI LETTERATURA

La procedura si colloca in un quadro normativo e programmatico finalizzato a:

- garantire omogeneità dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
- assicurare appropriatezza, continuità assistenziale e governo dei tempi di attesa;

- sostenere la transizione verso un modello di sanità proattiva, digitale e territorialmente integrata, con percorsi strutturati e monitorabili.

5.1 Quadro Normativo Nazionale

- DPCM del 29 novembre 2001 “Definizione dei Livelli essenziali di assistenza” (LEA);
- DPCM 12 gennaio 2017, “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”;
- Accordo Stato-Regioni del 24 gennaio 2018 "Linee guida per la revisione delle Reti cliniche – Le Reti Tempo-Dipendenti;
- Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021 approvato con Intesa Stato-Regioni del 21 febbraio 2019 (Rep. Atti n. 28/CSR del 21 febbraio 2019);
- Manuale RAO "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO" - Allegato C al PNGLA 2019-21;
- Accordo Stato-Regioni del 17 aprile 2019 "Revisione delle Linee Guida organizzative e delle raccomandazioni per la Rete Oncologica;
- DECRETO MINISTERO SALUTE del 23 maggio 2022, n.77 Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale;
- L.107 del 29/07/2024 “Conversione in Legge, con modificazioni, del Decreto Legge 7 Giugno 2024, n.73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie”.

5.2 Quadro Normativo Regionale

- DGR n. 274 del 09/02/2010: “Rete oncologica regionale marchigiana (R.O.RE.M.): obiettivi e linee di indirizzo per la realizzazione della rete oncologica”;
- DGR n. 1415 del 08/10/2012: “Protocollo Diagnostico Terapeutico Assistenziale del cancro del colon-retto. Modifica DGR 1906/2008”;
- DGR 1012 del 8/09/2014: “Definizione dei Raggruppamenti di Attesa Omogeni (RAO) per priorità clinica di accesso per la garanzia dei tempi massimi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale”;
- Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70: “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”;
- DGR n. 808/2015 del 29/09/2015 "Piano Regionale per il Governo delle Liste d'Attesa per le prestazioni di Specialistica ambulatoriale e diagnostica sottoposte a monitoraggio dal Piano Nazionale Governo Liste d'Attesa (PNGLA) per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche per gli anni 2015-2016;
- DGR n. 459 del 09/05/2016: “Recepimento Intesa Stato-Regioni del 18 dicembre 2014 recante "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia" (Rep. Atti n. 185/CS). Approvazione del documento tecnico "Linee guida per l'implementazione della Rete regionale marchigiana dei Centri di Senologia - Breast Unit”;
- DGR n. 14 del 23/01/2017: “Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTA) del carcinoma mammario della Regione Marche”;
- DGR n. 1440 del 4/12/2017: “Percorso Diagnostico - Terapeutico - Assistenziale (PDTA) dello screening del tumore del collo dell'utero della Regione Marche”;

- DGR n. 462 del 16/04/2019 "Recepimento PNGLA 2019-2021 (Rep. Atti n. 28/CSR del 21 febbraio 2019). Nuovo Piano Regionale per il Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche per gli anni 2019-2021. DGR 380/2019 Modifica e integrazione";
- Decreto n. 14/AST del 20/12/2019 "PRGLA 2019-2021 di cui alla DGR 462/2019; adozione modello RAO (PNGLA 2019-2021 – Allegato C) e approvazione tabelle RAO regionali;
- DGR n. 1061 del 28/07/2020: Modello organizzativo e modalità operative per la governance della Rete Oncologica della Regione Marche in attuazione del PSSR 2020-2022";
- DGR n. 1323 del 20/09/2020: "Piano Operativo Regionale 2023: recupero e miglioramento liste d'attesa per prestazioni ambulatoriali, ricoveri e screening";
- L.R. 8 agosto 2022, n. 19 "Organizzazione del servizio sanitario regionale";
- Deliberazione dell'Assemblea legislativa regionale del 9/08/2023 n. 57: "Piano Socio Sanitario Regionale 2023-2025. Salute, Sicurezza e Innovazione per i cittadini Marchigiani";
- DGR n. 631 del 29/04/2024: "Piano Socio Sanitario Regionale 2023-2025. Linee di indirizzo per l'istituzione delle reti cliniche di ambiti specialistici non tempo-dipendenti";
- DGR n.1441 del 30/9/2024: "L.107 del 29 luglio 2024: Conversione in Legge, con modificazioni, del Decreto Legge 7 Giugno 2024, n.73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie. Istituzione Unità Centrale di Gestione dell'Assistenza Sanitaria dei tempi e delle liste di attesa (UCGLA)";
- DGR n. 1442 del 30/09/2024: "Recepimento Accordo Stato Regioni e Province Autonome n. 165/CSR/2023 "Requisiti essenziali per la valutazione delle performance delle reti oncologiche" e recepimento Accordo Stato Regioni e Province Autonome n. 166/CSR/2023 "Il ruolo delle Associazioni di volontariato, di malati e di attivismo civico nelle reti oncologiche". Aggiornamento "Modello organizzativo e modalità operative per la governance della Rete Oncologica della Regione Marche" (DGR n. 1061 del 28 luglio 2020)";
- DGR n.1490 del 7/10/2024: "DGR 1441 del 30 Settembre 2024 "Legge n. 107, del 29 luglio 2024, Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie. Istituzione Unità Centrale di Gestione dell'Assistenza Sanitaria dei tempi e delle liste di attesa (UCGLA)". Rettifica e sostituzione dell'allegato A;
- DGR n.1643 del 28/10/2024: D.L. 7 giugno 2024, n. 73 - DGR n. 1490/2024. Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie. Nomina Responsabile Unico Regionale dell'Assistenza Sanitaria (RUAS) e modifica dei componenti dell'Unità Centrale di Gestione dell'Assistenza Sanitaria dei tempi e delle liste di attesa (UCGLA).
- Decreto del Direttore Dipartimento Salute n.1 del 17 gennaio 2025: D. L. 73/2024 – DGR 1643/2024 Costituzione gruppo di lavoro a supporto dello svolgimento delle attività di RUAS in capo al Direttore del Dipartimento Salute - L.107 del 29/07/2024: "Conversione in Legge, con modificazioni, del Decreto Legge 7 Giugno 2024, n.73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie";
- DGR n. 231 del 25/02/2025: Adozione del Manuale RAO - Allegato C del Piano Nazionale Governo Liste di Attesa 2019-21 (PNGLA 2019-21) e allineamento al Decreto Ministeriale del 25 novembre 2024 sulle nuove tariffe;
- DGR n. 1906 del 30/12/2025: "DGR 1442/2024 ad oggetto "Recepimento Accordo Stato Regioni e Province Autonome n. 165/CSR/2023 "Requisiti essenziali per la valutazione delle performance delle reti

oncologiche” e recepimento Accordo Stato Regioni e Province Autonome n. 166/CSR/2023 “Il ruolo delle Associazioni di volontariato, di malati e di attivismo civico nelle reti oncologiche”. Aggiornamento “Modello organizzativo e modalità operative per la governance della Rete Oncologica della Regione Marche” (DGR n. 1061 del 28 luglio 2020)”. - Sostituzione dell’Allegato C.”

5.3 Quadro Normativo Aziendale

- Determina n. n. 1181/AST_AN del 03/08/2023 “Istituzione dell’Ufficio di Coordinamento Aziendale Liste di Attesa (UCALA – AST Ancona) - ex ASURDG n. 280 del 01/05/2014 - approvazione”;
- Determina n. n. 310/AST_AN del 03/08/2023 “Ufficio di Coordinamento Aziendale Liste di Attesa – UCALA AST Ancona – modifica composizione”;
- Determina n. n. 442/AST_AN del 04/08/2025 “Adozione Atto aziendale dell’Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona”;
- Determina n. n. 78/AST_AN del 17/02/2026 “Istituzione del Comitato Locale della Rete Oncologica regionale della AST di Ancona di cui alla D.G.R.M. n. 1906/2025 e nomina componenti”.

5.4 Linee Guida e Evidenze Scientifiche

Il modello di Presa in Carico (PIC) in ambito oncologico si fonda su riferimenti clinico-scientifici consolidati e su evidenze di efficacia organizzativa:

- **Linee guida AIOM:** standardizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici e delle tempistiche di follow-up clinico-strumentale, con attenzione ad appropriatezza e continuità assistenziale;
- **Linee guida ESMO:** indirizzi internazionali su follow-up, continuità delle cure e survivorship care plan.
- **Evidence-Based Medicine (EBM):** la letteratura supporta i modelli proattivi e integrati (programmazione e coordinamento delle tappe assistenziali) per la riduzione del distress correlato all’incertezza del percorso, il miglioramento dell’aderenza e la maggiore appropriatezza rispetto a modelli esclusivamente “CUP-centrico/prenotazione-centrico”.

6 PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI E CONSENSO (PRIVACY)

L’implementazione dei flussi informativi legati alla PIC avviene nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di trattamento dei dati sensibili:

- **Regolamento UE 2016/679 (GDPR):** Disciplina la protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati;
- **D.Lgs. 101/2018:** Disposizioni per l’adeguamento della normativa nazionale al GDPR;
- **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE 2.0):** La consultazione dei dati avviene nel rispetto delle regole di accesso al FSE, ove tecnicamente integrato, (consensi, profili autorizzativi, tracciamento degli accessi) e delle policy regionali/aziendali;
- **Consenso Informato alla PIC:** Il paziente esprime il consenso al trattamento dei dati per le finalità di cura e alla gestione proattiva delle prenotazioni al momento della firma del modulo di presa in carico o all’interno del consenso generale al trattamento dei dati aziendale.

7 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Legenda RACI	
R	<i>Responsible</i> : esegue operativamente l'attività
A	<i>Accountable</i> : responsabile ultimo, decide/approva
C	<i>Consulted</i> : consultato, dà contributi/pareri
I	<i>Informed</i> : informato, riceve comunicazione

Ruoli	
MS	Medico Specialista (Oncologo/Chirurgo/Radioterapista/Altro specialista PDTA)
CM	Case Manager
DMO	Direzione Medica Ospedaliera*
SFI	Servizio Flussi Informativi / ICT (integrazioni, estrazioni dati)
MMG/PLS	Medico di Medicina Generale / Pediatra Libera Scelta
DSA	Direzione Sanitaria Aziendale / Governance aziendale

Attività / Processo	MS	CM	DMO	SFI	MMG/PLS	DSA
1. Identificazione paziente eleggibile PIC (dimissione / visita / sospetto)	A/R	C	-	-	I	-
2. Definizione piano follow-up secondo PDTA (tempi, prestazioni, priorità)	A/R	C	-	-	C	-
3. Prescrizione con ricetta dematerializzata SSN	A/R	I	-	-	I	-
4. Inserimento in agenda PIC e prenotazione prestazioni	R	R	-	-	I	-
6. Consegna "Pacchetto PIC" (promemoria, istruzioni, contatti)	I	A/R	-	-	-	-
7. Gestione preparazioni e informazioni pre-esame (note cliniche/logistiche)	C	A/R	-	-	-	-
8. Recall / promemoria / prevenzione no-show (secondo canali aziendali)	I	A/R	-	-	-	-
9. Gestione disdetta, riprogrammazione, recupero slot	C	A/R	-	-	-	-
10. Gestione "assenza disponibilità" entro tempi PDTA (fabbisogno inevaso)	A	R	C/I	C	-	I
11. Autorizzazione misure straordinarie intra U.O. (overbooking / slot aggiuntivi / riallocazioni)	R	C/R	C	-	-	I
11.bis Riallocazioni inter-presidio / inter-dipartimentali	C	C	A/R	C	I	I
12. Gestione "migrazione fuori rete" / drop-out (registrazione motivo, tracciamento)	C	A/R	-	-	I	-
14. Attivazione raccordo cure palliative / domiciliare (<i>simultaneous care</i>)	C	A/R	-	-	C	-
15. Attivazione follow-up riabilitativo (invio fisiatra/PRI; agenda riabilitazione PIC)	A/R	R	-	-	I/C	-
17. Monitoraggio KPI (raccolta/estrazione dati)	I	C	A	R	-	I
18. Audit periodici (unità, presidio, rete) e analisi scostamenti	C	C	A/R	R	-	C
19. Gestione non conformità e azioni correttive	C	C	R	C	-	A
20. Aggiornamento procedura e allegati (A/B/C/D)	C	C	A	R	I	C

*Nota: La Direzione Medica Ospedaliera (DMO) esercita funzioni di governance e garanzia del percorso, mentre la gestione operativa ordinaria delle agende di presa in carico è in capo alle UU.OO.; il coinvolgimento della DMO è previsto esclusivamente nei casi di criticità non risolvibili a livello locale o che richiedano riallocazioni inter-presidio.

8 AMBITO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI

La presente procedura definisce il perimetro operativo e le responsabilità all'interno della nuova struttura organizzativa dell'AST Ancona, garantendo l'uniformità del modello di Presa in Carico (PIC) su tutto il territorio provinciale, in linea con quanto esplicitato nell'Atto Aziendale (Determina DGAST n. 442/2025), dove vengono identificate Aree Funzionali il cui scopo è quello di presidiare i percorsi assistenziali. Fra le Aree Funzionali individuate, l'Area Funzionale Oncologica indica tutte le strutture coinvolte nelle prese in carico oncologiche.

Come descritto nell'Atto aziendale, le aree funzionali sono “dinamiche” e, pertanto, nell'ambito dell'area funzionale oncologica, per il coinvolgimento nella presa in carico vengono inserite anche la Neurologia e le Associazioni di Volontariato, dei malati e di attivismo civico in campo oncologico.

	STRUTTURE COINVOLTE *												
	PREVENZIONE	SERVIZI	MATERNO INFANTILE	EMERGENZA	AREA MEDICA	SPECIALITA' MEDICHE	AREA CHIRURGICA	SPECIALITA' CHIRURGICHE	DIREZIONE SOCIO	DIREZIONE SANITARIA	PLS	MMG	ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO
AREA FUNZIONALE ONCOLOGICA	SCREENING	RADIOLOGICA	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	MEDICINA INTERNA	ONCOLOGIA	CHIRURGIA	ORL	CURE PALLIATIVE E HOSPICE	GOVERNO CLINICO, RICERCA E MEDICINA DIGITALE			
		DIAGNOSTICA PER IMMAGINI				PNEUMOLOGIA	UROLOGIA	DERMATOLOGIA	Residenzialità				
						GASTROENTEROLOGIA	BREAST UNIT		Cure Domiciliari				
		Anatomia Patologica	NEFRODIALISI	OCULISTICA		CURE ANZIANI		SERVIZIO DI NUTRIZIONE CLINICA					
		LABORATORIO ANALISI	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE OSPEDALIERA	ORTOPEDIA									
		Fisica Sanitaria	NEUROLOGIA	ODONTOSTOMATOLOGIA E CHIRURGIA ORALE					GOVERNO LISTE D'ATTESA				
			MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE TERRITORIALE										

8.1 Tipologia di Utenti

La procedura è rivolta a tutti i cittadini affetti da patologia oncologica in follow-up che afferiscono alle strutture dell'AST Ancona per visite specialistiche o prestazioni di diagnostica strumentale classificate come "Accesso Successivo".

NB: i pazienti oncologici in terapia attiva sono già presi in carico dalle Oncologie dell'AST per l'esecuzione dei cicli di terapia, seguendo i percorsi assistenziali specifici per le singole neoplasie.

9 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ E FLUSSI OPERATIVI

Il modello di Presa in Carico (PIC) si configura come l'infrastruttura logistica che garantisce l'attuazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA). Mentre il PDTA definisce l'appropriatezza clinica ("cosa fare"), la presente procedura definisce e valuta l'efficacia operativa ("come e quando").

9.1 Innesco del Percorso (Punto di Accesso)

La Presa in Carico (PIC) scatta su decisione del clinico ogniqualvolta, a seguito di valutazione clinica, venga identificata la necessità di un percorso assistenziale strutturato con prestazioni successive programmate (diagnostiche, terapeutiche o di supporto).

L'attivazione può avvenire nei seguenti contesti:

- al termine di una visita specialistica oncologica o correlata;
- alla dimissione da ricovero ordinario o Day Hospital (**sia da una struttura dell'AST di residenza, sia da strutture di altre aziende intra-regionali o extra-regionali**);
- a seguito di rivalutazione in corso di terapia o follow-up, quando venga modificato il piano di cura.

La decisione di attivare la PIC deve essere tracciata nella documentazione clinica (cartella clinica/ambulatoriale) e comporta l'avvio della programmazione proattiva delle prestazioni successive tramite agende dedicate (Agende PIC).

9.2 Definizione del Piano in aderenza ai PDTA di Patologia

Il Medico Specialista agisce in conformità ai PDTA specifici approvati a livello nazionale, regionale o aziendale (es. PDTA Mammella, Colon, Polmone, ecc.):

- **Pianificazione Temporale:** Le scadenze degli appuntamenti devono rispettare rigorosamente i tempi clinici previsti dal protocollo di follow-up di patologia.
- **Integrazione Multidisciplinare:** Se il PDTA prevede la valutazione di più specialisti (es. Gruppi Oncologici Multidisciplinari), la prenotazione deve essere coordinata per ridurre i disagi all'utente.

La PIC comprende la presa in carico globale del paziente oncologico lungo l'intero continuum assistenziale, includendo:

1. Follow-up post-trattamento

- visite di controllo, esami laboratoristici e strumentali, rivalutazioni specialistiche previste dai PDTA.

2. Controlli di survivorship

- sorveglianza clinico-strumentale nel lungo periodo;
- gestione degli esiti e delle tossicità tardive;
- piani di follow-up secondo PDTA/linee guida applicabili.

3. Prestazioni extra-oncologiche correlate: integrazione multidisciplinare, multiprofessionale e multidimensionale (coinvolgimento e collaborazione con le Associazioni di Volontariato)

Rientrano nel perimetro della PIC, se clinicamente indicate e coerenti con il piano di cura:

- cardio-oncologia (valutazioni e monitoraggi cardiovascolari durante/dopo terapie potenzialmente cardiotossiche);
- nutrizione clinica (valutazione e interventi nutrizionali in corso di malattia e trattamento);
- psicologia/psico-oncologia (supporto psicologico al paziente e, se previsto, al caregiver);
- eventuali ulteriori prestazioni correlate (es. riabilitazione oncologica, terapia del dolore, cure palliative simultanee, ecc.), secondo indicazione clinica.

Tutte le prestazioni incluse nel perimetro PIC devono essere:

- clinicamente motivate e coerenti con il piano assistenziale;
- programmate e prenotate proattivamente dalla struttura tramite agende dedicate;
- tracciate nei sistemi aziendali e gestite nel rispetto dei consensi privacy.

9.3 Flusso Prescrittivo e Tecnico-Informatico

- **Emissione Ricetta Dematerializzata:** Il medico emette la prescrizione con codice di esenzione per patologia e indicazione di "Accesso Successivo". La prescrizione avviene secondo le regole regionali. In presenza di percorsi interni informatizzati/ordini di reparto, la tracciabilità deve essere comunque garantita nei sistemi aziendali (nuovo SIO) e nei flussi informativi.
- **Utilizzo del Canale Interno e Ottimizzazione delle Risorse:** La prenotazione non transita per i canali CUP esterni. L'operatore (Medico o Case Manager) accede alle Agende PIC CUP dedicate, specifiche, configurate per essere protette rispetto alle prenotazioni di primo accesso e riservate al follow-up.
- **Meccanismo di Riutilizzo Automatico (Efficientamento):** Per garantire la massima saturazione dell'offerta aziendale e l'abbattimento delle liste d'attesa, le agende PIC sono soggette a un sistema di rilascio temporizzato. Qualora gli slot dedicati non vengano saturati entro i due giorni lavorativi antecedenti l'erogazione, la prestazione viene automaticamente sbloccata e resa disponibile al sistema CUP generalista per l'assegnazione ad altri utenti in attesa.
- **Interoperabilità:** Il sistema garantisce che il dato della prenotazione sia visibile nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE 2.0), ove tecnicamente integrato, e consultabile dal MMG.

9.4 Case Management e Coordinamento Logistico

Il **Case Manager** (o l'infermiere di percorso) svolge la funzione di coordinamento della prenotazione:

- **Raggruppamento Prestazioni:** Si impegna a concentrare, ove tecnicamente possibile, più esami (es. prelievo ematico, diagnostica per immagini e visita) preferibilmente nella stessa giornata o in giornate consecutive.
- **Gestione Preparazioni:** Consegna al paziente le note informative per la corretta esecuzione degli esami (es. digiuno, preparazioni intestinali), assicurandosi che la prestazione non vada deserta o non sia ripetuta per errori di preparazione.
- **Figura di riferimento:** Il paziente sa a chi rivolgersi per dubbi, sintomi improvvisi o problemi burocratici, evitando di sentirsi "perso" nel sistema ospedaliero.
- **Facilitatore della comunicazione:** Fa da ponte tra l'equipe multidisciplinare (oncologo, chirurgo, psicologo, nutrizionista) e la famiglia.

Il ruolo del Case Manager non si limita all'assistenza clinica, ma gestisce l'intero **processo assistenziale**.

Fase	Intervento del Case Manager
Accoglienza	Valutazione dei bisogni fisici, psicosociali e logistici del paziente al momento della diagnosi.
Pianificazione	Organizzazione del calendario terapeutico e verifica della comprensione del consenso informato.
Monitoraggio	Controllo dell'aderenza alle cure e gestione precoce degli effetti collaterali (tossicità).
Follow-up	Coordinamento dei controlli post-trattamento e facilitazione del rientro al domicilio o cure territoriali.

L'inserimento di questa figura non è solo un vantaggio organizzativo, ma ha riscontri clinici ed emotivi concreti (impatto positivo sulla Qualità di Vita):

- **Riduzione dell'ansia:** sapere di avere una figura dedicata riduce drasticamente lo stress legato alla gestione della malattia.
- **Empowerment del paziente:** il CM educa il paziente all'autogestione dei sintomi lievi, rendendolo parte attiva del processo di cura.
- **Efficienza del sistema:** si riducono gli accessi impropri al Pronto Soccorso e si ottimizzano le risorse ospedaliere grazie a una programmazione rigorosa.

Nota: Il Case Manager non sostituisce il medico oncologo nelle decisioni cliniche, ma ne potenzia l'efficacia garantendo che il piano terapeutico venga eseguito senza intoppi.

In sintesi, Il Case Manager trasforma l'assistenza da "prestazionale" (fare esami e visite) a "**relazionale**" (prendersi cura della persona). È il garante della dignità del paziente in un momento di estrema vulnerabilità.

9.5 Output al Paziente: Il Pacchetto di Presa in Carico

Al termine della fase di prenotazione, al paziente deve essere consegnato un kit informativo cartaceo e/o digitale contenente:

- **Promemoria unico:** elenco completo di date, orari e sedi di tutti gli appuntamenti fissati per il follow-up.
- **Vademecum Contatti:** recapiti telefonici e mail del servizio di Case Management per modifiche urgenti.
- **Istruzioni Cliniche:** note di preparazione agli esami.
- **Red flags e canali urgenti:** elenco sintetico di sintomi/condizioni che richiedono contatto tempestivo con il team (o accesso PS/112), con recapiti dedicati e orari.

9.6 Gestione dei Tempi d'Attesa ed Eccezioni (Percorsi di Tutela)

Qualora le Agende PIC non presentino disponibilità entro i tempi previsti dal PDTA:

- **Segnalazione alla DMO:** il Case Manager segnala il "fabbisogno inevaso" alla Direzione Medica di Presidio. La Direzione Medica può autorizzare l'apertura di slot aggiuntivi in "overbooking", informando la Direzione Sanitaria aziendale, garantendo comunque la continuità nel percorso pubblico.
- **Recupero Slot:** il sistema monitora le disdette. Uno slot PIC liberatosi viene immediatamente reso disponibile.

9.7 Raccordo con l'architettura Dipartimentale AST Ancona

La gestione della PIC deve integrarsi con l'architettura dipartimentale dell'AST Ancona:

- **Area Funzionale della transizione dei setting:** il Case Manager collabora con questa Area per la transizione fluida verso le Cure Palliative e l'Hospice, coordinandosi con il MMG, garantendo la continuità assistenziale domiciliare (Simultaneous Care).
- **Area Funzionale del Farmaco:** Assicura la disponibilità dei farmaci oncologici e la continuità terapeutica nel passaggio tra setting ospedaliero e distribuzione territoriale.

9.8 Raccordo con la Rete Territoriale (MMG)

Affinché la presa in carico sia a 360 gradi, la procedura prevede l'invio del piano di cure al **Medico di Medicina Generale**. La condivisione con MMG avviene per finalità di cura tramite FSE, ove tecnicamente integrato, e/o canali aziendali sicuri, nel rispetto dei consensi/obscurement eventualmente espressi dall'assistito. Il MMG deve essere informato del calendario delle prestazioni di follow-up per poter supportare il paziente a domicilio e monitorare le condizioni di salute. Il Medico di Medicina Generale (MMG) è parte integrante del team di cura.

Oltre alla ricezione dei referti tramite FSE 2.0, ove tecnicamente integrato, viene stabilito un canale di comunicazione bidirezionale:

- Segnalazione di Alert: il MMG segnala al Case Manager eventuali peggioramenti clinici o criticità sociali rilevate al domicilio.
- Aggiornamento Piano di Cura: il Case Manager informa il MMG di ogni variazione del piano di follow-up, garantendo che il medico del territorio possa supportare il paziente nella gestione della patologia.

9.9 Il Follow-up Riabilitativo (Riabilitazione Oncologica)

In coerenza con il modello di Value-Based Healthcare, la presa in carico nell'AST Ancona non si esaurisce con la sorveglianza clinico-strumentale, ma integra precocemente il percorso riabilitativo per minimizzare gli esiti invalidanti della malattia e dei trattamenti (es. linfedema, tossicità neuromuscolare, fatigue).

- **Valutazione Precoce:** Il Medico Specialista (Oncologo/Chirurgo), durante le visite di follow-up, valuta la necessità di invio del paziente al Medico Fisiatra per la definizione di un Progetto Riabilitativo Individuale (PRI).
- **Prenotazione Proattiva:** Qualora il PDTA di patologia preveda cicli riabilitativi (es. post-intervento al seno o chirurgia cervico-facciale), il Case Manager provvede all'inserimento del paziente nelle apposite Agende PIC di Riabilitazione Territoriale o Ospedaliera, garantendo la continuità tra la fase acuta e quella del recupero funzionale.
- **Integrazione con l'Area Funzionale delle Professioni Sanitarie:** Il personale della riabilitazione (Fisioterapisti, Logopedisti) collabora con il Case Manager per monitorare l'aderenza al percorso e segnalare eventuali criticità funzionali che richiedano un anticipo della visita oncologica.

9.10 Strumenti Digitali e Multidisciplinarietà

- **Telemedicina e Telemonitoraggio:** In attuazione del DM 77/2022, la procedura prevede l'uso di piattaforme di telemonitoraggio per il controllo a distanza dei sintomi durante le terapie orali e il follow-up. Ciò permette di intercettare precocemente tossicità e ridurre gli accessi impropri in Pronto Soccorso. L'adozione di ePRO deve prevedere: frequenza definita (es. settimanale in terapia sistemica/metastatica o durante terapie orali), soglie di alert, tempi di risposta del team, e indicazione esplicita che il sistema non sostituisce canali urgenti (PS/112/contatto diretto).

10 FORMAZIONE, INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

L'implementazione del modello PIC richiede un cambiamento culturale e tecnico.

L'AST Ancona si impegna a:

1. Formazione del Personale

Saranno organizzati incontri formativi specifici (webinar o sessioni in presenza presso gli stabilimenti di Jesi, Fabriano e Senigallia) rivolti a Medici Specialistici, Case Manager e Personale Amministrativo per l'utilizzo delle funzionalità del software CUP Regionale relative alle agende protette.

2. Informazione al Cittadino

La Direzione metterà a disposizione materiale informativo (brochure cartacee e digitali) da consegnare al paziente al momento della Presa in Carico, spiegando i vantaggi del nuovo percorso e i contatti diretti del Case Management, al fine di scoraggiare il ricorso autonomo ai punti di prenotazione esterni.

3. Coinvolgimento MMG/PLS

La procedura sarà trasmessa ai Medici di Medicina Generale tramite i canali di comunicazione aziendale per garantire che il territorio sia a conoscenza del nuovo flusso e possa collaborare nel monitoraggio del paziente.

4. Coinvolgimento del Terzo Settore e Ricerca Clinica

In linea con l'Accordo n. 166/CSR/2023, l'AST Ancona riconosce le Associazioni di volontariato e dei malati come partner strategici della Rete Oncologica. Il loro ruolo non è limitato al supporto esterno, ma si estende alla co-progettazione dei percorsi e al miglioramento della qualità percepita.

- **Supporto alla Presa in Carico:** il Case Manager facilita il contatto tra il paziente e le Associazioni accreditate per il supporto psico-sociale e logistico.
- **Ricerca Clinica e Traslationale:** come previsto dalla DGR 1906/2025, la fase di Presa in Carico (PIC) include la valutazione dell'eleggibilità del paziente per sperimentazioni cliniche multicentriche. Il GOM (Gruppo Oncologico Multidisciplinare) funge da interfaccia per l'accesso ai trial attivi nella Rete Regionale, garantendo al paziente l'accesso alle terapie più innovative.

11 MODALITÀ DI VERIFICA DELL'APPLICAZIONE E MONITORAGGIO

La verifica dell'applicazione della presente procedura è finalizzata a garantire l'omogeneità del modello di Presa in Carico (PIC) in tutti gli stabilimenti dell'AST Ancona (Jesi, Senigallia, Fabriano) e l'effettiva integrazione con i PDTA oncologici. Si basa sull'uso di indicatori di Performance, di Processo, di Accessibilità e Continuità, di Esito e di Qualità Percepita.

11.1 Key Performance Indicators (KPI)

1. KPI di Performance

- **Indice di Copertura PIC:** Percentuale di pazienti oncologici che, a seguito di visita specialistica o dimissione, escono dalla struttura con il "Promemoria di Prenotazione" (Target: >90%);
- **Aderenza ai Tempi del PDTA:** Scostamento tra la data di erogazione raccomandata dal protocollo clinico e la data effettiva di prenotazione (Target: scostamento < 10%);
- **Tasso di Riduzione "Giro al CUP":** Monitoraggio dei flussi di prenotazione presso gli sportelli fisici per prestazioni di controllo (l'obiettivo è la riduzione tendenziale a zero del ricorso al CUP front-office per il follow-up);
- **Tasso di No-show e Disdetta:** Analisi delle mancate presentazioni per valutare l'efficacia dei sistemi di recall gestiti dal Case Management;
- **Saturazione Agende Dedicate:** Monitoraggio del tasso di riempimento delle Agende PIC per identificare precocemente la necessità di apertura di nuovi slot.

2. KPI di Governance e Percorso (Processo)

Questi indicatori misurano la solidità organizzativa della Rete e la reale operatività dei PDTA.

- **Indice di Multidisciplinarietà (IM):** Percentuale di pazienti presi in carico la cui strategia terapeutica è stata discussa all'interno di un GOM (Gruppo Oncologico Multidisciplinare). Target: > 80%;
- **Tempo di Attesa Diagnosi-Trattamento:** Giorni intercorsi tra la data di diagnosi (esito istologico/strumentale) e l'inizio del primo trattamento (chirurgico o farmacologico). Target: conforme ai limiti stabiliti per specifica patologia.

3. KPI di Accessibilità e Continuità

Questi indicatori valutano la fluidità del percorso PIC.

- **Tasso di abbandono (Drop-out) della Rete:** Percentuale di pazienti che effettuano il primo accesso presso l'AST Ancona ma che eseguono i successivi controlli o trattamenti presso altre strutture fuori rete. Target: < 15%.

4. KPI di Esito e Qualità Percepita (Value-Based Healthcare)

Questi indicatori integrano la dimensione clinica con quella dell'esperienza del paziente.

- **Patient Reported Experience Measures (PREMs):** Valutazione semestrale tramite questionari sulla percezione della continuità assistenziale e sulla facilità di navigazione nel percorso burocratico. Target: Punteggio medio > 4/5;
- **Indice di Ospedalizzazione non programmata:** Numero di accessi al Pronto Soccorso di pazienti oncologici in carico per complicanze gestibili a livello ambulatoriale o domiciliare.

11.2 Organismi Responsabili della Verifica

Il processo di verifica è strutturato su tre livelli:

- **Livello Operativo (Audit Interno di Unità):** Il Responsabile dell'U.O. di Oncologia e il Case Manager effettuano un debriefing mensile per analizzare eventuali blocchi nel sistema di prenotazione interna;
- **Livello Strategico (DMO e Governo Clinico):** La Direzione Medica di Stabilimento, in collaborazione con il Servizio Flussi Informativi, estrae trimestralmente i dati di performance per verificare l'equità di accesso tra i vari presidi dell'AST;
- **Livello di Rete (R.O.RE.M.):** Confronto dei dati con i requisiti della Rete Oncologica Regionale per garantire che i pazienti dell'AST Ancona ricevano lo stesso standard di presa in carico dei centri HUB regionali.

11.3 Metodologia di Audit

La verifica non è solo quantitativa (numeri) ma anche qualitativa:

- **Audit Clinico sui PDTA:** Verifica a campione sulle cartelle cliniche per accertare che le prenotazioni effettuate corrispondano realmente alle necessità cliniche definite dal PDTA di patologia;
- **Customer Satisfaction:** Somministrazione periodica di brevi questionari ai pazienti oncologici per valutare la percezione della continuità assistenziale e la facilità di accesso alle cure (Focus: "Il paziente si è sentito abbandonato nella fase di prenotazione?").

11.4 Gestione delle Non-Conformità ed Azioni Correttive

In caso di scostamenti significativi rispetto ai target prefissati:

- **Analisi delle Cause:** La DMO convoca i referenti di percorso per individuare la causa (es. carenza di personale, malfunzionamento software, saturazione della diagnostica);
- **Piano di Rientro:** Viene definito un piano d'azione (es. rimodulazione delle agende, potenziamento delle ore di specialistica, formazione del personale amministrativo);
- **Report alla Direzione Generale:** Gli esiti dei monitoraggi e le eventuali azioni correttive vengono comunicati periodicamente alla Direzione Generale dell'AST Ancona, come previsto dal sistema di budget e obiettivi dei Direttori di Unità Operativa.

12 REVISIONE E AGGIORNAMENTO

La presente procedura è un documento dinamico.

- **Revisione Straordinaria:** In caso di aggiornamenti significativi dei PDTA Regionali, modifiche sostanziali all'Atto Aziendale, introduzione di nuove piattaforme tecnologiche.
- **Responsabilità:** La responsabilità dell'aggiornamento è in capo alla Direzione Medica di Presidio (POU) in collaborazione con i Responsabili delle Unità Operative di Oncologia e alla Direzione Sanitaria Aziendale.

13 ALLEGATI

- **Allegato 1:** Flow chart di processo.

Allegato 1: - PIC: FLOW CHART PROCESSO

