



COLLEGAMENTI TRA I NODI DELLA RETE ONCOLOGICA DELLA REGIONE LAZIO (ROL) E OPERATIVITÀ PUNTO ONCOLOGICO DI ACCESSO E DI CONTINUITÀ DI CURA (PACO)

Sommario

GRUPPO DI LAVORO	3
PREMESSA	4
PRESA IN CARICO E/O INDIRIZZO PER IL SOSPETTO DIAGNOSTICO	6
GESTIONE DEL PAZIENTE IN TRATTAMENTO ATTIVO.....	8
FOLLOW UP	12
APPENDICI	13
APPENDICE 1 – elementi di operatività del Punto di accesso e Continuità delle Cure in oncologia (PACO). 14	
APPENDICE 2 - COLLEGAMENTI TRA I NODI DI RETE PER PRESTAZIONI/PROCEDURE	16
APPENDICE 3 - ACCESSO DEL PAZIENTE ONCOLOGICO IN PRONTO SOCCORSO	18
<i>Percorso del paziente oncologico in Pronto soccorso</i>	19
APPENDICE 4 - DIRITTI del MALATO con TUMORE e dei CAREGIVER ONCOLOGICI	21

GRUPPO DI LAVORO

Coordinamento Oncologico Regionale	
Sara Farchi	Regione
Carmelina Guerrera	Regione
Sergio Ribaldi	Regione
Fabiana Troisi	Regione
Paolo Parente	Regione
Silvia Scalmana	Regione
Francesco Scarcella	Regione
Giuseppe Di Lorenzo	Regione
Mirko Di Martino	DEP
Teresa Gamucci	Regione
Alessandra Montesi	Regione
Gruppo di lavoro	
Mario D'Andrea	Oncologo, ASL Roma 4 (facilitatore)
Laura Giacinti	Oncologa, ASL Roma 6 (facilitatore)
Gian Paolo Spinelli	Oncologo, ASL Latina
Massimo Magnanti	Medico d'urgenza, PO S. Filippo Neri, ASL Roma 1
Manuela Cappannini	Medico di Medicina Generale, ASL Roma 2
Fernando Corazzi	Infermiere Famiglia e Comunità (IFeC), ASL Roma 6
Roberta Marchini	Collaboratore Prof. Sanitario Infermieristico (CPSI), COT-A ASL Roma 4
Paola Santalucia	Dirigente Medico di Direzione Sanitaria, AO S. Giovanni Addolorata
Giancarlo Tesone	Direttore di Distretto, ASL Roma 2
Cristiana Giacani	Care manager, PACO AOU Sant' Andrea
Chiara D'Antonio	Oncologa, PACO AOU Sant'andrea
Federica Mazzucca	Oncologa, AOU Sant'andrea
Gabriella Guerriero	Medico d'urgenza, ASL Roma 5
Simone Curti	Medico d'urgenza, ASL Roma 6
Maria Pia Ruggieri	Medico d'urgenza, AO San Giovanni Addolorata
Patrizio Fausti	Associazione IRENE
Silvana Zambrini	FAVO
Elisabetta Iannelli	AIMaC/FAVO

PREMESSA

La patologia neoplastica si caratterizza per una estrema complessità, elevata incidenza e mortalità correlata, nonché alto indice di sviluppo di disabilità (temporanea e/o permanente), conseguenti alla malattia in sé e ai trattamenti antitumorali. Ciò rende evidente- ancor più alla luce della crescente cronicizzazione della malattia per la disponibilità di nuovi trattamenti- la necessità di una presa in carico del paziente che sia globale e che accompagni la persona malata dall'inizio del suo percorso diagnostico-terapeutico, al termine dello stesso, attraverso un approccio integrato e una connessione continua tra territorio e ospedale.

Lo sviluppo di una rete garantisce un approccio globale e integrato che permette la continuità assistenziale del malato in tutte le fasi diagnostico-terapeutiche, comprese le cure e l'assistenza domiciliare, l'individuazione delle fragilità sociali e psicologiche, fino alle cure palliative e al sostegno nel fine vita.

L'interdisciplinarietà dell'approccio clinico consente di stabilire percorsi di cura più appropriati, permette una maggiore tempestività e coordinamento degli interventi ed evita la frammentazione dei percorsi diagnostico-terapeutici, attraverso un utilizzo razionale ed efficiente delle risorse disponibili.

Tra i principali obiettivi della Rete Oncologica della Regione Lazio (ROL) c'è quello di consentire un accesso rapido ed efficace ai percorsi di diagnosi e cura, garantendo l'accesso ai Centri di riferimento e nel contempo facilitando dove possibile la gestione in prossimità, in linea con le indicazioni del PON (Piano Oncologico Nazionale).

Lo stesso modello del Comprehensive Cancer Care Network (CCCN) prevede la messa in rete dei professionisti presenti nei centri di riferimento e nei servizi di prossimità, coordinati e integrati attraverso percorsi e processi strutturati e trasversali che svolgono la propria attività decisionale e assistenziale in team multiprofessionali e multidisciplinari per assicurare il percorso più idoneo con tempistiche coerenti.

La prossimità delle cure consente di rendere il percorso più agevole per il malato e di decongestionare i Centri di Riferimento Ospedalieri (CRO). A tal fine il coordinamento Regionale della ROL sta definendo nell'ambito dei piani di rete per singola patologia neoplastica il percorso in prossimità del paziente, secondo criteri di appropriatezza clinica e organizzativa. Qualora nelle ASL non siano presenti CRO per una determinata patologia, obiettivo del Coordinamento Oncologico Aziendale sarà quello di definire un percorso aziendale con collegamenti strutturati fra i nodi di rete e, con il coinvolgimento delle UO di oncologia aziendali e delle altre figure mediche specialistiche di patologia d'organo presenti sul territorio, costituendo un Gruppo Multidisciplinare Oncologico di supporto (GOMP- Gruppo Multidisciplinare Oncologico di Prossimità) in rapporto funzionale con il Centro di Riferimento designato.

In tale contesto riveste un ruolo fondamentale l'istituzione dei Punti di Accesso e continuità delle Cure in Oncologia (PACO) presso ogni ASL e CRO e l'individuazione dei gruppi multidisciplinari previsti dai Piani di rete per specifica patologia tumorale.

La riorganizzazione della Rete Oncologica Regionale, nelle diverse fasi del percorso, deve tener conto della più ampia reingegnerizzazione dei processi relativi alla continuità delle cure tra diversi setting assistenziali. Il PNRR Missione 6 ed il DM 77/2022, recepiti con la DGR 643/2022, include prioritariamente il rafforzamento dell'assistenza distrettuale e delle cure intermedie, ovvero l'implementazione di processi di presa in carico e di integrazione sociosanitaria che gestiscano la complessità clinica e organizzativa, migliorino le prestazioni erogate sul territorio anche grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali.

Si inserisce in tale contesto il modello di Transitional Care, riferito ad un approccio assistenziale che faciliti la continuità delle cure tra diversi setting, garantendo che i pazienti ricevano cure appropriate e coordinate durante le transizioni. Le Linee di Indirizzo Operativo per l'attività della Centrale Operativa Territoriale (COT) rappresentano il riferimento per i percorsi di continuità assistenziale dal ricovero ospedaliero in acuzie alle

aree di post acuzie, delle cure intermedie e della salute mentale (*Deliberazione Giunta n. 621 del 17/07/2025*)¹. Successivamente all'implementazione del modello a partire dal ricovero ospedaliero, si prevede anche l'attivazione dei servizi territoriali tramite COT direttamente dai Medici di Medicina Generale- Medici Ruolo Unico di Assistenza Primaria (MMG-MRUAP), Pediatri di Libera Scelta (PLS) e dagli altri servizi territoriali (Specialistica Ambulatoriale, Case di Comunità, Punto Unico di Accesso).

Strumenti di supporto alle attività di connessione tra i nodi della rete, in fase di implementazione sono:

- La piattaforma SINFONIA in uso attualmente in regione Campania, che permetterà ai medici/specialisti/MMG-MRUAP di segnalare un sospetto diagnostico ai centri dotati di gruppo multidisciplinare, anche per il tramite del PACO al fine di una tempestiva presa in carico;
- Il potenziamento dei servizi di telemedicina previsti nell'ambito della Missione 6 del PNRR, tra i quali l'estensione ai reparti della piattaforma ADVICE di teleconsulto, attualmente in uso nelle strutture dell'emergenza e l'avvio della Infrastruttura Regionale di Telemedicina, da utilizzare per aumentare la disponibilità di televisite di controllo per il follow-up dei pazienti;
- La completa implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

Obiettivo del presente documento è fornire linee operative utili per la razionalizzazione dei collegamenti tra i nodi della rete e tra ospedale e territorio, al fine di individuare e definire i processi operativi per le connessioni relative alle esigenze sanitarie o sociosanitarie riguardanti soggetti affetti da patologia oncologica.

Tali elementi sono sviluppati nel percorso di seguito riportato, distinto in funzione del bisogno assistenziale:

1. presa in carico e/o indirizzo per il sospetto diagnostico;
2. gestione del paziente in trattamento attivo;
3. follow-up.

Per ognuno dei 3 momenti sono rappresentati diagrammi di flusso² nei quali sono riportate le note esplicative.

Il percorso è trasversale ai Piani di rete per le diverse patologie neoplastiche.

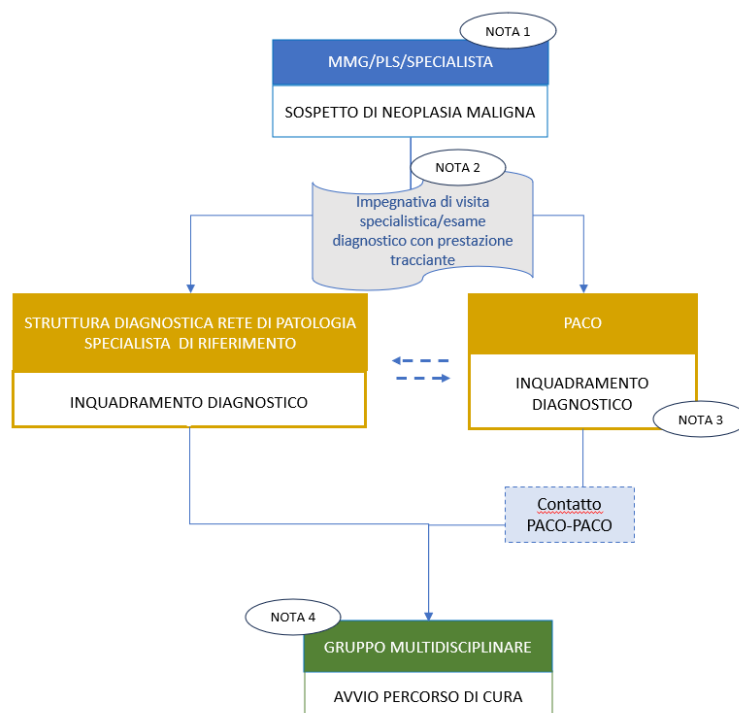
In appendice al documento sono riportati elementi di approfondimento sull'operatività dei PACO, sui collegamenti tra strutture per procedure specialistiche e sull'appropriatezza di percorso in PS dei pazienti oncologici. Infine, in appendice 4 viene riportato un contributo delle associazioni sui diritti del malato non solo relativi al sistema sanitario ma anche su aspetti legati al lavoro, all'invalidità e altri aspetti sociali.

¹ Deliberazione Giunta n. 621 del 17/07/2025. "Approvazione delle Linee di indirizzo finalizzate al miglioramento della Governance per gli aspetti organizzativi e gestionali delle Centrali Operative della Regione Lazio. Implementazione dei processi di Transitional Care."

² Strumento grafico che rappresenta in modo chiaro e sequenziale le fasi del percorso clinico di un paziente, dalla diagnosi al trattamento e follow-up. I simboli che vengono utilizzati sono: 1) Nodi decisionali (rombi) che indicano scelte cliniche-, 2) Azioni (rettangoli) che rappresentano le attività da svolgere con definizione degli attori; 3) Connessioni (freccie) che mostrano la sequenza logica.

PRESA IN CARICO E/O INDIRIZZO PER IL SOSPETTO DIAGNOSTICO

Mappa 1 - Presa in carico e/o indirizzo per il sospetto diagnostico - accesso MMG-MRUAP/PLS



NOTA 1

Nella grande maggioranza dei casi di sospetto clinico per patologia neoplastica l'assistito si reca dal MMG-MRUAP/PLS o dallo specialista ambulatoriale, i quali lo indirizzano al percorso definito dallo specifico PDTA per patologia aziendale. Qualora non fosse disponibile un percorso definito, il MMG-MRUAP/PLS indirizza il paziente presso il PACO di prossimità in modo da facilitare una presa in carico tempestiva ed appropriata; il PACO prende in carico il paziente per il completamento diagnostico, con successivo invio al percorso di cura.

Si sottolinea l'importanza dell'appropriatezza di accesso alla rete. Un sospetto diagnostico altamente suggestivo di patologia oncologica è una valutazione clinica che si basa sull'identificazione di un insieme di segni, sintomi, risultati di laboratorio o reperti di *imaging* che, pur non essendo diagnostici in modo definitivo, indicano una probabilità elevata che sia presente un tumore maligno; la presenza di fattori di rischio o familiarità possono rappresentare ulteriori elementi a favore del sospetto.

Al fine di facilitare l'accesso alla rete più tempestivo possibile è necessario che i siti regionale ed aziendali prevedano una sezione dedicata ai percorsi dei PDTA di patologia. È inoltre necessario che i professionisti della rete dispongano di riferimenti dei Care Manager dei PACO e dei Case Manager dei Team multidisciplinari e multiprofessionali (MDT).

NOTA 2

Il primo accesso al percorso oncologico tramite il PACO avviene con impegnativa del MMG-MRUAP/PLS o dello specialista – anche del PACO stesso dopo aver riscontrato una effettiva necessità. La richiesta di “Prima visita oncologica” sarà identificata con codice CUR tracciante dell'ambulatorio PACO (in corso di definizione) e conterrà nel campo «quesito diagnostico» il codice ICD9-CM corrispondente al sospetto diagnostico.

La visita è prenotabile su agende dedicate al PACO, associate al codice CUR soprariportato.

In attesa dell'attivazione del codice CUR specifico sarà possibile inserire nel campo note “ambulatorio PACO”. Per l'indicazione alla priorità, oltre ai singoli Piano di Rete, si rimanda alle indicazioni regionali sull'appropriatezza prescrittiva.

NOTA 3

Il PACO accoglie il paziente ed effettua:

- prima visita oncologica e completamento dell'inquadramento in caso di dubbio diagnostico, per il tramite della UO oncologia aziendale. Eventuali accertamenti di approfondimento per l'inquadramento diagnostico avvengono attraverso percorsi strutturati e agende dedicate in base all'organizzazione locale, interni o esterni alla struttura;
- successivo invio al Team multiprofessionale e multidisciplinare di riferimento;
- accesso ed effettuazione delle procedure amministrative quali attivazione dell'esenzione "048" in modalità telematica, richieste di erogazione di ausili, presidi sanitari;
- emissione del certificato oncologico digitale introduttivo e del certificato specialistico pediatrico e supporto all'erogazione dei servizi INPS, tramite modalità operative concordate e strutturate.

Si precisa che l'effettuazione delle procedure di rilascio dell'esenzione ed emissione del certificato oncologico digitale introduttivo/certificato specialistico pediatrico non è prerogativa del PACO ma viene effettuata nell'ambito della presa in carico del paziente (dunque anche dal MDT), in base alla disponibilità delle informazioni necessarie e secondo l'organizzazione aziendale e comunque con la finalità di facilitazione per il paziente. Qualora una determinata patologia neoplastica non sia trattata nella struttura/azienda, il paziente viene indirizzato al centro di riferimento tramite contatto dei relativi PACO.

NOTA 4

L'MDT è il responsabile della definizione, tramite discussione multidisciplinare, del percorso di cura e della sua gestione nelle varie fasi. Tale attività viene svolta con l'ausilio del Case Manager in modo proattivo per la persona e i suoi caregiver e curando i collegamenti con gli altri nodi della rete.

Il paziente, in caso di necessità, può rivolgersi al Case manager del gruppo multidisciplinare (MDT) o della UO oncologia da cui è preso in carico utilizzando il riferimento telefonico o e-mail di cui è stato dotato e opportunamente pubblicizzato dalle Aziende e, qualora venga ritenuto opportuno, è possibile effettuare un accesso ambulatoriale diretto per l'esecuzione di attività cliniche e procedure diagnostico-terapeutiche. Questo accesso può essere effettuato presso il CRO o, nel caso di specifiche condizioni cliniche o ambientali (escluse le condizioni di emergenza/urgenza), presso il PACO di ASL di residenza.

GESTIONE DEL PAZIENTE IN TRATTAMENTO ATTIVO

Effettuazione terapia medica

Al fine di agevolare il paziente/familiari la terapia dovrebbe essere effettuata in prossimità, salvo diversa indicazione riportata nello specifico Piano di rete per patologia.

Pertanto, se il MDT che ha in carico il paziente è situato fuori dalla ASL di residenza o comunque non agevolmente raggiungibile, la terapia medica potrà essere svolta presso un Centro oncologico di prossimità. Tale percorso richiede preventivamente il contatto diretto tra i due centri e una condivisione del programma, tramite gli strumenti di connessione attivi o in corso di attivazione. La rete tra i Case/Care Manager (sia dei gruppi multidisciplinari che dei PACO) può facilitare il collegamento.

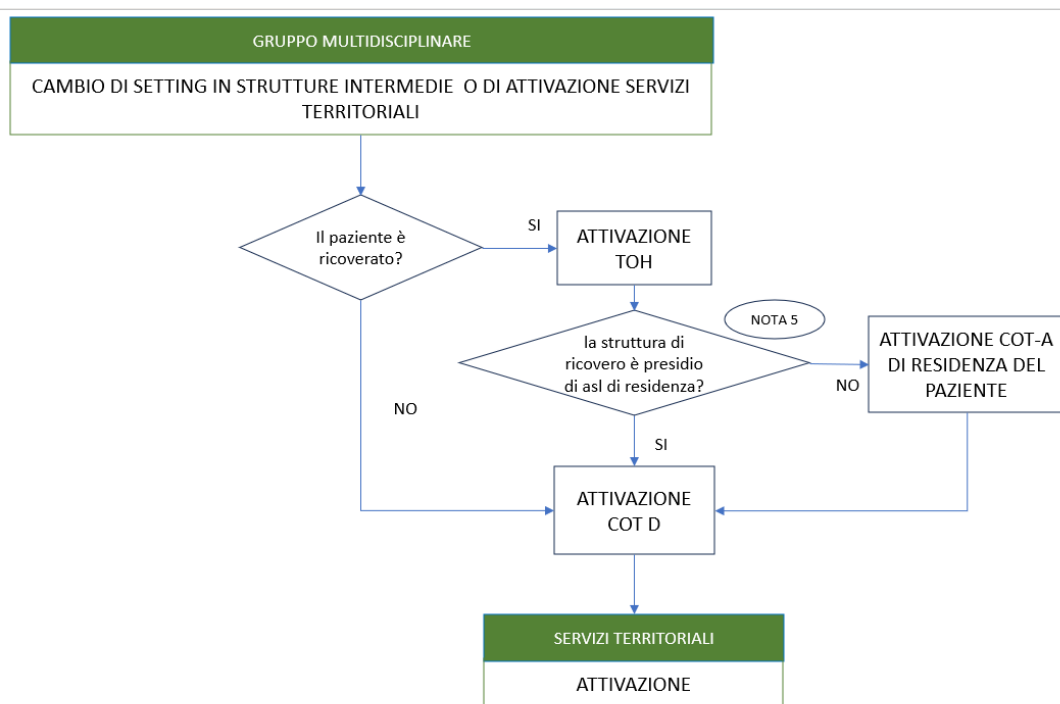
È inoltre raccomandata la predisposizione di adeguata documentazione clinica.

Nel caso di pazienti complessi (per poli morbidità, complessità clinica, età, capacità terapeutica) è fortemente raccomandato garantire la gestione presso strutture di riferimento polispecialistiche, a garanzia di maggiore adeguatezza della presa in carico, anche a scapito del principio di prossimità.

È inoltre utile effettuare una valutazione delle condizioni di fragilità relativamente a condizioni socioassistenziali e cliniche tramite l'uso di scale strutturate, e per i pazienti anziani, a seguito di prima valutazione, l'invio a consulenza geriatrica.

Cambio di setting in strutture intermedie o attivazione di servizi territoriali

Mappa 2. GESTIONE DEL PAZIENTE IN TRATTAMENTO ATTIVO – STRUTTURE INTERMEDIE O SERVIZI TERRITORIALI



NOTA 5

Le Linee di Indirizzo Operative per l'attività delle Centrali Operative (Deliberazione della Giunta Regionale n. 976 del 28 dicembre 2023) rappresentano il riferimento per i percorsi di continuità assistenziale dal ricovero ospedaliero alle aree di post acuzie, delle cure intermedie e della salute mentale.

La tabella 1 mostra i processi operativi per l'attivazione dei servizi territoriali, attualmente in vigore. Come già descritto sopra, a seguito della piena operatività del modello previsto per l'assistenza territoriale in coerenza con il DM 77/2022 saranno le Centrali Operative territoriali a gestire l'attivazione dei servizi.

I percorsi di attivazione dei servizi territoriali per i pazienti in regime di ricovero sono descritti nella Deliberazione Giunta n. 621 del 17/07/2025, prevedendo sempre la verifica del setting da parte del Team

Operativo Ospedaliero (TO-H) di competenza e la successiva attivazione della COT di competenza. La COT-A gestisce transiti tra ospedali e strutture territoriali aziendali e monitora richieste verso COT-D; la COT-D gestisce la rete di prossimità nel distretto, presa in carico dei pazienti fragili e cronici, coordina cure domiciliari e ambulatoriali. In sintesi, alla COT-D arrivano tutte le richieste per prendere in carico i pazienti fragili e con patologie croniche che vivono nel Distretto. Queste segnalazioni arrivano sia dalla COT-A (ospedali e strutture esterne), sia direttamente dai medici di base, pediatri e dagli altri servizi territoriali (ambulatori specialistici, CdC, PUA).

In tale quadro è indispensabile che il coordinamento oncologico aziendale sia in collegamento con la rete dei servizi territoriali ed abbia riferimenti per i servizi offerti dalla propria COT-A. Nei casi nei quali il paziente sia in cura presso un CRO di azienda autonoma o comunque non appartenente alla propria ASL di residenza, la rete dei care manager potrà facilitare l'attivazione dei servizi territoriali, tramite passaggio alla COT-A della ASL di residenza del paziente.

Tabella 1 – procedure operative Attivazione servizi territoriali

Servizio territoriale	Percorso
Percorso nutrizione artificiale domiciliare (NAD)	<p>È necessario che ogni paziente venga valutato nei diversi momenti del percorso diagnostico e terapeutico per cercare di ottimizzare lo stato di nutrizione e per migliorare la qualità della vita del paziente, già compromessa dalla patologia oncologica. Quindi la valutazione dello stato nutrizionale deve essere effettuata in tutti i pazienti al momento della diagnosi e ripetuta ad intervalli predefiniti. La valutazione dello stato nutrizionale è un processo multimodale, basato sulla storia clinica, sui trattamenti effettuati ed in corso, sulla presenza di sintomi non controllati, sulla rilevazione dei parametri antropometrici e su test di laboratorio. Mediante un corretto screening nutrizionale si possono identificare, in maniera rapida, quei pazienti con caratteristiche comunemente associate a problematiche nutrizionali, che devono essere sottoposti ad una valutazione globale dello stato nutrizionale³. Dal punto di vista operativo, il paziente viene segnalato al Centro di Nutrizione dove il nutrizionista effettuerà la “<i>valutazione dello stato nutrizionale</i>” e stilerà il “<i>piano nutrizionale</i>”.</p> <p>La COT-D e il MMG-MRUAP ricevono il piano nutrizionale; la COT D attiva la fornitura del materiale per la nutrizione (richiedendola alla farmacia territoriale) e il CAD/ADI per iniziare il trattamento; il monitoraggio/follow up viene effettuato a domicilio dal MMG-MRUAP e dal Medico del Distretto di residenza del paziente che si relazionano con la struttura inviante</p>
Percorso vaccinale	<p>Il paziente, riconosciuto bisognoso di copertura vaccinale, viene segnalato ed indirizzato alla UO Vaccinazioni aziendale secondo un percorso interno semplificato. A tale scopo, ogni Azienda attiva un percorso operativo semplificato promuovendo per i pazienti oncologici l'attività vaccinale.</p>
Assistenza domiciliare (ADI)	<p>Lo scopo principale è quello di migliorare la qualità della vita dei pazienti con diagnosi oncologica, offrendo allo stesso tempo un sostegno adeguato anche alle loro famiglie. Include diverse tipologie di prestazioni, che vengono adattate alle esigenze specifiche di ciascun paziente, tra le quali: consulenze specialistiche (es. gestione del dolore, controllo dei sintomi); somministrazione di farmaci e terapie; assistenza infermieristica per medicazioni, gestione di cateteri e drenaggi, fisioterapia. Il paziente è segnalato dal MMG-MRUAP/PLS che presenta la richiesta di attivazione ADI al CAD su modulistica regionale. Previa valutazione della UVMD ed eventuale elaborazione del PAI (piano assistenziale individuale) il paziente è preso in carico.</p>

³ Linee di indirizzo sui percorsi nutrizionali nei pazienti oncologici, approvate il 14 dicembre 2017 in Conferenza Stato-Regioni con Accordo Rep. Atti n. 224/CSR

Cure palliative/Simultaneous care	<p>Le Cure Palliative Precoci e Simultanee (CPPS) costituiscono un modello assistenziale e organizzativo volto a garantire la presa in carico globale e personalizzata del paziente, attraverso un percorso di cura continuo, integrato e progressivo. Tale approccio prevede l'attivazione congiunta delle cure palliative insieme ai trattamenti specialistici - fra cui oncologici, cardiologici, pneumologici, neurologici, ematologici, infettivologici, geriatrici - fin dalle fasi iniziali della malattia avanzata. L'obiettivo primario delle CPPS non è esclusivamente il prolungamento della sopravvivenza, bensì il miglioramento della qualità della vita del paziente, la gestione precoce e ottimale dei sintomi e il sostegno continuo alla famiglia, promuovendo una visione della cura orientata al benessere globale della persona e alla proporzionalità degli interventi terapeutici. L'attivazione delle CPPS per il malato oncologico è raccomandata il più precocemente possibile, specialmente in presenza di malattia avanzata, sintomi complessi, deterioramento clinico o fragilità multidimensionale (fisica, psicologica, sociale), per migliorare la qualità della vita. L'accesso ai servizi di cure palliative è subordinato alla valutazione clinico-assistenziale dell'assistito mediante strumenti validati e condivisi a livello aziendale e regionale, di cui alla Determinazione n. G14720/2025.⁴ Il modello organizzativo si basa su un'integrazione dinamica e capillare tra specialisti ospedalieri e team territoriali, con due fasi principali: una valutazione iniziale per identificare i bisogni e il setting assistenziale più adeguato, seguita da una presa in carico globale e continuativa che garantisce la continuità delle cure e la comunicazione tra tutti gli attori coinvolti, con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita del paziente. Il paziente viene segnalato alla COT-A tramite compilazione del modulo unico regionale.</p> <p>Il modello organizzativo per Le Cure palliative ospedaliere è stato definito nella Determinazione G14930 del 2025⁵.</p> <p>La COT-A di residenza valuta la richiesta tramite l'Unità Valutativa Cure Palliative Aziendale. In caso di appropriatezza la COT-A inserisce il paziente in lista d'attesa per la presa in carico nel setting assistenziale indicato (ambulatoriale, domiciliare, residenziale)</p>
Ospedale di comunità (OdC) – reparto infermieristico (UDI)	Il paziente viene segnalato alla COT-D di residenza che provvede ad inoltrare la domanda alla unità di degenza infermieristica (UDI) o Ospedale di comunità ⁶
Riabilitazione domiciliare	Il paziente viene segnalato al MMG-MRUAP e PLS che presenta la richiesta di attivazione dei Servizi di Riabilitazione su modulistica regionale al CAD. Previa valutazione della UVMMD e successiva elaborazione del PRI (piano riabilitazione individuale) il paziente viene preso in carico.
Protesica	Il paziente viene segnalato al CAD del distretto di residenza; il paziente viene valutato dal Medico del Distretto che stila la richiesta dei presidi e la invia contestualmente alla COT-D; la COT-D attiva la fornitura del materiale.
Servizio di Psiconcologia	<p>La UO Oncologia attiva il proprio servizio di psicologia oncologica, laddove presente, secondo modalità concordate a livello aziendale anche attraverso protocolli di intesa.</p> <p>Come possibile affiancamento all'attività dei servizi di psico-oncologia aziendali, si evidenzia quanto previsto con la Deliberazione 6 novembre 2023, n. 711 ("Attivazione di azioni pilota per la realizzazione di un modello di accoglienza e accesso ai servizi sociosanitari a supporto dei cittadini e in particolare dei pazienti in condizione di fragilità psico-fisica. Approvazione dello schema di protocollo di intesa tra Regione Lazio e Ordine degli Psicologi del Lazio per promuovere e facilitare l'accesso ai servizi psicologici ai pazienti oncologici e alle loro famiglie"). Tale attività sarà garantita per il triennio 2025-2027 e stabilisce dei buoni servizio per l'accesso al piano individualizzato di assistenza</p>

⁴ Determinazione 7 novembre 2025, n. G14720. Approvazione del documento tecnico "Modello organizzativo per le Cure Palliative Simultanee".

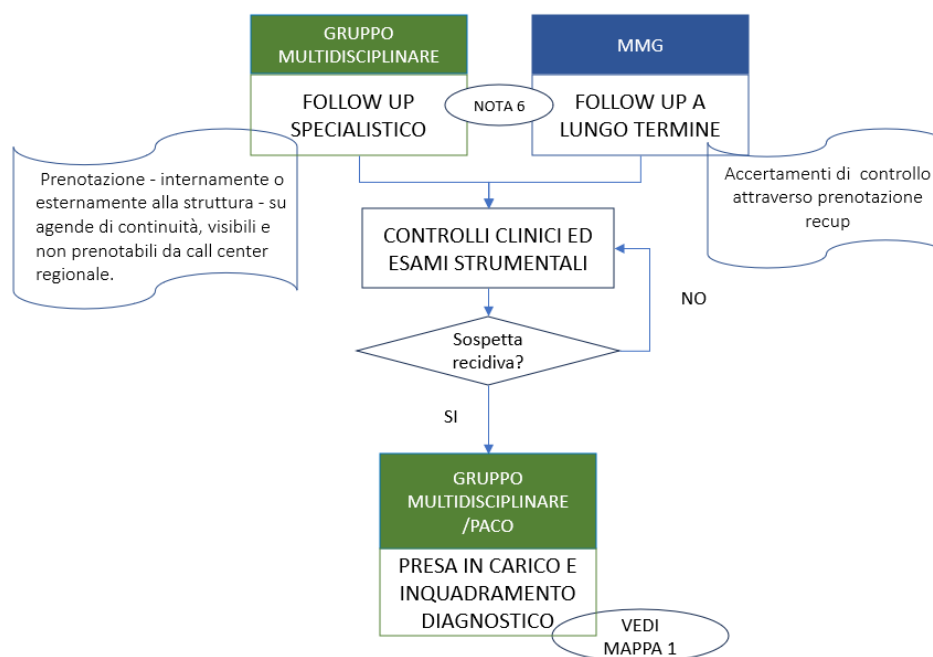
⁵ Determinazione 11 novembre 2025, n. G14930 Approvazione del documento tecnico "Le Cure Palliative in Ospedale: Inquadramento Strategico e Modelli di Integrazione nella Regione Lazio".

⁶ Deliberazione 28 ottobre 2025, n. 956. Approvazione del Modello Organizzativo Regionale e dei requisiti minimi autorizzativi ed ulteriori di accreditamento degli Ospedali di Comunità.

	<p>psico-oncologica integrato nella ROL attraverso il quale i malati oncologici, anche in contesti di coinvolgimento dei loro familiari/caregiver, possono fruire del sostegno da parte di psicologi preparati a garantire una adeguata presa in carico.</p> <p>I cittadini che rientrano nei requisiti (certificazione medica attestante patologia oncologica/diagnosi oncologica, residenza o domicilio nel Lazio da almeno 6 mesi, ISEE inferiore a 40.000 euro) potranno fare domanda tramite un portale dedicato, in corso di attivazione. Una volta stabilita l'ammissibilità delle domande, i cittadini potranno scegliere autonomamente il professionista tra coloro che hanno aderito e richiedere la presa in carico. Per ciascun beneficiario viene emesso un voucher che finanzia fino a 16 colloqui psicologici o di psicoterapia. La misura verrà attivata sul codice fiscale del paziente oncologico e potrà riguardare anche eventuali familiari o congiunti bisognosi di un intervento psicologico o di psicoterapia.</p>
Assistenza pro-attiva – IFeC	<p>L'Infermiere di Famiglia o Comunità è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. È un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute. È coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale nei diversi setting assistenziali in cui essa si articola. L'IFeC si attiva per facilitare e monitorare percorsi di presa in carico e di continuità dell'assistenza in forte integrazione con le altre figure professionali del territorio, con le risorse della comunità (associazioni, volontariato, terzo settore) e con i MMG-MRUAP/PLS.</p> <p>Nell'ambito della ROL, l'IFeC rappresenta un anello di congiunzione tra ospedale e territorio, facilitando l'individuazione precoce di necessità assistenziali e aiutando a garantire la continuità assistenziale, in particolare per i pazienti in follow up a lungo termine, affidati ai MMG-MRUAP. Il cittadino, come anche l'MMG-MRUAP o il PACO/MDT/UOC Oncologia, possono attivare direttamente il servizio attraverso mail dedicata, in base alla residenza. Ogni Azienda deve a tal proposito pubblicarlo sul proprio sito.</p>

FOLLOW UP

Mappa 3. PRESA IN CARICO IN CORSO DI FOLLOW UP



NOTA 6

Deve essere definito un Piano concordato del follow up specialistico, con indicazione degli accertamenti/trattamenti da effettuare, tempistica e figure di riferimento, predisponendo apposita documentazione per la persona. Si raccomanda fortemente l'integrazione logistica fra gli specialisti, da attuarsi secondo il piano concordato, al fine della realizzazione di un percorso coordinato e che risulti agevole per la persona.

A fine follow-up specialistico- la cui durata è definita nel singolo PDTA di patologia, considerando anche la tematica dei lungosopravvivenenti - il paziente ritorna in carico all'MMG-MRUAP. A tal fine deve essere predisposta per il MMG-MRUAP idonea documentazione clinica e relazione di accompagnamento con indicazioni per quanto attiene alla tempistica e al tipo di accertamenti da eseguire; il programma del follow up deve essere consegnato anche al paziente. I sistemi di teleconsulto regionali o aziendali potranno inoltre essere utilizzati per implementare la collaborazione tra il MMG-MRUAP ed i diversi attori ospedalieri e territoriali coinvolti nella presa in carico clinico-assistenziale delle pazienti.

Per quanto riguarda i guariti da tumore pediatrico, soprattutto nei pazienti con profili di rischio più elevati, è necessario un monitoraggio personalizzato (in funzione dei possibili *late effects* che dipendono dal tipo di trattamento ricevuto) gestito da strutture multidisciplinari.

APPENDICI

APPENDICE 1 – elementi di operatività del Punto di accesso e Continuità delle Cure in oncologia (PACO)

In riferimento al ruolo rivestito dal PACO come da Determina G01829/2023, si riportano di seguito alcuni elementi ritenuti importanti per un avvio dell'attività uniforme nelle diverse realtà regionali, supportato tramite i fondi di implementazione del Piano Oncologico Nazionale.

Si rammenta che il percorso più appropriato è rappresentato dall'invio alle strutture di rete per l'approfondimento diagnostico e la presa in carico (centro diagnosi/MDT di patologia).

Il PACO è una struttura funzionale ambulatoriale di ascolto, indirizzo e presa in carico.

- Facilita la presa in carico del paziente all'interno della ROL, rappresentando una sede per l'orientamento e l'accesso nella ROL nelle diverse fasi della malattia.
- Facilita il collegamento fra i nodi della rete a garanzia della continuità assistenziale.
- Svolge una funzione di raccordo con i MDT dei PDTA esistenti, senza per questo rallentare i consueti percorsi assistenziali per le specifiche patologie, ma intervenendo laddove sia necessario facilitarli.
- È in collegamento operativo e funzionale con le COT-Aziendale e la COT-Distrettuali.

Si ritiene opportuno sottolineare che l'attività di presa in carico da parte del PACO avviene su invio da parte di operatori sanitari con specifica impegnativa e per sintomatologia che non abbia carattere di urgenza; inoltre, l'attività non sostituisce o rappresenta un'alternativa alle funzioni della UO di Oncologia. Se il paziente si rivolge al PACO nella sua funzione di ascolto sarà l'oncologo a decidere per la presa in carico e in tal caso a produrre l'impegnativa.

A seguito dell'acquisizione in riuso della piattaforma SINFONIA 2.0 e suo adattamento, questa sarà la modalità preferenziale di invio e presa in carico del paziente.

In attesa dell'implementazione di tale piattaforma, si individuano delle possibili modalità di contatto facilitate da adattare al proprio contesto locale:

- invio a casella postale aziendale dedicata (es. PACO@indirizzo aziendale) da parte dell'operatore sanitario (MMG-MRUAP, specialista ambulatoriale). Alla evidenza da parte del PACO di necessità di visita oncologica, l'operatore sanitario rilascia la specifica impegnativa per l'appuntamento. Tale modalità andrà implementata dopo verifica del rispetto del regolamento privacy (GDPR 679/2016) attraverso parere del DPO;
- linea telefonica PACO dedicata;
- eventuali sistemi di teleconsulto tra MMG-MRUAP/PACO.

Il PACO ha un'organizzazione funzionale multiprofessionale a cui afferiscono l'oncologo, personale infermieristico, personale amministrativo e, secondo l'organizzazione locale, altro personale con le competenze necessarie al percorso oncologico.

Nel PACO è istituita la figura professionale del Care Manager, che coordina l'attività e costituisce la figura di collegamento con il Team multiprofessionale e multidisciplinare (della struttura stessa o di altre strutture).

Al fine di garantirne l'operatività, è importante configurare il PACO con personale dedicato, anche parzialmente, renderlo identificabile assegnandogli degli spazi in continuità con la UO di Oncologia e darne informazione (sul sito aziendale e nelle strutture sanitarie di ciascuna azienda sanitaria) ai cittadini/pazienti, MMG-MRUAP/PLS e ai diversi attori della ROL.

Inoltre, per garantire il contatto fra PACO è necessario il costante aggiornamento dei Care Manager e relativi contatti da parte della ROL.

Le prestazioni richieste dal PACO prevedono la prenotazione tramite ricorso a slot riservati (percorso interno).

Il paziente verrà così avviato alla presa in carico da parte del MDT o UO di oncologia di riferimento, a seconda che sia presente o meno un PDTA regionale per specifica sede neoplastica.

Sportello ascolto: Il cittadino/paziente e suoi familiari possono accedere autonomamente al PACO per informazioni ed orientamento. A tale scopo possono essere dedicate figure professionali come ad esempio gli infermieri. A supporto di tale attività possono essere coinvolte le Associazioni di pazienti o di volontariato come

già previsto nelle Linee di Indirizzo regionali per la ROL e nel documento "Il ruolo delle Associazioni di volontariato, di malati e di attivismo civico nelle reti oncologiche" e modalità operative per indirizzare la partecipazione delle associazioni di cittadini, di pazienti e di volontariato nell'ambito della Rete Oncologica Regionale." (Determinazione G17714 del 29/12/2023).

L'accesso diretto per informazioni è garantito in giorni ed orari dedicati, appropriatamente resi noti, e non necessita di prescrizione specialistica. Una eventuale presa in carico del soggetto viene valutata dall'oncologo afferente al PACO che procederà alla prescrizione della visita/accertamenti secondo le modalità descritte nel documento.

APPENDICE 2 - COLLEGAMENTI TRA I NODI DI RETE PER PRESTAZIONI/PROCEDURE

Per i pazienti presi in carico in regime ambulatoriale- nelle diverse fasi di diagnosi, terapia, follow up- le prestazioni sono effettuate su agende con slot di prestazioni da individuare sulla base del fabbisogno. Questo vale sia per prestazioni eseguibili nella stessa struttura che in altra struttura (v. mappa).

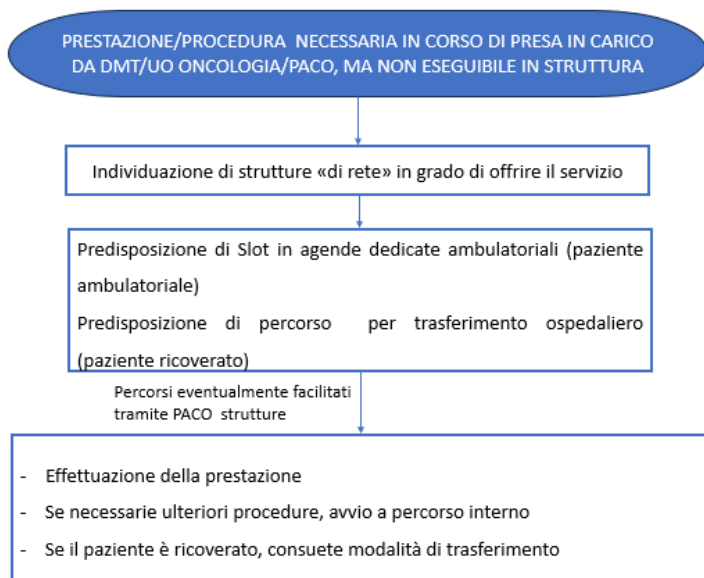
È importante l'identificazione di percorsi per prestazioni non disponibili nella struttura, identificando nell'ambito della rete i centri in grado di offrire il servizio e stimando il fabbisogno delle prestazioni in oggetto. Sulla base di quanto descritto nei piani di rete per singola patologia oncologica i Coordinamenti Aziendali attivano i collegamenti con le strutture in grado di offrire tali prestazioni e definiscono i percorsi per l'invio. Qualora si identificassero criticità nella realizzazione dei collegamenti il Coordinamento Regionale della ROL individuerà azioni per la soluzione delle stesse.

Devono dunque essere organizzate, con tali centri, agende per le prestazioni ambulatoriali e predisposti percorsi per il trasferimento ospedaliero, senza passare per il Pronto soccorso, qualora il paziente sia ricoverato.

La struttura ricevente organizza il percorso interno, anche nel caso in cui sia necessario un ricovero. Un esempio è rappresentato dalla radiologia interventistica, dove le procedure strumentali invasive richiedono un periodo di osservazione con occupazione di un posto letto in degenza ordinaria (PL) per almeno le 24 ore successive. I posti letto andranno individuati presso il reparto di oncologia o i reparti delle specialità presenti nel gruppo multidisciplinare (ad esempio, pneumologia o chirurgia toracica nel caso del tumore del polmone).

A tal fine verrà realizzata una mappatura dei servizi disponibili a livello regionale e identificato un percorso idoneo per l'invio diretto dei pazienti senza il passaggio da PS.

PAZIENTE IN CARICO - COLLEGAMENTI PER PRESTAZIONI/PROCEDURE NON ESEGUIBILI NELLA STRUTTURA



Di seguito vengono illustrate le modalità organizzative utili per la facilitazione dei percorsi:

- Individuazione di un referente, numero di telefono, e-mail dedicata, per ogni servizio assistenziale- non transitante da COT;
- Attivazione da parte del Care o Case del percorso in base alla modalità prescelta (slot in agende dedicate);
- Elaborazione di una carta dei servizi per gli operatori, pubblicata sul sito aziendale, con indicazione di tutti i percorsi attivati;
- Strutturazione di percorsi (cardio-oncologia, ambulatori dedicati alla gestione degli accessi venosi centrali, ambulatori dedicati alla gestione delle stomie, vaccinazioni) in aggiunta a quelli già individuati (nutrizione, riabilitazione, terapia del dolore, cure palliative, servizi sociali). Altri percorsi in base alla

propria disponibilità e popolazione (ad esempio consulenza psichiatrica, ginecologia, reumatologia, nefrologia, dermatologia ecc) potranno essere attivati.

APPENDICE 3- ACCESSO DEL PAZIENTE ONCOLOGICO IN PRONTO SOCCORSO

Le indicazioni descritte nell'appendice mirano principalmente a rendere appropriato l'accesso dei pazienti oncologici al Pronto Soccorso per tre motivi fondamentali:

- Rischi legati alla permanenza prolungata: i pazienti oncologici, spesso in condizioni di immunodepressione, sono esposti a rischi aggiuntivi a causa dei lunghi tempi di attesa. Nel 2024, il tempo medio di permanenza in Pronto Soccorso per questi pazienti era di 1.850 minuti, un dato che evidenzia il problema;
- Gestione clinica: necessità di ricostruire la storia clinica del paziente non conosciuto e disporre delle informazioni e delle competenze nella gestione di percorsi terapeutici innovativi;
- Umanizzazione e continuità delle cure: necessità di garantire la umanizzazione delle cure del paziente oncologico, in continuità con il setting assistenziale in cui è preso in carico e seguito.

In base ai Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) regionali, il paziente oncologico deve seguire un percorso di cura organizzato per evitare l'uso improprio del Pronto Soccorso. Questo percorso si basa su due punti chiave:

- Pianificazione delle cure: Il paziente ha un programma stabilito di visite e controlli;
- Punti di riferimento diretti: In caso di comparsa di sintomi correlati alla patologia o ai trattamenti specifici (chirurgia, radioterapia, terapia antitumorale sistemica), il paziente può contattare direttamente (tramite numeri dedicati) l'Oncologia che lo ha in cura o il Case Manager del DMT/GOMP di prossimità. Questi riferimenti garantiscono che, almeno nelle ore diurne, il paziente possa ottenere una consulenza telefonica o essere indirizzato a un accesso non programmato per una gestione immediata del caso, senza passare per il Pronto Soccorso.

Il CRO/UO Oncologia condivide con il paziente e i suoi caregivers il Piano assistenziale- comprensivo di eventuale percorso di cure palliative e fornisce le informazioni utili alla gestione al domicilio e in corso di eventuale accesso in altra sede di assistenza sanitaria.

Il CRO/UO Oncologia, inoltre, organizza tali informazioni in una documentazione riassuntiva progressivamente aggiornata che il paziente, qualora se ne presentasse la necessità, potrà mostrare al personale sanitario e che includa in particolare:

- Informazioni cliniche: la patologia di cui la persona è affetta, problematiche cliniche specifiche da considerare in emergenza/urgenza;
- Piano Assistenziale: eventuali rimodulazioni delle cure compreso un eventuale avvio di una terapia palliativa o di un percorso di assistenza terminale;
- Gestione della terapia: Indicazioni chiare sugli effetti collaterali dei trattamenti in corso e su come gestirli; possibili interazioni con farmaci; terapie che non devono essere somministrate;
- Contatti del CRO/UO Oncologia: Includere e-mail, numeri di telefono e orari del medico responsabile del percorso di cura del paziente a cui il personale del Pronto Soccorso può chiedere supporto.

In caso di accesso al Pronto Soccorso, il paziente e i suoi caregiver devono essere sensibilizzati a portare la documentazione clinica e, nel caso di condizioni di rischio di fine vita, se disponibili, le eventuali Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT). È infatti fondamentale che il personale del Pronto Soccorso abbia accesso a informazioni complete sul paziente oncologico per garantire una gestione clinica appropriata, specialmente in situazioni di emergenza.

Percorso del paziente oncologico in Pronto soccorso

Questa sezione ha lo scopo di approfondire e definire l'accesso e la gestione in Pronto Soccorso del paziente oncologico, in coerenza con il "PIANO REGIONALE PER LA GESTIONE DEL FLUSSO DI RICOVERO E DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO" emanato con la Determinazione n.G15959/2022 e successive modifiche e integrazioni.

L'assegnazione del codice 1 e 2 di triage richiede l'avvio del percorso di emergenza/urgenza e l'assistenza viene svolta in Pronto Soccorso con l'attivazione delle competenze necessarie, disponibili in sede o attraverso il sistema di teleconsulto ADVICE.

Per gli altri codici di triage deve essere previsto un percorso aziendale di presa in carico e assistenza inserito nel documento di flusso di ricovero e di sovraffollamento del Pronto Soccorso.

L'accesso del paziente oncologico in Pronto Soccorso può avvenire per:

1. sintomatologia riconducibile alla neoplasia e/o ai trattamenti antitumorali effettuati

- *Ospedale con PS/DEA, sede di Centro Ospedaliero di Riferimento/UO Oncologia:*
Il paziente sarà avviato per consulenza (in presenza o a distanza) e/o presa in carico anche attraverso percorsi strutturati di fast track diurno:
 - . al MDT/Oncologia della struttura, se il paziente è già in cura presso la stessa;
 - . se in carico ad altra struttura l'Oncologo, chiamato in consulenza, effettua una valutazione ed attiva, anche per il tramite del PACO, l'MDT/oncologia dell'altra struttura dopo una prima risoluzione della sintomatologia in PS e completamento delle attività necessarie per la risoluzione di complicanze che richiedano l'invio al reparto competente per quadro clinico;
- *Ospedale sede di PS/DEA senza disponibilità di UO di Oncologia/PACO:*
deve essere prevista un'attività di teleconsulto con la struttura presso la quale il paziente è in cura per l'eventuale gestione della condizione che ne ha determinato l'accesso o in alternativa con il PACO di riferimento territoriale.

Se necessario ricovero in altro setting assistenziale (reparto infermieristico, ospedale di comunità, RSA, hospice) potrà essere attivata la TOH del presidio ospedaliero. Il coordinamento regionale della rete delle cure palliative potrà prevedere un percorso specifico per i pazienti che dovessero necessitare di invio in hospice da PS, dato che, a seguito della piena operatività della rete, tale evenienza dovrà essere di carattere eccezionale.

2. altra causa ma con riscontro occasionale di patologia tumorale o di prima diagnosi

- *Ospedale sede di PS/DEA con sede di Centro Ospedaliero di Riferimento/UO oncologia:* deve essere prevista la presa in carico precoce da parte del PACO/MTD e la definizione di un percorso assistenziale condiviso come nei casi di presa in carico attraverso attività ambulatoriale (percorso PS->PACO);
- *Ospedale sede di PS/DEA senza disponibilità di UO di Oncologia/PACO:* con la stessa finalità descritta in precedenza, deve essere previsto il contatto/attivazione con MDT/Oncologia di riferimento, anche per il tramite del PACO anche attraverso teleconsulto per la presa in carico.

3. condizioni o eventi non correlati alla patologia oncologica in atto

Il percorso è definito dalla condizione patologica determinante l'accesso ma, essendo importante conoscere la fase clinica della neoplasia, è opportuno che gli specialisti la rilevino e siano supportati in presenza o a distanza dal CRO che ha in carico la persona.

La definizione dei percorsi aziendali previsti in queste linee di indirizzo deve essere predisposta attraverso una attività di programmazione condivisa tra le UO di Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso e le UO di Oncologia/PACO Aziendale coordinate dal Coordinamento Oncologico Aziendale; nel caso di Ospedali senza

attività oncologica, il riferimento con cui sviluppare le attività è rappresentata dal Coordinamento Territoriale Oncologico della ASL di riferimento territoriale.

Devono inoltre essere previsti:

- Attività periodica di Audit & Feedback con formazione sul campo sui percorsi assistenziali e gestione di casi clinici secondo il modello usato per audit nei processi di verifica;
- Monitoraggio dei casi clinici di pazienti oncologici con accesso in Pronto Soccorso;
- Manutenzione e revisione dei percorsi validati dal Coordinamento Oncologico Territoriale o del CRO

A supporto dell'attività di definizione del percorso aziendale si raccomanda di consultare quanto previsto dalle Linee Guida "Emergenza Urgenza in Oncologia (2019)" prodotte da AIOM e sviluppate da un gruppo multidisciplinare intersocietario.

Unitamente all'implementazione del percorso, sono inoltre di seguito riportati alcuni strumenti di supporto alla migliore gestione dell'accesso al pronto soccorso per i pazienti oncologici, quando non evitabile:

- Facilitazione Comunicazione tra Specialisti del pronto soccorso e il team oncologici attraverso sviluppo di una mappatura con i relativi contatti dei gruppi multidisciplinari/PACO presenti sul territorio regionale e procedure di contatto.
- Formazione e Aggiornamento Continuo: Realizzare percorsi di formazione e aggiornamento continuo per il personale, sia sui temi clinici che sulle specificità dei pazienti oncologici.
- Attivazione di helpline oncologica attraverso il numero regionale 116117 per condizioni non urgenti, gestita da personale in grado di fornire informazioni e indicazioni assistenziali, attivare un percorso sanitario, indirizzare verso la struttura territoriale utile alla risoluzione del problema.
- In coerenza con quanto previsto dal DM 77/2022 sono in fase di implementazione/sviluppo strutture e attività territoriali come setting alternativi da collegare con il PACO Aziendale come le Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità, l'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFeC) e le Unità di Continuità Assistenziale (UCA).

APPENDICE 4 - DIRITTI del MALATO con TUMORE e dei CAREGIVER ONCOLOGICI

Ogni persona affetta da una patologia ha il diritto di conoscere il proprio stato di salute e di ricevere dai medici informazioni chiare e comprensibili in base alle proprie capacità cognitive e livello socioculturale.

La comunicazione della diagnosi, delle opzioni di cura ed eventualmente della prognosi, deve essere sempre semplice e comprensibile. Il medico è tenuto a spiegare al paziente il tipo di malattia diagnosticata, gli accertamenti e gli esami richiesti; le opzioni terapeutiche con relativi pro e contro; gli effetti collaterali dei trattamenti e le indicazioni sul modo in cui affrontarli. Il paziente deve ricevere indicazioni sulla disponibilità del sostegno psicologico e nutrizionale e su come ottenere un sostegno socioassistenziale a tutela della eventuale condizione di disabilità oncologica.

Il paziente può chiedere, se lo desidera, che le informazioni sul suo stato di salute siano condivise con altre persone, incluso il medico di fiducia. Devono essere indicati al paziente il nome dello specialista (o degli specialisti) e dei collaboratori che lo prendono in carico.

Le Associazioni di volontariato ed eventualmente i Patronati, in accordo con la normativa vigente e già citata, possono usufruire di spazi presso le sedi PACO o le UO Oncologia per svolgere attività complementare di informazione e sostegno ai pazienti oncologici e ai loro caregiver.

Di seguito si riporta una sintesi, nata dalla collaborazione con Aimac ODV-ETS (Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici), dei principali strumenti di tutela per consentire ai malati ed ai loro familiari di orientarsi⁷

Esenzione dal ticket per patologia (cod. 048)

Il malato di cancro ha diritto all'esenzione per patologia (cod.048) che riguarda il ticket per farmaci, visite ed esami appropriati per la cura del tumore da cui è affetto e delle eventuali complicanze, per la riabilitazione e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti. La durata dell'esenzione è stabilita dal ministero della salute (D. M. Salute 23/11/2012)

L'esenzione è rilasciata dall'ASL di competenza allegando i seguenti documenti:

- tessera sanitaria e codice fiscale;
- documentazione medica rilasciata dallo Specialista Oncologo, specialista d'organo o Chirurgo o cartella clinica rilasciata da una struttura ospedaliera pubblica o privata accreditata, attestante la patologia oncologica.

Invalidità civile e handicap

L'accertamento dello stato di invalidità civile dà diritto a diverse indennità (pensione di invalidità, assegno, indennità di accompagnamento) a seconda della più o meno grave condizione di disabilità.

Il malato oncologico, oltre all'invalidità civile, può ottenere, anche solo per periodi limitati, il riconoscimento dello stato di handicap in situazione di gravità cui sono collegati alcuni benefici fiscali e importanti tutele in ambito lavorativo, che consentono ai lavoratori malati ed in stato di handicap grave e, in diversa misura, ai lavoratori che li assistono, di usufruire di permessi e congedi (retribuiti e non); di scegliere la sede e l'orario di lavoro (part-time) e di godere di altri benefici per conciliare le cure o l'assistenza con l'attività lavorativa.

La procedura di accertamento INPS

Dal 2020 è stata introdotta una rilevante novità riguardo all'accertamento della disabilità oncologica: le Commissioni mediche possono valutare le relative domande basandosi solamente sulla documentazione presentata dall'interessato, senza necessità di procedere a visita diretta del malato. L'accertamento agli atti

⁷ Per maggiori approfondimenti su ogni tema trattato si veda: "I diritti del malato di cancro" di Aimac a cura di E. Iannelli con la revisione del Coordinamento Generale Medico Legale INPS: <https://www.aimac.it/libretti-tumore/diritti-malato-cancro>

consente alle Commissioni di emettere i verbali sia di prima istanza sia di revisione o di aggravamento della invalidità civile e dell'handicap solo sulla base della documentazione sanitaria purché sia esaustiva e consenta una valutazione obiettiva e completa.

Nel caso in cui la documentazione non sia sufficiente per la valutazione dello stato invalidante, l'interessato è convocato a visita diretta per effettuare l'accertamento sanitario in presenza.

Completata la fase di accertamento sanitario, l'INPS invia all'interessato il verbale in 2 versioni:

- integrale: contenente i dati sensibili e la valutazione della disabilità;
- con *omissis*: contenente solo la valutazione della disabilità, utile per eventuali esigenze amministrative.

Il paziente riconosciuto invalido o portatore di handicap, inoltre, può usufruire delle agevolazioni fiscali per specifiche spese mediche e di assistenza specifica (colf, badanti, assistenza infermieristica, fisioterapia/riabilitativa, acquisto di parrucche per alopecia da trattamento chemioterapico).
<https://www.agenziaentrate.gov.it/portale/le-spesse-sanitarie-e-i-mezzi-di-ausilio>.

I diritti del lavoratore malato di cancro

I lavoratori affetti da patologia oncologica per conciliare il lavoro con le esigenze di cura, oltre alle assenze retribuite per malattia, possono usufruire di diverse forme di permessi e di congedi dal lavoro, come ad esempio i permessi lavorativi ex lege 104/92 (3 giorni/mese o 2 ore/giorno) o il congedo per cure agli invalidi oltre il 50% (30 giorni lavorativi/anno).

Il lavoratore che non sia in grado di espletare le sue mansioni a causa della malattia e delle sue conseguenze ha diritto di assentarsi per il periodo necessario per le cure e le terapie, di conservare il posto di lavoro e di percepire un'indennità di malattia commisurata alla retribuzione. È importante che il paziente conosca gli strumenti giuridici di cui può usufruire per assentarsi dal lavoro per visite mediche o esami diagnostici o trattamenti di cura.

Il malato che desideri continuare a lavorare dopo la diagnosi e durante i trattamenti può usufruire di forme di flessibilità per conciliare i tempi di cura con il lavoro (part time). Può inoltre chiedere al datore di lavoro il trasferimento alla sede di lavoro più vicina possibile al proprio domicilio. Il malato oncologico ha diritto di essere assegnato a mansioni adeguate alla mutata capacità lavorativa, potendo essere assegnato a mansioni equivalenti o anche inferiori a quelle precedentemente svolte, purché compatibili con le sue condizioni, mantenendo in ogni caso il trattamento retributivo corrispondente alle mansioni precedenti. Lo *smartworking*, o lavoro agile, è una forma di flessibilità lavorativa che consente al lavoratore malato di cancro di continuare a lavorare anche durante le terapie, ma senza recarsi in ufficio.

Tutela previdenziale

Indipendentemente dall'invalidità civile, un lavoratore malato di tumore e con una certa anzianità contributiva (per l'INPS 5 anni) può chiedere all'ente previdenziale di appartenenza il riconoscimento medico-legale della riduzione della capacità lavorativa (c.d. invalidità pensionabile) al fine di ottenere l'assegno ordinario di invalidità "previdenziale" (esclusi i dipendenti del pubblico impiego), nel caso in cui sia accertato che la capacità lavorativa è ridotta a meno di un terzo oppure, in caso di inabilità totale, la pensione di inabilità (reversibile) calcolata in base alla situazione previdenziale. Il malato titolare della pensione previdenziale di inabilità e che si trovi nelle condizioni per cui è previsto l'accompagnamento (necessità di assistenza continua per deambulare o svolgere le "attività della vita quotidiana") e non sia ricoverato, può richiedere l'assegno mensile per l'assistenza personale e continuativa (non reversibile).

Contrassegno di libera circolazione e di sosta

Il malato di cancro in terapia può chiedere ed ottenere dal Comune di residenza il contrassegno di libera circolazione e sosta. Il contrassegno, nominativo e utilizzabile solo quando l'auto è al servizio del malato

intestatario del permesso, dà diritto alla circolazione nelle ZTL ed alla sosta gratuita negli stalli riservati e nei parcheggi a pagamento.

I diritti dei caregiver oncologici (coloro che assistono un familiare malato)

L'utilizzo degli strumenti giuridici per agevolare coloro che si dedicano alla cura del proprio caro malato di tumore permette di migliorare la compliance dei trattamenti. I lavoratori che si prendono cura di un familiare malato di cancro, riconosciuto invalido o con handicap grave, hanno diritto:

- alla scelta della sede di lavoro più vicina al domicilio della persona assistita e possono opporsi al trasferimento in altro luogo;
- ad usufruire di permessi lavorativi (3 giorni/mese- legge 104/92);
- ad usufruire del congedo straordinario biennale retribuito;
- alla priorità nella trasformazione del lavoro da tempo pieno a part-time;
- al divieto di lavoro notturno;
- alle ferie ed ai riposi "solidali".

I diritti e le tutele menzionati sono sanciti da norme di rango legislativo pienamente vigenti e le strutture sanitarie hanno l'obbligo di fornire un'adeguata assistenza nel rispetto dei diritti dei malati, anche tramite gli organismi di volontariato, come stabilito dal D. Lgs. 502/92 e norme successive.