

SCHEDA 1. Il modello organizzativo: come funziona

Il **Comprehensive Cancer Care Network dell'Emilia-Romagna** è il modello organizzativo scelto per la particolare complessità clinico-organizzativa dell'ambito oncologico (più simile ad una rete delle reti), l'assetto consolidato e il diffuso livello qualitativo medio-alto delle strutture dedicate già presenti in regione.

Tre sono i livelli operativi di questo modello, che si caratterizza per il profilo inclusivo delle strutture competenti e delle relazioni collaborative già esistenti sul territorio regionale:

- **Centri di I livello:** strutture organizzate che erogano prestazioni oncologiche ed emato-oncologiche in prossimità, in linea con i programmi e gli indirizzi definiti nella normativa nazionale, regionale e locale (ad esempio Ospedali di Comunità e Case di Comunità);
- **Centri di II livello:** ospedali distrettuali in grado di assicurare, all'interno del coordinamento di rete e in continuità con i centri di III livello, prestazioni diagnostiche, terapeutiche e assistenziali oncologiche ed emato-oncologiche;
- **Centri di III livello:** ospedali polispecialistici in cui sono presenti tutte le competenze specialistiche ad interesse oncologico ed emato-oncologico, le dotazioni tecnologiche a elevata complessità insieme a programmi di formazione continua e di ricerca.

Al **Coordinamento di rete oncologica ed emato-oncologica**, che è regionale per assicurarne l'omogeneità di funzionamento, vengono attribuite funzioni strategiche, tecnico-scientifiche e di promozione della ricerca e dell'innovazione. Esistono anche **coordinamenti di rete locale su base provinciale e/o aziendale (Romagna)**.

In particolare, **le reti locali** ricompongono le diverse funzioni dei Dipartimenti e dei Distretti coinvolti e realizzano al loro interno il raccordo tra i livelli ospedaliero e territoriale. Assicurano, tra l'altro, la prevenzione secondaria con l'attività di screening, i percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) condivisi da tutte le componenti professionali nella formulazione e implementazione, con punti di accesso equamente distribuiti in tutti i territori, la continuità delle cure dopo la dimissione ospedaliera, la riabilitazione fisica e psico-sociale in continuità anche con i servizi sociali, la fruizione dei servizi e delle competenze afferenti alla rete di cure palliative, la condivisione e gestione dei programmi di follow-up.

I **percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali oncologici ed emato-oncologici** sono governati da un **Gruppo Multidisciplinare/Multiprofessionale Oncologico (GOM)**, che ha il compito di assicurarne l'implementazione nei nodi della rete, provvedendo anche al monitoraggio dei risultati. Ogni PDTA individua un coordinatore responsabile e un case-manager, figura di coordinamento

dell'attività dei professionisti interni ed esterni e riferimento per la relazione/comunicazione con il paziente e i familiari.

Quanto alla **gestione urgenze cliniche e organizzative** è prevista la realizzazione di percorsi di accesso preferenziale all'interno dei Dipartimenti di emergenza-urgenza e dei Dipartimenti oncologici, evitando l'utilizzo del Pronto Soccorso./MC