

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 febbraio 2019, n. 213

Obiettivi a carattere prioritario e di rilievo nazionale Fondo Sanitario Nazionale 2017. Approvazione progetti.

Assente il Presidente della Regione Puglia, sulla base dell'istruttoria predisposta dal Funzionario Istruttore, e confermata dal Dirigente della Sezione Amministrazione, Finanza e Controllo, e dal Direttore del Dipartimento Promozione della Salute, del benessere sociale e dello sport per tutti, riferisce quanto segue il Vice Presidente:

- Visto l'accordo sulle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017, raggiunto in sede di Conferenza Stato - Regioni il 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n. 181/CSR), con cui sono state definite le seguenti linee progettuali
 1. Attività di assistenza primaria;
 2. Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali;
 3. Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica;
 4. Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione;
 5. Gestione delle Cronicità. Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche, assistenza e riabilitazione alle persone in condizione di fragilità e di non autosufficienza;
 6. Reti oncologiche.
- Vista l'intesa della Conferenza Stato - Regioni sulla proposta del Ministro della Salute relativa all'assegnazione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli Obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2017 (Rep. Atti n. 182/CSR);
- Vista la delibera CIPE n. 118 del 22 dicembre 2017, con cui è stato disposto il riparto delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, con assegnazione, per la Regione Puglia, di **€ 93.174.061,00**;
- Vista la Deliberazione di Giunta Regionale n. 26 del 12 gennaio 2018 di recepimento degli Accordi Stato - Regioni su obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale e obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2017;
- Considerato che il comma 34-bis dell'art. 1, legge 23 dicembre 1996, n. 662 dispone che "per il perseguimento di tali obiettivi le regioni elaborano specifici progetti sulla scorta di linee guida proposte dal Ministero della Salute e approvate con accordo in sede di Conferenza Stato - Regioni. Il Ministero dell'Economia e finanze, per facilitare le regioni nell'attuazione dei progetti, provvede ad erogare, a titolo di acconto, il 70 per cento dell'importo annuo spettante a ciascuna regione, mentre l'erogazione del restante 30 per cento è subordinata all'approvazione da parte della Conferenza Stato - Regioni, su proposta del Ministero della Salute, dei progetti presentati dalla Regioni, comprensivi di una relazione illustrativa dei risultati raggiunti nell'anno precedente".
- Visto che l'ARESS Puglia ed i competenti uffici regionali hanno predisposto i seguenti progetti, la cui relazione illustrativa, corredata dalla specifica relazione sui risultati raggiunti nell'anno precedente, è allegata al presente atto a costituirne parte integrante:
 - Linea progettuale 1 - Attività di assistenza primaria: Implementazione dell'Assistenza Primaria;
 - Linea progettuale 2 - Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali: *Rete per l'assistenza domiciliare per trattamenti riabilitativi*;
 - Linea progettuale 3 - Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica: *Rete regionale di cure palliative*;
 - Linea progettuale 4 - Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione; *Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione*, di cui il 5 per mille destinato al *supporto al Piano Nazionale Prevenzione*;
 - Linea progettuale 5 - Gestione delle Cronicità. Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche, assistenza e riabilitazione alle persone in condizione di fragilità e di non autosufficienza: *Cronic Care Model in Puglia*;
 - Linea progettuale 6 - Reti oncologiche: *Rete Oncologica Pugliese (ROP)*.

- Visto che, nel rispetto dei vincoli specifici alla ripartizione delle risorse assegnate con l'intesa della Conferenza Stato - Regioni sulla proposta del Ministro della Salute relativa all'assegnazione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli Obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2017 (Rep. Atti n. 182/CSR) - l'ARESS ha predisposto i progetti allegati al presente atto a costituirne parte integrante;
- Preso atto che i progetti sono integrati, a pieno titolo, nelle attività istituzionali riferite ai Livelli Essenziali di Assistenza, e che sono già state avviate a sostegno dell'attività istituzionale delle Aziende, costituendo vincolo per le stesse indipendentemente dalla burocratizzazione dei procedimenti e dalla materiale erogazione dei fondi, che costituisce supporto aggiuntivo per il detto perseguimento;
- Tenuto conto che le linee programmatiche approvate rivestono particolare interesse e rilievo per la pianificazione regionale;
- Ritenuto di inviare al Ministero della Salute il presente atto, corredato delle schede progetto, al fine di consentire l'effettivo riconoscimento delle risorse assegnate alla Regione Puglia giusta deliberazione CIPE n. 118/2017, così come di seguito dettagliato:

LINEA	TITOLO DEL PROGETTO	COSTO COMPLESSIVO
1	<i>Implementazione dell'Assistenza Primaria</i>	€ 15.174.061,00
2	<i>Rete per l'assistenza domiciliare per trattamenti riabilitativi</i>	€ 20.800.000,00
3	<i>Rete regionale di cure palliative</i>	€ 10.000.000,00
4	<i>Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione</i>	€ 24.000.000,00
	<i>di cui - Supporto al Piano Nazionale Prevenzione</i>	€ 120.000,00
5	<i>Cronic Care Model in Puglia</i>	€ 16.000.000,00
6	<i>Rete Oncologica Pugliese (ROP)</i>	€ 7.200.000,00
TOTALE		€ 93.174.061,00

Tutto quanto sopra esposto,

- Vista la Legge regionale 28 dicembre 2018, n. 67 (legge di stabilità regionale 2019);
- Vista la Legge regionale 28 dicembre 2018, n. 68 "Bilancio di previsione della Regione Puglia per l'esercizio finanziario 2019 e pluriennale 2019 - 2021";
- Vista la Deliberazione di Giunta regionale n. 95 del 22 gennaio 2019 di approvazione del Documento tecnico di accompagnamento al bilancio di previsione e del Bilancio finanziario gestionale 2019 - 2021 previsti dall'art. 39, comma 10 del D.Lgs.vo 23 giugno 2011, n. 118 e ss.mm.ii.;
- Tenuto conto che l'atto non comporta variazioni al Bilancio di Previsione 2019 ed al Bilancio 2019 - 2021, e che assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica garantendo il pareggio di bilancio di cui alla Legge regionale 28 dicembre 2018, n. 67 (legge di stabilità regionale 2019);
Le risorse sono impegnate sul Capitolo 751068/2017 giusto AD n. 168/DIR/2017/118 ed iscritte quali crediti dalle Aziende Sanitarie nei rispettivi Bilanci d'esercizio 2017.

Si propone alla Giunta regionale l'approvazione dei progetti come dettagliati nelle schede progetto allegate a far parte integrante del presente atto.

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS.VO n. 118/2011 e ss.mm.ii.

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del seguente atto finale ai sensi della L. R. n. 7/97, art. 4, lett. n. 2

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta del Vice Presidente;
- Viste la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento dal Funzionario Istruttore, dal Dirigente della Sezione Amministrazione Finanza e Controllo e dal Direttore del Dipartimento Promozione della Salute, del benessere sociale e dello sport per tutti;
- A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

- di approvare le schede progetto - allegate a far parte integrante del presente atto - elaborate secondo le linee progettuali indicate nell'Accordo Stato - Regioni e relative alle risorse assegnate alla Regione Puglia per l'anno 2017, per complessivi € 93.174.061,00;
- di autorizzare il Dirigente della Sezione Amministrazione Finanza e Controllo a disporre, con proprie Determinazioni, eventuali modifiche e/o integrazioni ai progetti, richieste dai competenti uffici ministeriali, di natura formale e sostanziale, che non costituiscano modificazioni della natura del progetto e della determinazione complessiva del costo;
- di disporre la pubblicazione del presente atto sul sito ufficiale della Regione Puglia e sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia;
- di notificare il presente atto alla Sezione Bilancio e Ragioneria e al Ministero della Salute per gli adempimenti di competenza.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
ROBERTO VENNERI

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
ANTONIO NUNZIANTE



REGIONE PUGLIA

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL
BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI

SEZIONE AMMINISTRAZIONE, FINANZA E CONTROLLO

ALLEGATO 1

Il presente allegato si compone di
n. 13 pagine, inclusa la presente

IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE
(Benedetto G. Pacifico)





Regione Puglia

PROGETTI DI PIANO – ANNO 2017

REDATTI AI SENSI DELL'ARTICOLO 1, COMMI 34 E 34 BIS, DELLA LEGGE DEL 23 DICEMBRE 1996, N. 662.





Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

INDICE ANALITICO DEI PROGETTI

LINEA PROGETTUALE 1: ATTIVITÀ DI ASSISTENZA

IMPLEMENTAZIONE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

LINEA PROGETTUALE 2: SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI

RETE PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE PER TRATTAMENTI RIABILITATIVI

LINEA PROGETTUALE 3: CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA

RETE REGIONALE DI CURE PALLIATIVE

LINEA PROGETTUALE 4: PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE

PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE

LINEA PROGETTUALE 5: GESTIONE DELLA CRONICITÀ

CHRONIC CARE MODEL PUGLIA

LINEA PROGETTUALE 6: RETI ONCOLOGICHE

RETE ONCOLOGICA PUGLIESE (ROP)





Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

GENERALITÀ	
REGIONE	160 – REGIONE PUGLIA
LINEA PROGETTUALE 1	ATTIVITÀ DI ASSISTENZA PRIMARIA
TITOLO	IMPLEMENTAZIONE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA
DURATA	24 MESI
COSTO	€ 15.174.061,00
REFERENTE	DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI SERVIZIO STRATEGIE E GOVERNO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE A.Re.S.S. Puglia

RAZIONALE

La complessa riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale che la Regione Puglia sta portando avanti prevede l'ottimizzazione dei servizi in risposta ai bisogni crescenti della popolazione più fragile e la rifunzionalizzazione dell'intero sistema dell'offerta per assicurare la copertura assistenziale nell'arco delle 24 ore. Gli assi principali lungo i quali questo articolato processo di riorganizzazione si è sviluppato nel corso degli ultimi anni sono rappresentati dalla contemporanea realizzazione da un lato dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) e, dall'altro, di azioni importanti a sostegno della implementazione dell'Assistenza Primaria. Per quanto riguarda il primo punto, il PTA rappresenta la risposta alla riconversione delle strutture ospedaliere e contribuisce alla rifunzionalizzazione dei servizi distrettuali concentrando, il più possibile, tutte le attività che possono contribuire a realizzare la copertura assistenziale nell'arco delle 12 o 24 ore. I PTA corrispondono alle strutture ospedaliere oggetto di processo di riconversione delle strutture ospedaliere (per effetto del R.R. n.14/2015, nonché dei R.R. n. 18/2010 e s.m.i. e n. 36/2012 di riordino della rete ospedaliera) e rappresentano il perno della riorganizzazione dei servizi distrettuali realizzando una reale revisione della rete dei servizi che mira ad integrare e mettere in collegamento (organizzazione a rete) i punti di offerta ed i professionisti che concorrono all'erogazione dell'assistenza territoriale. I PTA rappresentano il punto di partenza dell'integrazione tra le diverse funzioni assistenziali e dello sviluppo dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), in modo da conseguire quattro macro obiettivi prioritari:

- la massima **efficienza** erogativa (h24);
- la migliore **efficacia**, attraverso la "messa in comune" delle competenze e delle abilità in forma integrata e condivisa dai professionisti attraverso adeguati percorsi assistenziali;
- la maggiore **appropriatezza** nell'uso delle risorse in quanto coordinate e orientate ad obiettivi di salute condivisi;
- la maggiore **integrazione** con la rete dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali a ciclo diurno e a carattere domiciliare.

Per quanto riguarda il secondo punto, attraverso l'ultimo Accordo Integrativo Regionale (AIR) della Medicina Generale (tuttora vigente) la Regione Puglia ha costruito un primo modello di governo delle Cure Primarie. Tale modello finalizza l'attività del Medico di Medicina Generale al raggiungimento degli obiettivi di salute definiti dalla programmazione regionale (diabete, ipertensione, rischio cardiovascolare) attraverso l'utilizzo del governo clinico, quale strumento per garantire l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni, ed il potenziamento della sanità elettronica, previa adeguata formazione degli stessi Medici di Medicina Generale attraverso nuclei appositamente costituiti, adeguando nel contempo le modalità di gestione della cartella





Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

clinica informatizzata. La caratteristica principale della rete dei servizi sanitari pugliesi dedicata alle cure primarie, infatti, è quella delle forme evolute di collaborazione tra Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta con il personale dei Distretti Sociosanitari (in particolare infermieri e fisioterapisti), nell'ottica di una riorganizzazione complessiva della assistenza territoriale secondo modelli gestionali di tipo integrato. Tutto ciò è stato realizzato in coerenza con i principi affermati nel Piano Regionale di Salute 2008-2010 e dal Programma Operativo 2013-2015 che si ispirano ad un modello organizzativo di Distretto Sociosanitario in grado di assicurare, attraverso la implementazione di processi di integrazione ospedale-territorio e di integrazione sociosanitaria oltre alla messa in opera di azioni di coordinamento della rete, le attività legate all'assistenza primaria con conseguente valorizzazione delle forme complesse di associazionismo. La Legge 189/2012 ed il nuovo Patto per la Salute 2014-2016, sancito con l'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014, attribuiscono alla Regioni autonomia esclusiva in merito alla definizione dell'organizzazione delle Cure Primarie, attraverso l'implementazione di modelli organizzativi (Aggregazioni Funzionali Territoriali e Unità Complesse di Cure Primarie) che permettano una gestione più efficace ed efficiente nella presa in carico dei pazienti fragili ed affetti da patologie croniche. La realizzazione di tali modelli organizzativi consente, altresì, un'appropriata risposta ai bisogni di salute delle persone a parità di risorse economiche in uno scenario normativo ancora in fase di perfezionamento e demandato all'Accordo Collettivo Nazionale in via di definizione. In attesa della chiusura delle trattative per la sottoscrizione del nuovo Accordo Collettivo Nazionale che disciplina il rapporto con i Medici di Medicina Generale, che dovrà definire, a livello nazionale, la declinazione degli istituti normativi contenuti nella Legge 189/2012, è stato avviato un percorso di progressivo potenziamento del modello organizzativo della Medicina Generale, che ha costituito anche l'oggetto di attività progettuali già sviluppate ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662 negli obiettivi di piano (linea progettuale 1) degli ultimi anni. La regione, infatti, in attesa della sottoscrizione dell'Accordo Collettivo Nazionale, ha posto in essere delle azioni propedeutiche all'attuazione della L. 189/2012.

A tale proposito occorre ricordare che:

- la regione con DGR n. 2290 aveva approvato nel 2009 l'accordo integrativo regionale (AIR) per la medicina generale che disciplina anche le forme associative complesse che prevedono la costituzione di forme in rete e gruppo denominate "super rete" e "super gruppo" all'art. 3 e "centri polifunzionali territoriali" (CPT) all'art. 4;
- in ogni azienda è stato istituito il fondo per l'associazionismo complesso ed il fondo per la sperimentazione dei "centri polifunzionali territoriali";
- la forma associativa "centro polifunzionale territoriale" (CPT) era stata istituita come forma sperimentale relativamente alla erogazione dell'assistenza primaria nell'arco delle 12 ore diurne;
- in ogni ASL è stato costituito un CPT;
- la sperimentazione dei CPT ha prodotto risultati lusinghieri in termini di assistenza ai cittadini e di customer satisfaction.

L'approvazione della legge Balduzzi 189/2012, che ha previsto la istituzione di forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie (UCCP), che nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio devono garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, ha reso necessaria una revisione organica del modello assistenziale previsto dall'AIR lungo alcune ben precise direttrici evolutive, al fine di consentire il superamento della fase sperimentale e la riorganizzazione del





Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

servizio in aderenza alle previsioni della Legge 189/2012. La caratteristica principale della attuale rete dei servizi sanitari è quella delle forme evolute di collaborazione tra Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta con il personale dei Distretti Sociosanitari (in particolare infermieri e fisioterapisti), nell'ottica di una riorganizzazione complessiva della assistenza territoriale secondo modelli gestionali di tipo U.C.C.P. Tali forme evolute di associazionismo medico sono state già attuate e configurate come Centri Polifunzionali Territoriali (C.P.T.). I C.P.T., allocati nelle ex strutture ospedaliere riconvertite in Presidi Territoriali di Assistenza (P.T.A.), saranno convertiti in U.C.C.P. a seguito della sottoscrizione dell'Accordo Collettivo Nazionale e successiva sottoscrizione dell'Accordo Integrativo Regionale. Le attuali forme di associazionismo monoprofessionali (Medicina in Associazione, Medicina in Rete e Super rete, Medicina di Gruppo e Supergruppo) sono candidate a diventare Aggregazioni Funzionali Territoriali (A.F.T.). Tutte le attuali forme di associazionismo medico sono state istituite con formali atti istitutivi delle Aziende Sanitarie Locali. Tale assetto organizzativo, dove i professionisti operano non più da soli ma in una logica di squadra assieme ai loro pari nelle AFT o assieme ad altri professionisti nelle UCCP, collegati da una rete informatica dei servizi regionali in modo da garantire la continuità dell'assistenza sanitaria (da h12 fino ad h24), mira a ridurre l'uso e l'impegno (la maggior parte delle volte in maniera inappropriata) dei servizi sanitari di secondo e terzo livello, aumentando l'efficienza complessiva del SSR e quindi di operare a favore della sua sostenibilità. Una volta definito il processo di potenziamento della rete di assistenza primaria territoriale, sia in sede unica che in sedi diverse ma collegate digitalmente, i risultati attesi saranno quelli di seguito riportati :

- Attività di diagnosi, cura, prevenzione;
- Educazione terapeutica;
- Counseling;
- Presa in carico dei pazienti cronici;
- Domiciliarità;
- Integrazione e coordinazione con gli altri attori territoriali ed ospedalieri del SSR, contribuendo ai processi di governance;
- Omogeneità dei comportamenti assistenziali e dei servizi di medicina generale alla popolazione assistita in funzione degli obiettivi di assistenza programmati.

In questa prospettiva il progetto proposto si pone in continuità con quelli del 2013, 2014, 2015 e 2016 adottando i risultati raggiunti nell'ultimo anno come indice esplicativo delle azioni da conseguire e/o da implementare nel periodo di riferimento. L'obiettivo strategico è quello di riqualificare la rete dei servizi distrettuali, all'interno della quale si colloca la progettazione dei PTA (Presidi Territoriali di Assistenza). Nel contempo è in atto una concertazione a livello regionale ed aziendale affinché forme associative già costituite, nei comuni in cui è presente una struttura ospedaliera in riconversione, si trasferiscano all'interno delle stesse. Inoltre, si prevede l'attivazione (ex novo o per trasformazione e sviluppo di quelle già esistenti) di nuove forme associative del tipo "Unità Complessa di Cure Primarie" in modo da conseguire i seguenti macro-obiettivi:

- "Costruire" strutture a vocazione multifunzionale e a gestione multi-professionale;
- Favorire il passaggio dall'associazionismo mono-professionale a quello multi-professionale;
- Assicurare la presa in carico H24 dei bisogni complessi dei pazienti;
- Integrare tutte le attività svolte a livello distrettuale dai professionisti che contribuiscono alla salute ed al benessere del cittadino con le attività sociali e con quelle ospedaliere.





Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

L'attivazione di tali forme associative è attualmente oggetto di contrattazione aziendale. Nell'ottica dei sistemi integrati di assistenza, la proposta intende recepire le linee di indirizzo progettuale suggerite nel bando ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662, al fine di:

- migliorare il rapporto con i cittadini;
- costruire nuove forme di reciprocità sociale;
- ridefinire delle reti dei servizi e degli interventi sociali e sanitari;
- mantenere e migliorare i livelli di assistenza raggiunti;
- garantire l'equità sociale e assicurare la prossimità degli interventi;
- individuare nuove domande di assistenza in rapporto all'emergere di nuove categorie di bisogni per migliorare l'offerta;
- sviluppare nuovi ambiti e modelli di intervento per soddisfare una domanda sociale che si caratterizza per una marcata differenziazione, specificità e priorità da persona a persona.

OBIETTIVI

1. Completamento della dismissione delle funzioni ospedaliere non più previste nei presidi ospedalieri oggetto di riconversione, ridefinendo le attività territoriali previste in maniera standardizzata
2. Adozione dei Protocolli per le dimissioni protette e programmate (vedi anche A.D.I.);
3. Rimodulazione dei percorsi clinici ospedale/territorio anche attraverso la definizione di PDTA
4. Messa a regime dei PDTA
5. Monitoraggio e aggiornamento dei PDTA

TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)

ANNO 2016

Primo Semestre:

1. Completamento della dismissione delle funzioni ospedaliere non più previste nei presidi ospedalieri oggetto di riconversione, ridefinendo le attività territoriali previste in maniera standardizzata.

Secondo Semestre

2. Adozione dei Protocolli per le dimissioni protette e programmate;

INDICATORI

- Adozione dei provvedimenti finalizzati al completamento tendenziale del processo di riconversione delle strutture ospedaliere chiuse;
- n. U.C.C.P. attivati nei P.T.A;
- monitoraggio degli atti aziendali per la valutazione dell'assetto conseguente al completamento delle riconversioni;
- n. protocolli per l'integrazione ospedale territorio

RELAZIONE ATTIVITÀ ANNO 2016

Il Presidio Territoriale di Assistenza (PTA) rappresenta la risposta alla riconversione delle strutture ospedaliere e contribuisce alla rifunionalizzazione dei servizi distrettuali concentrando, il più possibile,





Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

tutte le attività che possono contribuire a realizzare la copertura assistenziale nell'arco delle 12 o 24 ore.

I PTA corrispondono alle strutture ospedaliere oggetto di processo di riconversione, per effetto del R.R. n.14/2015, nonché dei R.R. n. 18/2010 e s.m.i. e n. 36/2012 di riordino della rete ospedaliera, e rappresentano il perno della riorganizzazione dei servizi distrettuali attraverso una nuova modalità di riorganizzare e rifunzionalizzare le cure primarie, realizzando una reale revisione della rete dei servizi che mira ad integrare e mettere in collegamento (organizzazione a rete) i punti di offerta ed i professionisti che concorrono all'erogazione dell'assistenza territoriale.

I PTA rappresentano il punto di partenza dell'integrazione tra le diverse funzioni assistenziali e dello sviluppo dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), in modo da conseguire tre macro obiettivi prioritari:

- a. la massima efficienza erogativa (h24);
- b. la migliore efficacia, attraverso la "messa in comune" delle competenze e delle abilità in forma integrata e condivise dai professionisti attraverso adeguati percorsi assistenziali;
- c. la maggiore appropriatezza nell'uso delle risorse in quanto coordinate e orientate ad obiettivi di salute condivisi;
- d. la maggiore integrazione con la rete dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali a ciclo diurno e a carattere domiciliare.

Il PTA si realizza sia attraverso un pieno accorpamento dei servizi territoriali, di norma presso il Comune sede del Distretto Sociosanitario e non servito da un Presidio Ospedaliero. Sono possibili aggregazioni parziali degli stessi all'interno dell'ambito distrettuale qualora, per complessità dei contesti territoriali e dei fabbisogni rilevati, tale flessibilità sia necessaria ad assicurare la continuità dell'assistenza.

All'interno del PTA potranno pertanto essere svolte le seguenti funzioni, in ragione dello specifico contesto di offerta di servizi e di fabbisogno:

- a. Orientamento Assistenziale e Accesso Unico alle Cure:
 - Centro Unico Prenotazioni
 - Accesso Unico Facilitato al Sistema (PUA e analoghi)
 - Presa in carico e gestione delle dimissioni protette
 - Raccordo con UVM distrettuale
- b. Cure Primarie e Specialistica Ambulatoriale
 - Associazione complessiva della Medicina e Pediatria di Famiglia e continuità assistenziale
 - Ambulatorio delle Cronicità
 - Cure domiciliari Integrate (CDI)
 - Assistenza Farmaceutica Territoriale
 - Poliambulatorio Specialistico (secondo l'articolazione definita con LR 23/2008)
 - Day service (medico e chirurgico)
 - Diagnostica Strumentale di Base e Biomedica
 - Centro Prelievi
 - Centro Dialisi Territoriale
- c. Assistenza Consultoriale e Materno Infantile
 - Consultorio Familiare
 - Centro Procreazione Medicalmente Assistita
- d. Promozione della Salute e Prevenzione
 - Servizio Vaccinale
 - Servizi di Medicina Legale e Fiscale
 - Sportelli Sicurezza Alimentare e Sanità Animale
 - Servizi Medicina del Lavoro
- e. Degenza Territoriale
 - Ospedale di Comunità
 - Hospice





Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

- Centro Risvegli
- Residenzialità Socio-sanitaria (RSA, RSSA, Centri Diurni)
- f. Salute Mentale
 - Centro Salute Mentale
 - Centro Diurno Psichiatrico
 - Centro Territoriale Autismo ed eventuali moduli riabilitativi
 - Centro Residenziale/Semiresidenziale per i Disturbi del Comportamento Alimentare
- g. Dipendenze Patologiche
 - Ser.D.
 - Centri Terapeutici Speciali (fumo, alcol, ludopatie)
- h. Riabilitazione
 - Centro Riabilitazione Ambulatoriale
 - Trattamenti Domiciliari
- i. Emergenza Urgenza
 - Punto di Primo Intervento Territoriale (per il tempo residuo di vigenza)
 - Postazione 118
- j. Servizi Amministrativi
 - Scelta e revoca del medico di famiglia
 - Esenzioni ticket
 - Rimborsi
 - Ausili, Presidi e Protesi
 - Assistenza Integrativa Farmaceutica

La responsabilità gestionale, organizzativa e igienico-sanitaria fa capo al Direttore del Distretto Socio-Sanitario territorialmente competente, che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche. Al fine di rendere uniforme su tutto il territorio regionale il funzionamento dei PTA e le modalità di accesso e di fruizione dei vari servizi presenti al suo interno da parte dell'utenza, è opportuno che l'AReSS proceda ad effettuare gli studi e le sperimentazioni atte a definire un protocollo operativo da validarsi a livello regionale.

Per tutte le strutture da riconvertire a PTA in quanto ospedaliere o da rifunzionizzare in quanto già territoriali i fondi necessari per la riqualificazione strutturale e per la dotazione tecnologica provengono dal finanziamento comunitario FESR 2014-2020.

Il gruppo di lavoro istituito nel mese di ottobre 2016 (costituito da: rappresentanti del Dipartimento e dell'AReS Puglia, referenti delle Cure Primarie regionali per MMG e PLS, responsabili delle UACP delle Aziende Sanitarie Locali) al fine di elaborare il modello organizzativo del Care Puglia, ha definito nel corso del 2016 il documento relativo (acquisito in seguito al Sistema Documentale Piani di Rientro prot. 115 - A del 06/07/2017), corredato anche da un allegato tecnico sulla metodologia di selezione dei pazienti e di stratificazione del rischio, redatto in collaborazione con l'Istituto Mario Negri.

E' in corso il confronto con gli algoritmi di identificazione dei soggetti cronici affetti dalle 4 patologie di interesse presentati a Roma il 18 ottobre u.s. per verificarne eventuali discordanze.

Parallelamente, sulla base dei criteri già individuati e descritti nel documento Care Puglia, sono in corso le seguenti attività:

- sono stati selezionati i medici di assistenza primaria che rispondono ai criteri di inclusione della sperimentazione (presenza dell'infermiere e del collaboratore di studio): **n. 560** medici di AP
- è stata identificata la sottopopolazione di soggetti cronici affetti dalle 4 patologie di interesse in carico ai suddetti medici di AP: **n. 212.219 assistiti** viventi al luglio 2017
- per uniformità con i livelli di gravità clinica proposti dai PDTA esaminati le classi di DDCI sono state ulteriormente ridotte a due o tre Livelli come di seguito specificato:
 - I Livello con DDCI 0 e DDCI 1-2,
 - II Livello con DDCI 3-5,
 - III DDCI 6-9 e DDCI ≥10;





Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

- è stato valutato il consumo di prestazioni in relazione alla proposta di PDTA per le 4 patologie, per classe di rischio, per ASL e per Distretto Socio-Sanitario.

Tale attività è propedeutica a stimare da un lato il numero di prestazioni che saranno richieste con l'attivazione del programma regionale al fine di programmare correttamente l'offerta, anche con riferimento alla riorganizzazione in corso presso i PTA; dall'altro l'impatto, in termini di numero di prestazioni e di relativi costi rispetto all'attuale consumo da parte dei soggetti eleggibili nel programma. In virtù dei risultati, sarà predisposto l'atto di revisione dell'offerta di specialistica ambulatoriale.

A titolo esemplificativo, si riporta l'attività in corso per il diabete mellito:

Regione Puglia. Coorte 2014. Sottopopolazione di assistiti in carico ai 560 MMG con indennità per Infermiere e Collaboratore di studio a luglio 2017; N. 218.667 assistiti di cui deceduti nel 2015 N. 6448 e viventi al 01/01/2016 N. 212.219 assistiti;

Con presenza di Diabete, viventi N. 52.325-

NB la stratificazione della coorte dei pazienti con diabete è stata ulteriormente semplificata a due livelli:

I Livello con DDCI 0 e DDCI 1-2

II e III Livello con DDCI 3-5, DDCI 6-9, DDCI ≥10.

N. Assistiti con Diabete			14.083	38.242	N. Prestazioni		
Prestazione	I° Livello freq x anno	II° e III° Livello freq x anno	I° Livello	II° e III° Livello	TOT PREST RICHIESTE DA PDTA	TOT PREST EROG 2016	Diff Prest RICH- EROG
Visite MMG	2	3	28.166	114.726	142.892	ND	ND
Aderenza	=	=					
Stili di vita	=	=					
Peso e BMI	=	=					
PA	=	3					
EO Piede	1	1					
ECG	1	1	14.083	38.242	52.325	15.832	36.493
Fondo Oculare	0.5	1	7.042	38.242	45.283	9.946	35.338
Prelievo	2	3	28.166	114.726	142.892	132.763	10.129

E' stata avviata, inoltre, la negoziazione degli accordi integrativi con la medicina convenzionata.

Sono stati specificati i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi dei PTA e il modello di governance nell'ambito dell'assistenza distrettuale, anche con riferimento alla riorganizzazione dell'assistenza primaria. Il documento reca anche l'individuazione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi degli Ospedali di Comunità. Sulla base di tale documento, il Dipartimento sta avviando un'interlocuzione con le direzioni generali delle ASL con l'obiettivo di verificare lo stato di attuazione delle riconversioni stabilite dai provvedimenti regionali di riordino della rete ospedaliera, acquisire e valutare eventuali esigenze di rimodulazione dei servizi sanitari già previsti, alla luce degli interventi in corso sull'offerta assistenziale nonché dei requisiti in via di definizione.

Anno 2017 (IN CORSO)

Primo Semestre:

1. Rete dell'Assistenza Residenziale ExtraOspedaliera a Elevato Impegno Sanitario

Secondo Semestre

2. Rete dell'Assistenza Residenziale Anziani non Autosufficienti





Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

GENERALITÀ	
REGIONE	160 – REGIONE PUGLIA
LINEA PROGETTUALE 2	SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI
TITOLO	RETE PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE PER TRATTAMENTI RIABILITATIVI
DURATA	24 MESI
COSTO	€ 20.800.000,00
REFERENTE	DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI SERVIZIO STRATEGIE E GOVERNO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

RAZIONALE

Garantire l'assistenza domiciliare attraverso un progetto di rete assistenziale complessiva che possa rendere sostenibile la riabilitazione domiciliare. L'obiettivo prioritario è quello di potenziare le risorse della riabilitazione territoriale e creare una "rete" adeguata alle esigenze della popolazione, e quindi una migliore appropriatezza di riferimento a specifiche situazioni quali i ricoveri ripetuti in disabilità complesse con esiti permanenti o alcuni ricoveri dopo la fase dell'acuzie (es. protesi d'anca o ginocchio). Attraverso la riabilitazione domiciliare si offre un trattamento che può esaurirsi a domicilio o rappresentare una fase transitoria in cui vengono attivate tutte le azioni che permettano di continuare il trattamento in ambulatorio. Tutto ciò ha come presupposto la definizione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) da parte del fisiatra dell'ASL di appartenenza del paziente con l'équipe multidisciplinare per definire i bisogni specifici della persona ed indicare le risposte più adeguate. Possono accedere alla riabilitazione domiciliare i cittadini che presentano le seguenti caratteristiche:

- Soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali impossibilitati ad essere trasportati presso gli ambulatori o per i quali occorre raggiungere obiettivi relativi all'autonomia nel proprio ambito
- Adeguato supporto familiare o informale
- Idonee condizioni abitative
- Consenso informato da parte della persona e della famiglia

La riabilitazione domiciliare fa capo al Sistema Organizzativo dei DSS e si integra nella rete dei servizi riabilitativi territoriali.

La riabilitazione domiciliare è richiesta:

- Da una Unità Operativa Ospedaliera per acuti e riabilitative
- Da strutture residenziali territoriali (RSA e Strutture di riabilitazione)
- MMG

OBIETTIVI

La Riabilitazione Domiciliare prevede:

1. Valutazione sanitaria domiciliare
2. Stesura del piano riabilitativo domiciliare
3. Esecuzione del programma riabilitativo





Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

4. Maggiore estensione del programma riabilitativo ai pazienti che non possono accedere al trattamento ambulatoriale
5. Evitare ricoveri e trattamenti in regime residenziale e semiresidenziale inappropriati.
6. Fare in modo che il paziente, soprattutto i soggetti fragili, possa rimanere nel proprio ambito familiare, usufruendo dell'assistenza di cui ha bisogno.
7. Utilizzo della riabilitazione domiciliare nella Regione Puglia e analizzarne l'esito.

TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)

ANNO 2016

Primo Semestre:

1. Maggiore estensione del programma riabilitativo ai pazienti che non possono accedere al trattamento ambulatoriale
2. Evitare ricoveri e trattamenti in regime residenziale e semiresidenziale inappropriati.

Secondo Semestre:

3. Fare in modo che il paziente, soprattutto i soggetti fragili, possa rimanere nel proprio ambito familiare, usufruendo dell'assistenza di cui ha bisogno.
4. Utilizzo della riabilitazione domiciliare nella Regione Puglia e analizzarne l'esito.

INDICATORI

- Estensione del programma riabilitativo ai pazienti che non possono accedere al trattamento ambulatoriale
- Evitare ricoveri e trattamenti in regime residenziale e semiresidenziale inappropriati.
- Fare in modo che il paziente, soprattutto i soggetti fragili, possa rimanere nel proprio ambito familiare, usufruendo dell'assistenza di cui ha bisogno.
- Utilizzo della riabilitazione domiciliare nella Regione Puglia e analizzarne l'esito.

RELAZIONE ATTIVITÀ ANNO 2016

L'assistenza domiciliare ha un ruolo strategico in quanto concorre a:

- fornire ai cittadini assistenza presso il proprio domicilio per salvaguardare la rete di rapporti personali e familiari;
- contenere la spesa farmaceutica inappropriata e migliorare l'aderenza terapeutica al trattamento farmacologico prescritto;
- ridurre i ricoveri ospedalieri e residenziali extraospedalieri impropri;
- ridurre la degenza ospedaliera e il turn-over dei posti letto sia nelle strutture ospedaliere che residenziali sanitarie e sociosanitarie.

L'assistenza domiciliare nella nostra Regione ha assunto in questi ultimi anni una valenza cruciale in quanto vi è stata un'azione di sviluppo che ha allineato il profilo demografico-epidemiologico della popolazione di riferimento al modello organizzativo che è stato programmato per aree prioritarie d'intervento, bisogni di salute, obiettivi e risorse. E tuttavia alcuni vincoli esterni, in primo luogo de-





Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

turn-over per il personale delle ASL e il contenimento della spesa rispetto alle esternalizzazioni, hanno imposto un limite al potenziamento della rete domiciliare e alla costituzione delle equipe dedicate.

A questo occorre aggiungere che il ritardo nell'attivazione e messa a regime delle Unità di Valutazione Multidimensionale fino al 2010 non ha consentito la presa in carico corretta del paziente cronico e non autosufficiente né ha favorito la predisposizione di Progetti Assistenziali Individualizzati che guardassero alla rete domiciliare e alla filiera dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali per offrire risposte più appropriate e più efficienti sul piano tecnico-economico.

Con DGR n. 630 del 30/03/2015 sono state approvate le Linee guida regionali per le Cure domiciliari integrate e lo schema di accordo di programma tra ASL e Comuni.

È dunque cruciale l'impatto che alcune azioni dirette e indirette avranno sull'incremento dell'indicatore LEA della % Anziani over65 in ADI, lungo la strada per arrivare al 4% entro il 2018; tra queste azioni assumono particolare rilievo:

- il potenziamento delle UVM per la corretta presa in carico integrata dei pazienti cronici e dei non autosufficienti;
- la messa a regime del flusso SIAD nel sistema EDOTTO dei flussi informativi per una piena quantificazione del numero di casi trattati, del volume di prestazioni erogate e per una piena determinazione della spesa sanitaria per le prestazioni domiciliari integrate;
- la definizione di Accordi di programma tra Comuni associati e Distretti Sociosanitari per implementare ogni sforzo organizzativo e finanziario utile per il potenziamento delle reti locali di welfare domiciliare;
- produzione e diffusione di materiale informativo e pubblicitario (Carta della rete delle cure domiciliari, guide alla rete dei servizi domiciliari, pieghevoli).

Grazie alle attività condotte nell'ambito del progetto in essere nel 2016 si è registrato una maggiore estensione del programma per le attività di riabilitazione domiciliare. In particolare si è registrato un incremento positivo per il numero di pazienti trattati rispetto agli anni passati, ossia un progressivo spostamento dei pazienti dal setting residenziale a quello domiciliare. Tale incremento seppur a macchia di leopardo nel contesto regionale ha visto punte di eccellenza in termini di valore assoluto e di media trattamenti così come riportato in tabella. Inoltre per incrementare le attività definite nel progetto per il 2017 si è provveduto a raccogliere i dati preliminari del 2018.

ACCESSI DOMICILIARI EX ART.26 REGISTRATI IN EDOTTO

N. accessi domiciliari x ANNO

	2015	2016
ASL		
ASL BARI	43.869	157.469
ASL BAT	3.645	4.606
ASL LECCE	23.370	21.052
ASL TARANTO	22.283	26.366
TOTALE	95.182	211.509

Il Dipartimento di Promozione della Salute ha in animo di incrementare il tavolo di lavoro sul tema della riabilitazione domiciliare così come definito nel progetto di rete al fine di individuare criteri più omogenei nella valutazione degli esiti.





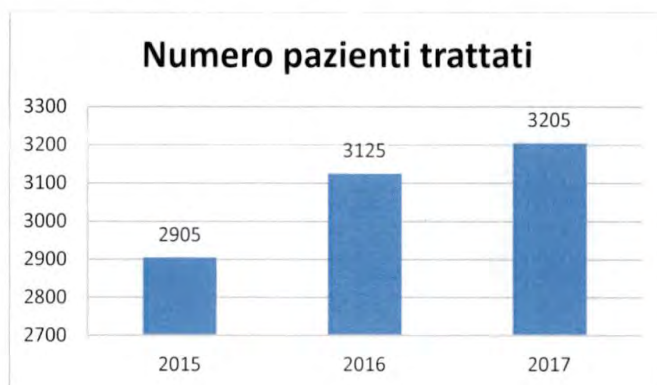
Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

La tabella di seguito riportata rappresenta il trend dei trattamenti riabilitativi domiciliari secondo tre macro indicatori:

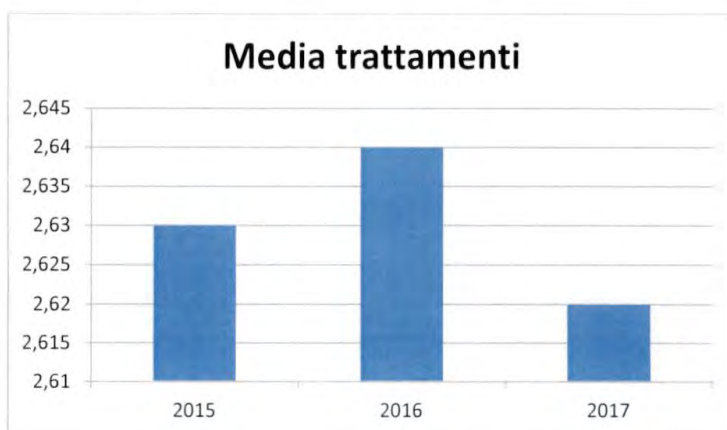
1) Numero pazienti trattati

Numero dei pazienti trattati a domicilio in valore assoluto nell'anno



2) Media trattamenti

Media dei trattamenti/interventi eseguiti a domicilio a settimana per paziente

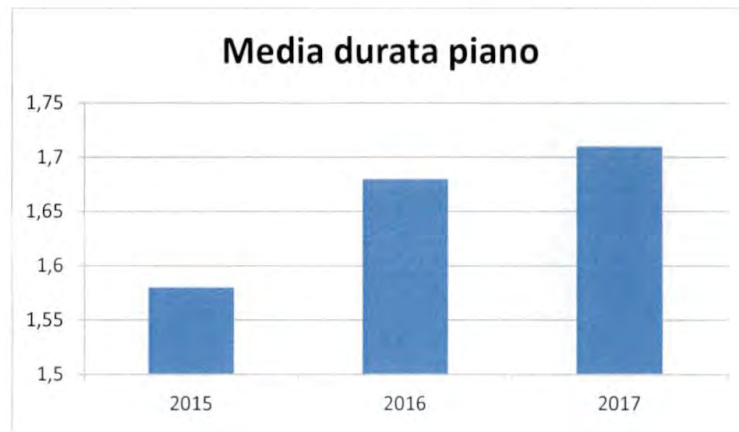




Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

3) Media durata piano Media durata piano mesi nell'anno per paziente



Nel corso del 2017 per essere pienamente coerenti con il trend summenzionato si costruirà un percorso di analisi e valutazione capace di incrementare l'utilizzo di tali trattamenti per i pazienti, soprattutto i soggetti fragili, in ambito familiare, usufruendo dell'assistenza di cui hanno bisogno.

ANNO 2017 (IN CORSO)

Terzo Semestre:

1. Maggiore estensione del programma riabilitativo ai pazienti che non possono accedere al trattamento ambulatoriale
2. Evitare ricoveri e trattamenti in regime residenziale e semiresidenziale inappropriati.

Quarto semestre:

3. Fare in modo che il paziente, soprattutto i soggetti fragili, possa rimanere nel proprio ambito familiare, usufruendo dell'assistenza di cui ha bisogno.
4. Utilizzo della riabilitazione domiciliare nella Regione Puglia e analizzarne l'esito.





Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

GENERALITÀ	
REGIONE	160 – REGIONE PUGLIA
LINEA PROGETTUALE 3	CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA.
TITOLO	RETE REGIONALE DI CURE PALLIATIVE
DURATA	24 MESI
COSTO	€ 10.000.000,00
REFERENTE	DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI SERVIZIO ASSISTENZA TERRITORIALE, PSICHIATRIA E DIPENDENZE PATOLOGICHE

RAZIONALE

L'obiettivo delle cure palliative è la tutela della qualità della vita del malato e della sua famiglia.

Il malato ha diritto a richiedere forme di tutela e di sostegno che valorizzino le risorse di cura della famiglia e consentano anche ai cittadini più fragili di rimanere al domicilio e nel proprio contesto di vita, evitando istituzionalizzazioni precoci e inappropriate, con la conseguenza di una migliore qualità di vita e la riduzione dei costi complessivi. Il Piano di Salute 2008-2010 della Regione Puglia al capitolo "Cure Palliative", nel definirne gli obiettivi e il modello organizzativo, ha previsto l'istituzione di specifiche Unità Operative di Cure Palliative (UOCP) per il coordinamento delle procedure di ricovero dei pazienti nei centri residenziali di cure palliative (hospice), in regime di day hospice, in assistenza ambulatoriale e assistenza domiciliare specialistica.

Nello specifico, il Piano ha previsto l'istituzione di una UOCP ogni 400.000 abitanti circa, con dimensione sovra-distrettuale. Pertanto, la Giunta Regionale, con deliberazione n.2210 del 26-11-2013, ha recepito l'Intesa Stato-Regioni 25 luglio 2012, concernente la definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessarie per l'accreditamento delle strutture assistenziali ai malati in fase terminale e delle unità di cura palliative e della terapia del dolore, dando mandato al Gruppo di Lavoro Regionale, già costituito con Determinazione Dirigenziale n.134/2013, di supportare l'Assessorato alla Sanità nell'attività di programmazione tesa ad implementare l'erogazione omogenea delle prestazioni a favore dei pazienti terminali e delle loro famiglie su tutto il territorio regionale. Il Progetto, in continuità con il 2014, si propone di dare attuazione alla predetta Intesa, e, in particolare, di disegnare e portare all'approvazione della Giunta le Linee Guida Regionali per lo sviluppo della Rete per le cure palliative in Puglia. Il Progetto è finalizzato al potenziamento e al miglioramento della qualità dell'intero sistema d'offerta dei servizi per la costruzione di una efficace Rete in grado di garantire l'omogenea erogazione delle prestazioni sull'intero territorio regionale, assicurando continuità nel percorso del malato e della sua famiglia, soprattutto nel passaggio dalla fase di cronicità a quello della terminalità, con particolare attenzione alle cure palliative domiciliari di base e specialistiche.

OBIETTIVI

In linea con le previsioni normative nazionali e regionali, a partire dal Piano di Salute 2008-2010 della Regione Puglia, l'obiettivo che il Progetto si pone, in continuità con il 2014, è l'adozione di "Linee Guida Regionali" che, oltre a delineare l'articolazione territoriale della Rete cure palliative, definiscano gli elementi costitutivi, l'organizzazione e le funzioni della medesima Rete, nonché i percorsi diagnostico-terapeutici di presa in carico e di assistenza dei malati in fase terminale.

1. Prosecuzione del confronto con il Gruppo di Lavoro regionale "Cure Palliative e Terapia del Dolore" per affrontare e condividere tutte le scelte che consentano di definire le "Linee Guida regionali per lo sviluppo della Rete per le Cure Palliative in Puglia".
2. Approvazione del provvedimento di Giunta per la definizione delle Linee guida regionali per lo sviluppo della Rete per le cure palliative.





Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)

ANNO 2016

Primo Anno:

1. Approvazione del provvedimento di Giunta per la definizione delle Linee guida regionali per lo sviluppo della Rete per le cure palliative.

INDICATORI

Assicurare, in ciascuna rete locale di Cure Palliative:

- Monitoraggio della Continuità dei percorsi assistenziali per le Cure Palliative nei diversi setting assistenziali ai malati in fase terminale, con particolare attenzione ad assicurare le cure palliative domiciliari di base e specialistiche.
- Introduzione di percorsi semplificati, tempestivi e flessibili, ma globali, di accesso ai vari servizi;
- Almeno un processo di presa in carico finalizzato ad assicurare la continuità delle cura, riducendo, altresì, al minimo i casi di ricoveri inappropriati.

RELAZIONE ATTIVITÀ 2016

I primi indirizzi finalizzati a consentire lo sviluppo della Rete per le Cure Palliative in Puglia sono stati forniti dal Governo regionale con la deliberazione n. 917/2015.

Al fine di verificare la effettiva realizzazione di percorsi di presa in carico tempestiva e globale dei pazienti terminali, in coerenza con la DGR n. 917/2015, il Dipartimento Promozione della Salute, nell'anno 2016, con il supporto dei Referenti delle Aziende Sanitarie Locali e delle Associazioni che erogano Cure Palliative Domiciliari, è stato impegnato nella realizzazione delle seguenti azioni propedeutiche:

- Elaborazione e somministrazione alle ASL di un apposito questionario sui percorsi assistenziali di norma seguiti localmente, sulle prestazioni, sulla copertura territoriale delle Cure Domiciliari;
- Individuazione di almeno una ASL in cui sono sperimentati percorsi di presa in carico finalizzati ad assicurare la continuità delle cura.

Dal monitoraggio è emerso che nelle diverse ASL ed anche all'interno di una stessa ASL permanevano più modelli organizzativi, in relazione alla presenza sul territorio di un hospice pubblico o privato che assicura anche le cure palliative domiciliari, oppure alla presenza di Organismi no-profit (Associazioni o Cooperative) che erogano esclusivamente le cure domiciliari.

E' emerso, altresì, che l'Azienda sanitaria locale in cui si attuano percorsi ottimali di presa in carico globale, tempestiva, flessibile è la ASL Bari, che sperimenta tale modello organizzativo nel Distretto Sociosanitario di Conversano-Monopoli (e Distretti vicini) e di Modugno-Bitonto (e Distretti vicini).

ANNO 2017 (IN CORSO)

Con l'obiettivo finale della realizzazione in ogni ASL del Modello Organizzativo individuato dalla DGR n. 917/2015 ed a partire dalle criticità/problematicità localmente esistenti e dall'osservazione delle esperienze di presa in carico realizzate nella ASL Bari, il Dipartimento Promozione della Salute è stato impegnato nella predisposizione di disposizioni operative per l'organizzazione della Rete Locale delle Cure Palliative, in coerenza con gli indirizzi dettati dalla Legge 38/2010 e con i successivi Decreti attuativi



#



Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

approvati in Conferenza Stato-Regioni e con le disposizioni previste dal DPCM 12-01-2017 "Definizione ed aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza".

Azioni poste in essere:

- Implementazione del Gruppo Tecnico di supporto con i rappresentanti di tutte le ASL e delle maggiori Organizzazioni no-profit (DGR n. 1094 del 4-07-2017 e n. 2287 del 21-12-2017);
- Incontri con il Gruppo Tecnico nelle date del 18 settembre 2017 e del 16 ottobre 2017;
- Elaborazione (in corso) di proposta di disposizioni operative, che, per quanto concerne, in particolare, le Cure Palliative Domiciliari, prevede che l'assistenza sia garantita:
- Da interventi di base, coordinati dai MMG;
- Da interventi di équipe specialistiche multi-professionali dedicate.

La potenziale popolazione di riferimento delle Cure palliative domiciliari è costituita dai pazienti terminali oncologici e non, in fase avanzata e avanzatissima, "Indice di Karnofsky <50", non più soggetti a terapie volte alla guarigione e con previsione di sopravvivenza inferiore a 6 mesi.

Il documento prevede che il paziente, di norma, venga assistito a domicilio e riceva oltre all'assistenza prevista (medica, infermieristica, reperibilità e sostegno psicologico) la fornitura di tutti i farmaci, presidi, ausili e quant'altro per alleviare la sofferenza e migliorare la sua qualità di vita.





Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione – con vincolo risorse pari a 240 milioni di euro, di cui il 5 per mille dedicato al supporto PNP - NETWORK
TITOLO DEL PROGETTO	Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano nazionale prevenzione
DURATA DEL PROGETTO	Pluriennale
COSTO	€ 24.000.000,00
REFERENTE	P.A.T.P.

CONTESTO	<p>Il Piano Nazionale di Prevenzione 2014/18 (PNP), approvato con Intesa Stato-Regioni del 13/11/2014, prevede all'art. 1, comma 2 che le Regioni recepiscano con apposita Delibera il PNP disponendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Di applicare nell'elaborazione del proprio PRP la visione, i principi, le priorità, la struttura del PNP; • La preliminare individuazione dei programmi regionali, il più possibile integrati e trasversali rispetto ad obiettivi ed azioni, con i quali si intende dare attuazione a tutti i macro-obiettivi e a tutti gli obiettivi centrali; • La definizione degli elementi di contesto, profili di salute, trend dei fenomeni, continuità con quanto conseguito nel precedente Piano Regionale della Prevenzione – funzionali ai programmi regionali individuati.
DESCRIZIONE	<p>In attuazione dell'Intesa Stato-Regioni del 13.11.2014 rep. Atti 156/CSR "Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018", con DGR n. 302 del 22.03.2016 è stato approvato il documento di programmazione "Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018", elaborato assumendo la visione, i principi, le priorità e la struttura del PNP 2014-2018, in continuità con quanto realizzato in Puglia nelle precedenti programmazioni, cercando di valorizzare il Know-how acquisito e tenendo conto delle specificità territoriali. L'attuazione del Piano Regionale della Prevenzione in coerenza con le indicazioni nazionali rappresenta una delle azioni previste dai Programmi Operativi della Regione.</p>
OBIETTIVI	<p>Il provvedimento si pone l'obiettivo di sviluppare nel quinquennio, attraverso programmi nazionali, la visione strategica e gli obiettivi di salute del PNP.</p>





Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

	<p>La costruzione del Piano, secondo le linee di programmazione definite con la DGR n. 2832 del 30.12.2014 di recepimento del PNP, nella sua complessità e articolazione riflette lo sforzo di passare da un'ottica parcellizzata di singole azioni derivanti da progetti settoriali a una logica di processi e programmi quanto più intersettoriali e trasversali, basati su un approccio condiviso e legati tra loro per temi e valori chiave.</p> <p>Infatti il Piano è strutturato in 7 programmi di ampio respiro, trasversali e multidisciplinari, con l'integrazione di obiettivi ed azioni tra loro coerenti che contribuiscono al conseguimento dei macro obiettivi e obiettivi centrali del PNP.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Tempi Di Attuazione (Cronoprogramma) per tutto i periodo di durata del progetto (2017).</p> <p>Indicatori</p> <p>Presenza di documenti di rendicontazione delle attività previste nell'ambito dei Piani locali di Prevenzione 2017 di tutte le ASL.</p>
RISULTATI ATTESI	Attuazione degli obiettivi contenuti nel Piano regionale della Prevenzione.
RELAZIONE ANNO 2017	<p>All.to n. 1 Relazione per Piano Nazionale della Prevenzione</p> <p>All.to n. 2 Relazione per Supporto al Piano Nazionale della Prevenzione</p>





Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

GENERALITÀ	
REGIONE	160 – REGIONE PUGLIA
LINEA PROGETTUALE 5	GESTIONE DELLA CRONICITÀ
TITOLO	CHRONIC CARE MODEL PUGLIA
DURATA	24 MESI
COSTO	€ 16.000.000,00
REFERENTE	A.Re.S.S. Puglia

RAZIONALE

Le patologie croniche sono in progressiva crescita e, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata oltre ad una forte integrazione con i servizi sociali, impegnano gran parte delle risorse del SSR. Si stima, infatti, che circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche.

La cura per questi pazienti, non potendo prevedere la guarigione, è finalizzata al miglioramento della qualità di vita attraverso una stabilizzazione del quadro clinico e alla prevenzione delle complicanze e della disabilità.

I modelli organizzativi di assistenza ai pazienti cronici adottati a livello internazionale sono mirati a ridurre la frammentazione dell'erogazione dell'assistenza attraverso il coordinamento e la continuità dell'assistenza all'interno e tra le diverse istituzioni variamente coinvolte. Tra i principali modelli si cita:

- il *Chronic Care Model* (e le sue evoluzioni) che individua in modo puntuale le variabili fondamentali che rendono possibile un approccio sistemico alle malattie croniche creando una cultura, un'organizzazione e dei meccanismi che promuovano un'assistenza sicura e di alta qualità. Il modello prevede una puntuale definizione delle prestazioni, attività e servizi resi lungo definiti percorsi assistenziali (PDTA), condivisi da tutte le figure professionali coinvolte.

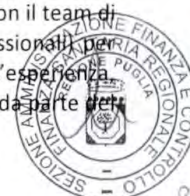
La Regione Puglia sin dall'inizio del 2012, contestualmente al processo di riconversione di numerosi presidi ospedalieri in strutture territoriali (implementato nell'ambito degli adempimenti previsti dal Piano di Rientro 2010-2012 sottoscritto dalla Regione con il Ministero delle Finanze e con quello della Salute), ha avviato un percorso di sperimentazione di modelli assistenziali di medicina d'iniziativa secondo i principi del Chronic Care Model.

Il Progetto Nardino, partito nel 2011, è stata la prima iniziativa sistemica di medicina d'iniziativa su scala regionale, ma prendeva le mosse da una precedente esperienza locale, in ASL Lecce, che aveva nome di Progetto Leonardo.

Il Progetto, destinato a pazienti con diabete, BPCO, scompenso cardiaco e ipertensione, in sintesi estrema, si poggiava su:

- presa in carico precoce del paziente cronico e dei suoi problemi di salute secondo i principi del Chronic Care Model sviluppatosi negli USA in Kaiser Permanente;
- introduzione nel processo di presa in carico della figura del Care Manager con funzione "pivotale" rispetto ai percorsi organizzativi del caso clinico;
- informatizzazione e condivisione informativa dell'intero percorso diagnostico-terapeutico.

L'elemento più innovativo del modello era rappresentato dalla figura del Care Manager: infermieri opportunamente formati che fornivano al paziente strumenti utili per l'autogestione della malattia e per l'aderenza al percorso clinico-assistenziale. Operavano in stretto contatto con il paziente e con il team di operatori sanitari territoriali (Medico di Medicina Generale, Specialista e Infermieri Professionali) per mettere a punto un piano di assistenza individuale e far fronte ai problemi identificati. L'esperienza sviluppatasi con alterne fortune sul territorio regionale in funzione dell'aderenza alla stessa da parte dei





Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

sistema delle cure primarie (MMG, PLS, Continuità assistenziale, ecc.), ha comunque rivelato nei casi di più completo sviluppo la riconversione "indolore" del preesistente presidio ospedaliero, una buona soddisfazione dei pazienti reclutati nel programma, una costanza di performance status e, risultato inatteso, l'azzeramento delle liste di attesa per i pazienti reclutati. Nel corso del 2013 e del 2014 è stato condotto uno studio retrospettivo sui pazienti coinvolti (gruppo di intervento) che ha dimostrato, rispetto a un gruppo di controllo, una riduzione del 20% circa tra ospedalizzazione non pianificata (numero e giornate di degenza) e costi economici della stessa. Media numero di eventi per 100 persone/anno e Incidence Rate Ratio (limiti di confidenza). Da un ulteriore approfondimento effettuato con i dati della Banca Dati Assistiti regionale è emerso chiaramente che le modalità (e i costi) assistenziali di presa in carico del paziente cronico dipendono strettamente dalla rete di offerta preesistente. La distribuzione della prevalenza delle cronicità in Puglia (tasso std per età e sesso 41.379 pz x 100.000 abitanti) ha dato la possibilità di rappresentare una georeferenziazione del fenomeno epidemiologico. Tuttavia, raffrontando il cartogramma con quelli relativi all'ospedalizzazione e alla disponibilità di posti letto in ciascun territorio si è potuto notare come non ci sia corrispondenza diretta tra cronicità e ospedalizzazione e come quest'ultima sia tanto più alta quanto più posti letto sono disponibili, confermando un comune assioma dell'assistenza sanitaria secondo cui l'offerta spesso condiziona la domanda.

OBIETTIVI

Sulla scorta della prevalenza di malattie croniche registrata dalla Banca Dati Assistiti regionale del 2014, delle evidenze economiche, dei risultati accennati ma soprattutto della generalizzata approvazione del modello in quei contesti dove l'esperienza è stata portata a fondo (MMG, medici specialisti, care manager, distretti socio-sanitari) la Regione Puglia intende aprire la terza e non più sperimentale fase del modello assistenziale, attraverso un percorso che:

- parta dalla definizione condivisa (distretti, MMG e specialisti) di un modello generalizzato e ufficiale di presa in carico delle cronicità maggiori,
- passi per la realizzazione di un patto di cura tra SSR e MMG che preveda premialità e ripotenziamento ciclico del sistema a fronte del rispetto di condivisi obiettivi economici e di cura,
- alimenti un efficace sostegno all'autogestione della patologia cronica da parte del malato,
- utilizzi il PDTA come strumento di progettazione, organizzazione, monitoraggio e miglioramento continuo dei processi di clinico-assistenziali della cronicità,
- completi solidamente la trasformazione dell'assistenza sanitaria regionale in assistenza prevalentemente territoriale e di prossimità.

TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)

ANNO 2016

Primo Semestre

- Progetto per il sostegno all'autogestione della patologia cronica da parte del malato

Secondo Semestre

- Creazione del PDTA come strumento di progettazione, organizzazione, monitoraggio e miglioramento continuo dei processi di clinico-assistenziali della cronicità,
- Delibera di giunta per la trasformazione dell'assistenza sanitaria regionale in assistenza prevalentemente territoriale e di prossimità.





Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

INDICATORI

Progettazione del modello organizzativo e funzionale	DGR di adozione di modello evolutivo e di sistema delle preesistenti esperienze di Chronic Care Model in accordo con gli studi e le esperienze maturate di concerto con A.Re.S.S.
Predisposizione della cassetta degli attrezzi	DD di adozione manuale per redazione e manutenzione documentazione PDTA in accordo con gli studi e le esperienze maturate di concerto con A.Re.S.S.
Progettazione dei PDTA delle cronicità maggiori	DGR di adozione PDTA cronicità (diabete, scompenso, BPCO, ipertensione) in accordo con gli studi e le esperienze maturate di concerto con A.Re.S.S.
Ridefinizione della rete dei servizi di specialistica ambulatoriale di supporto, anche con riferimento all'offerta assistenziale garantita dai Presidi Territoriali di Assistenza	DGR di revisione dell'offerta di specialistica ambulatoriale (su PDTA, su Liste di Attesa e su Domanda Appropriata) in accordo con gli studi e le esperienze maturate di concerto con A.Re.S.S.
Negoziare degli accordi integrativi con la medicina convenzionata	DGR di adozione accordo integrativo con MMG e Specialisti in accordo con gli studi e le esperienze maturate di concerto con A.Re.S.S.
Campagna di comunicazione e promozione del sistema	Numero Inviti / Popolazione Target
Reclutamento pazienti	Numero Reclutati / Numero Inviti
Analisi dei risultati/esiti	DGR annuali di ricognizione dei risultati e delle premialità in accordo con gli studi e le esperienze maturate di concerto con A.Re.S.S.

RELAZIONE ATTIVITÀ 2016

Dal 2011 la Regione Puglia, entrata in Piano di Rientro, ha avviato politiche di riorganizzazione dell'offerta assistenziale, che hanno prodotto, tra l'altro, una riduzione del tasso di ospedalizzazione del 40% in 5 anni. Recentemente è stato impostato un modello di presa in carico delle cronicità (Care Puglia): per proseguire al meglio le azioni di riqualificazione dell'offerta sanitaria è opportuno valutare le criticità di questo periodo di transizione, con uno sguardo particolare alla popolazione in condizioni di fragilità (cronicità, svantaggio sociale). Nel 2016 è stato valutato il ricorso all'ospedalizzazione, nella popolazione generale, in coorti di assistiti con patologie croniche e in coorti di "controllo", per evidenziare eventuali differenze nella modifica dell'accesso alle prestazioni sanitarie in conseguenza della deospedalizzazione. Sono stati considerati i ricoveri erogati da ospedali pugliesi ai residenti in regione negli anni 2011-2016. La popolazione residente è estratta dalla Banca Dati Assistiti regionale, da cui sono stati selezionati, utilizzando algoritmi di identificazione di pattern omogenei di consumo di prestazioni, i soggetti >40aa affetti da diabete, ipertensione arteriosa, BPCO e scompenso cardiaco nel 2010 e nel 2014. E' stata effettuata una stratificazione del rischio attraverso il Drug Derived Complexity Index (DDCI), basato su esposizione a farmaci. Sono state definite coorti di controllo di soggetti >40 anni senza indicazione di patologia cronica. Ai soggetti in studio è stato attribuito il livello di istruzione dal censimento ISTAT 2011. Gli end point (prima ospedalizzazione, ricovero urgente, riospedalizzazione precoce), valutati nei 12 mesi successivi al reclutamento, sono stati studiati attraverso analisi univariate e multivariate, tenendo conto di età, sesso, provincia di residenza e DDCI, nella popolazione generale nei soggetti cronici e nei soggetti >40aa senza cronicità, stratificando per livello di istruzione.





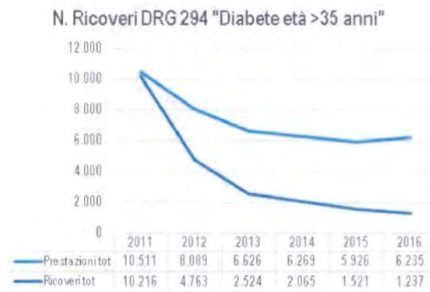
Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

L'importanza della lettura integrata dei dati: dall'analisi delle performance del sistema...



La Puglia, in Piano di Rientro dal 2011, è intervenuta con molta determinazione sull'eccesso di ospedalizzazione, in particolare sull'inappropriatezza organizzativa:
Punteggio Griglia LEA anno 2011: 123 ; anno 2016 (provvisorio): 169



Tra il 2015 e il 2014:
-26% ricoveri per diabete, - 6% prest totali





Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

... alle esigenze di salute dei pazienti:

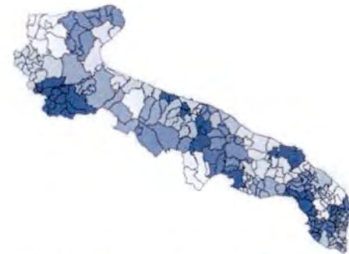


Mediamente, il 22% della popolazione con diagnosi di diabete nel 2014 ha subito l'anno successivo un peggioramento nelle condizioni di salute

ricoveri per diabete mellito con specifica di eventuali complicanze associate 2014 e 2015 nella popolazione diabetica pugliese

N° ricoveri per diabete	Anno 2014	Anno 2015	Variazione %
Diabete senza complicanze	33298	32276	-3.07%
Diabete con chetoacidosi	369	399	+8.13%
Diabete con iperosmolarità	211	289	+36.97%
Diabete con altri tipi di coma	82	165	+101.2%
Diabete con complicanze renali	2301	2858	+24.21%
Diabete con complicanze oculari	1212	1085	-10.48%
Diabete con complicanze neurol	8569	9470	+10.51%
Diabete con complicanze vasc.perif	5837	6130	+5.02%
Diabete con altre complicanze	1622	1652	+1.85%
ischemia cardiaca	15233	15850	+4.05%
TOT ricoveri per complicanze diabete	35436	37898	+6.95%
TOT ricoveri per diabete	68734	70174	+2.09%

Variazione % ricoveri urgenti per diabete mellito 2014 e 2015 nella popolazione diabetica pugliese



% variazione ricoveri urg □ 2.95 - 8.84 □ 10.84 - 12.19 □ 12.75 - 14.29 □ 14.45 - 15.77 □ 15.94 - 18.53 □ 18.89 - 21.90 □ 22.78 - 24.28 □ 24.70 - 34.88

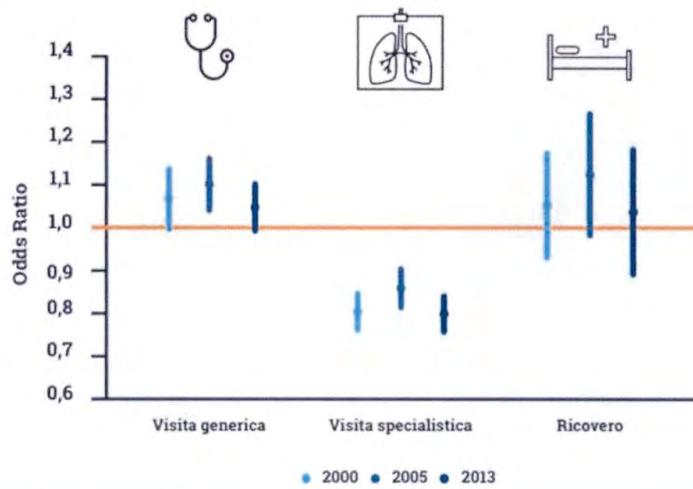




Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

**Probabilità di utilizzo di prestazioni sanitarie per le donne di bassa istruzione, a paragone con le più istruite (linea arancione pari a 1), a parità di età, cronicità e altri indicatori di posizione socio-economica.
Italia, 2000-2005-2013.**



G. Costa su dati dell'Indagine Multiscopo ISTAT, 2016





Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

Un modello di presa in carico delle cronicità: il programma Care Puglia

- Evoluzione delle forme associative dell'assistenza primaria verso AFT e UCCP
- Spinta verso l'integrazione multiprofessionale e dei servizi per assicurare la continuità delle cure
- Valorizzazione dei processi di riconversione degli ospedali in PTA

Obiettivo del CARE PUGLIA è assicurare una migliore risposta nella gestione della popolazione con cronicità, che, oltre ad obiettivi di miglioramento clinico e organizzativo, si pone degli obiettivi di cooperazione tra territorio e medicina generale per una sostenibilità nel lungo termine del modello che sarà costruito fra aziende sanitarie e medicina generale.





Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

Il processo di riorganizzazione si articola su tre presupposti principali:

Ridefinizione del sistema di relazioni tra i vari attori, all'interno del sistema territoriale (assistenza primaria/specialistica/distretto), tra il sistema territoriale e la rete ospedaliera;

Messa a punto dei modelli organizzativi e funzionali attraverso i quali definire le modalità di risposta (prestazioni e percorsi di cura) da assicurare ai cittadini

Implementazione di idonei meccanismi di valutazione, in grado di rendere conto sia del contributo di ciascuno degli attori sia dell'efficacia/efficienza dei modelli





Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

L'USO DEI DATI PER PROGRAMMARE I SERVIZI: IL CARE PUGLIA, UN MODELLO PER LA PRESA IN CARICO DELLE CRONICITÀ

Riguarda i soggetti residenti in Regione Puglia, di età superiore a 40 anni

Patologie di interesse:

- Diabete mellito
- BPCO
- Ipertensione arteriosa
- Scompenso cardiaco

Si basa sul Model of Innovative and Chronic Conditions (ICCC):



Possono aderire tutti i **Medici di Assistenza Primaria con infermiere e collaboratore di studio**





Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

GLI OBIETTIVI DEL CARE PUGLIA

- Promuovere e mantenere una soddisfacente qualità della vita, attraverso interventi di prevenzione e promozione della salute con l'obiettivo di ritardare complicanze e disabilità
- Offrire un percorso assistenziale coerente con i bisogni di salute individuali, appropriato e aderente alle linee guida nazionali e locali, tenendo presente il contesto sociale del paziente
- Favorire l'aderenza al follow up da parte del paziente cronico, puntando anche su processi di empowerment
- Assicurare l'accessibilità alle cure e ai servizi in funzione dei bisogni individuali.



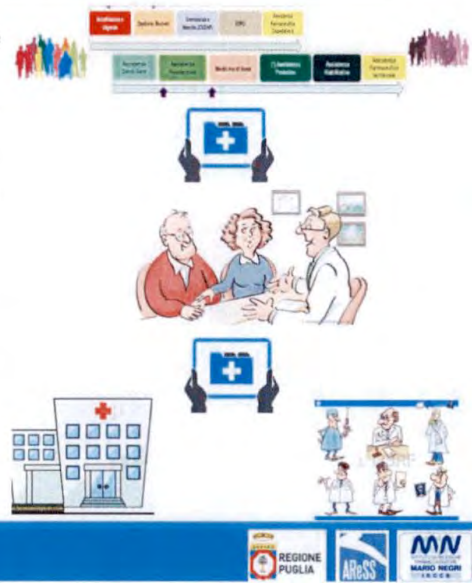


Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

ICT E CURE PRIMARIE: GLI STRUMENTI ORGANIZZATIVI E TECNOLOGICI DEL CARE PUGLIA

- **Selezione** dei pazienti arruolabili e loro **stratificazione secondo classi di rischio** di gravità/gravosità clinica
- **Piano Assistenziale Individuale (PAI)**, programma di diagnosi e cura che consente di adattare la programmazione degli interventi, basata sull'evidenza scientifica, al contesto, sulla base di specifici obiettivi di salute
- Definizione di un **sistema di gestione informatico/informativo** che consenta di effettuare e monitorare il reclutamento dei pazienti e l'adesione al percorso di cura programmato, in grado di scambiare informazioni con il SISR
- **Modalità di remunerazione integrativa per obiettivi di salute**
- **Formazione continua** degli operatori





Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

Ruolo centrale del fascicolo sanitario elettronico quale PIATTAFORMA ABILITANTE della PRESA IN CARICO INTEGRATA del paziente e quindi anche del PROGETTO CARE PUGLIA

Imposta permessi di accesso

- Esigete farmaceutica
- Medico di Pronto Soccorso
- Medico di Famiglia/Pediatra
- Medico di Continuità Assistenziale

Policy Documenti

Tipo Documento	Chi può accedere	Modifica permessi
Engage farmaceutico	Medico di Famiglia/Pediatra	✓
Certificato di malattia	Medico di Famiglia/Pediatra	✓
Prescrizione di Presenti	Medico di Famiglia/Pediatra	✓
Prescrizione specialistica	Medico di Famiglia/Pediatra	✓
Prescrizione farmaceutica	Medico di Famiglia/Pediatra	✓

Visualizza profilo sanitario sintetico

Visualizza e gestisci documenti

ID	Tipo Documento	Medico	Dispositivo	Azioni
00-001-191000-00-00	Prescrizione farmaceutica	medico_1	medico_1	[Icone]
00-001-191000-00-00	Prescrizione specialistica	medico_1	medico_1	[Icone]
00-001-191000-00-00	Prescrizione di Presenti	medico_1	medico_1	[Icone]
00-001-191000-00-00	Engage farmaceutico	medico_1	medico_1	[Icone]
00-001-191000-00-00	Engage specialistica	medico_1	medico_1	[Icone]
00-001-191000-00-00	Quantitativo di malattie	medico_1	medico_1	[Icone]
00-001-191000-00-00	Scelta Esigete/Prescrizione (ES)	medico_1	medico_1	[Icone]
00-001-191000-00-00	Scelta Scelta/Prescrizione	medico_1	medico_1	[Icone]
00-001-191000-00-00	ES di Prescrizione/ES di Presenti	medico_1	medico_1	[Icone]
00-001-191000-00-00	Defetto specialistica	medico_1	medico_1	[Icone]

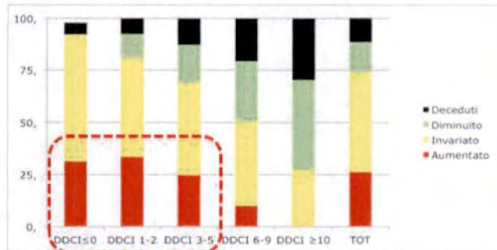




Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

La transizione delle coorti di >65 anni sulla base del DDCI dal 2012 al 2016



Classe DDCI	Consumo medio per assistito di risorse sanitarie anno 2015 in €	Moltiplicatore
Classe DDCI ≥10	4668.6	x1,4
Classe DDCI 6-9	3320.2	x1,5
Classe DDCI 3-5	2142.7	x1,7
Classe DDCI 1-2	1295.5	x3
Classe DDCI 0	389.8	
Totale	1703.3	

Il target primario del Puglia Care 3.0

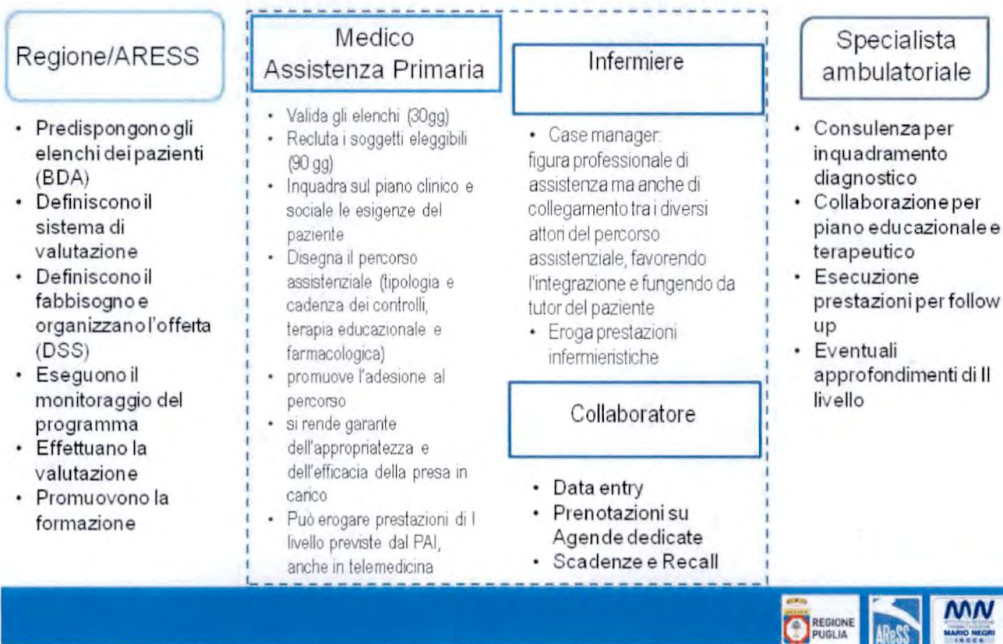




Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

GLI ATTORI DEL SISTEMA





Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

LA SELEZIONE DEI PAZIENTI

Descrizione	Flusso	Codici	Tempo
Diabete Mellito <i>Almeno una delle condizioni</i>	Esenzioni	013.x	12 mesi
	SDO-DRG	250.x OR 357.2 OR 362.0 OR 366.41	almeno 1 ricovero in 12 mesi
	Farmaceutica ATC	A10	almeno 3 confezioni in 12 mesi

Validazione campione di MMG

Ottima
Concordanza: 0,94
K di Cohen: 0,85

Descrizione	Flusso	Codici	Tempo
Iperensione Arteriosa <i>Almeno una delle condizioni</i>	Esenzioni	031.x	12 mesi
	SDO-DRG	401.x OR 402.x OR 403.x OR 404.x OR 405.x	almeno 1 ricovero in 12 mesi
	Farmaceutica ATC	C02AC01; C02CA04; C03; C07; C08C; C09	almeno 3 confezioni in 12 mesi

Buona
Concordanza: 0,93
K di Cohen: 0,61

Descrizione	Flusso	Codici	Tempo
BPCO ASMA con/senza insufficienza respiratoria <i>Almeno una delle condizioni</i>	Esenzioni	007.x OR 024.x	12 mesi
	SDO-DRG	491.x OR 492.x OR 493.x OR 494.x OR 496.x OR 518.81 OR 518.83 OR 518.84	almeno 1 ricovero in 12 mesi
	Farmaceutica ATC	R03 OR V03AN01	almeno 3 confezioni in 12 mesi

Moderata
Concordanza: 0,87
K di Cohen: 0,47





Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

LA STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO

Pz >65 con
SDO: 19%Pz >65 con
PFT: 91%

Charlson Comorbidity Index			Drugs Derived Complexity Index	
Punteggio	Patologia	Codice ICD-9	Punteggio	Farmaco/Pattern prescrittivo
1	Infarto del miocardio	410,411	-1	Statine
	Insufficienza cardiaca congestizia	398,402,428		
	Vasculopatia periferica	440-447	0	Ipertensione Arteriosa Fans
	Vasculopatia cerebrale	430-433,435		
	Demenza	290,291,294		
	Malattia polmonare cronica	491-493	1	Antiarritmici Antiaggreganti Anticoagulanti iniettabili Antidepressivi
	Connettiviti	710,714,725		
	Malattia ulcerosa	531-534		
	Malattia epatica lieve	571,573		
2	Emiplegia	342,434,436,437	2	BPCO Cardiopatia ScleroIpert/HF Diabete Immunosoppressori
	Malattia renale moderata o severa	403,404,580-586		
	Diabete	250		
	Tutti i tumori	140-195	3	Antineoplastici Antiparkinsoniani Antidemenza
	Leucemia	204-208		
	Linfoma	200,202,203		
3	Malattia epatica moderata o severa	070,570,572	6	Oppioidi
6	Tumori solidi metastatici	196-199		
	AIDS	042		

The Drug Derived Complexity Index (DDCI) Predicts Mortality, Unplanned Hospitalization and Hospital Readmissions at the Population Level.
Robusto F, Lapore V, D'Elton A, Lucisano G, De Berardi G, Bisceglia L, Tognoni G, Nicolucci A. PLoS One. 2016 Feb 13;11(2):e0149202

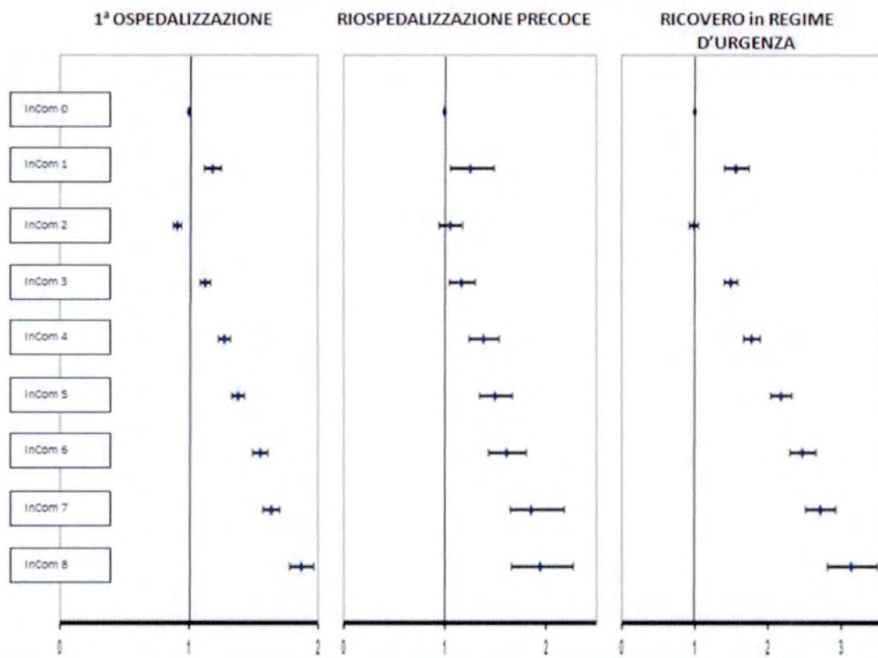




Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

Il Drug Derived Complexity Index



The Drug Derived Complexity Index (DDCI) Predicts Mortality, Unplanned Hospitalization and Hospital Readmissions at the Population Level. Robusto F, Lapore V, D'Eltonne A, Lucisano G, De Berardis G, Bisceglia L, Tognoni G, Nicolucci A. PLoS One. 2016 Feb 19;11(2):e0149203





Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.



**Costruzione di un modello regionale per la presa
in carico delle cronicità –
DISB: Diabete, Iperensione, Scompenso
Cardiaco, Broncopatia**



BDA 2014	N° 4.386.409
≥ 40 aa - 31/12/2014	N° 2.366.768
Senza le 4 cronicità	N° 1.284.090
Con almeno 1 su 4 cr.	N° 1.082.678

**ANALISI 1 - Produzione algoritmi per identificazioni delle
coorti. Stratificazione per rischio clinico e assorbimento di
risorse. Analisi descrittiva e Analisi longitudinale 2014-
2015-2016**

Voci di spesa in euro	Residenti al 01/01/2015		Residenti al 01/01/2016
	Coorte_NO_DISB	Coorte DISB	Coorte DISB
N. Assistiti	1.284.090	1.082.678	1.049.894
N. (Deceduti) e/o Cancellati nel 2015	(5.917) 13.362	(29.747) 32.784	NA
Spesa Media	639,58	2.224,95	2.168,27
Spesa Minima	0	0	0
Spesa Mediana	67	688	722
Spesa Massima	199.223	530.538	504.184
Spesa_TOT	821.278.811	2.408.899.791	2.276.457.221





Regione Puglia Regione Puglia

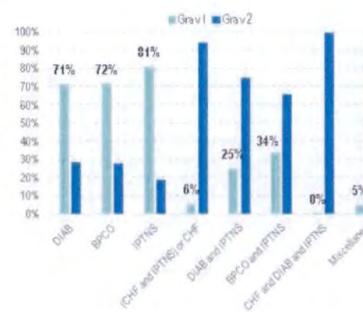
Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.



Costruzione di un modello regionale per la presa in carico delle cronicità - DISB
 Coorte test DISB dei 560 medici generalisti con infermiere di studio e collaboratore



Variabile	N_ASSISTITI	Media	Mediana	Minimo	Massimo
Intera Coorte	212.219	379	398	27	597
I° Livello di gravità	115.759	207	215	16	345
II° Livello di gravità	96.460	172	176	11	308
I° Livello di gravità					
DIAB	7.282	13	13	0	34
IPTNS	89.188	159	161	11	287
BPCO	7.450	13	13	0	40
(CHF and IPTNS) or CHF	1.423	3	2	0	12
DIAB and IPTNS	6.239	11	10	0	34
BPCO and IPTNS	3.514	6	6	0	23
CHF and DIAB and IPTNS	49	0	0	0	1
Miscellanea	614	1	1	0	8
II° Livello di gravità					
DIAB	2.903	5	5	0	17
IPTNS	20.707	37	37	0	79
BPCO	2.924	5	5	0	16
(CHF and IPTNS) or CHF	22.719	41	40	3	90
DIAB and IPTNS	18.790	34	33	2	71
BPCO and IPTNS	6.869	12	12	0	33
CHF and DIAB and IPTNS	10.575	19	18	1	52
Miscellanea	10.973	20	19	0	58





Regione Puglia Regione Puglia

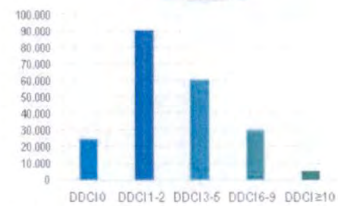
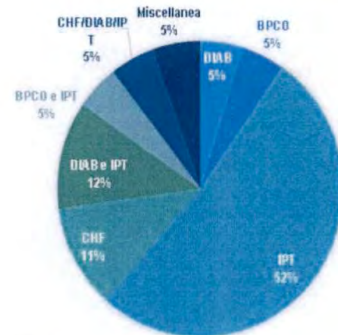
Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.



ANALISI 4 - COORTE_TEST - METODOLOGIA
 N° 560 MMG con infermiere e collaboratore di studio,
 N° 212.219 assistiti



Raggruppamenti per patologia	N. di assistiti per gruppo patologico	% assistiti per gruppo patologico
Totale	212.219	100
DIAB	10.185	4.80
BPCO	10.374	4.89
IPT	109.895	51.78
CHF	24.142	11.38
DIAB e IPT	25.029	11.79
BPCO e IPT	10.383	4.89
CHF/DIAB/ IPT	10.624	5.01
Miscellanea	11.587	5.46



DIAB=Diabete – IPT=Ipertensione – BPCO=Broncopatia Cronica Ostruttiva – CHF=Scopenso Cardiaco





Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

Il Piano Assistenziale Individuale

Il medico di AP disegna il PAI sulla base dei PDTA e delle migliori evidenze scientifiche disponibili, nel rispetto dei principi di appropriatezza clinica ed organizzativa, successivamente all'inquadramento del paziente.

Il PAI è redatto in modo da assicurare continuità e coordinamento nell'assistenza, attraverso un approccio interprofessionale in cui sia chiaramente definita la sequenza degli atti dei professionisti coinvolti, promuovendo il coinvolgimento attivo del paziente.

Il PAI è condiviso con il paziente e con lo specialista di riferimento ed è strutturato in modo da delineare:

- La terapia farmacologica e educativa
- Tipologia e cadenza dei controlli
- Modalità di coinvolgimento attivo del paziente

Il medico di AP è responsabile dell'aderenza del paziente al PAI e garantisce, attraverso la propria struttura organizzativa, l'accesso alle prestazioni nei tempi previsti concordando il fabbisogno con il Distretto Socio-Sanitario.





Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.



Esempio di PDTA

1.3.B. PDT IPERTENSIONE

1.3.B.1. PDT ipertensione grado 1 non complicata con statine o senza

Prestazione	frequenza	dove	opzionale
INCONTRO CON IL MEDICO DI AP (aderenza, stile di vita)	6 mesi	Medico AP	
PESO	6 mesi	Medico AP	
BMI E CA	6 mesi	Medico AP	
Pressione arteriosa	6 mesi	Medico AP	
ECG	24 mesi	Medico AP / Ambulatorio Cronicità	
Glicemia	12 mesi	PRELIEVO Medico AP	
Profilo lipidico (colesterolemia totale, HDL, LDL calcolato, trigliceridi)	12 mesi	PRELIEVO Medico AP	
Uricemia	12 mesi	PRELIEVO Medico AP	
Creatinemia	12 mesi	PRELIEVO Medico AP	
CLEARANCE CALCOLATA (Cockcroft o MDRD)	12 mesi	Medico AP	
Potassiemia	12 mesi	PRELIEVO Medico AP	
Emocromo	12 mesi	PRELIEVO Medico AP	
Esame urine completo	12 mesi	PRELIEVO Medico AP	
Microalbuminuria	12 mesi	PRELIEVO Medico AP	

1.3.B.2. PDT Ipertensione grado 2 resistente o complicata da diabete, cardiopatia ipertensiva, vasculopatia

Prestazione	frequenza	dove	opzionale
INCONTRO CON IL MEDICO DI AP (aderenza, stile di vita)	6 mesi	Medico AP	
PESO	6 mesi	Medico AP	
BMI E CA	6 mesi	Medico AP	
Pressione arteriosa	3 mesi	Medico AP	
ECG	12 mesi	Medico AP	
Glicemia	12 mesi	PRELIEVO Medico AP	
Profilo lipidico (colesterolemia totale, HDL, LDL calcolato, trigliceridi)	12 mesi	PRELIEVO Medico AP	
Uricemia	12 mesi	PRELIEVO Medico AP	
Creatinemia	12 mesi	PRELIEVO Medico AP	
CLEARANCE CALCOLATA (Cockcroft o MDRD)	12 mesi	Medico AP	
Potassiemia	12 mesi	PRELIEVO Medico AP	
Emocromo	12 mesi	PRELIEVO Medico AP	
Esame urine completo	12 mesi	PRELIEVO Medico AP	
Microalbuminuria	12 mesi	PRELIEVO Medico AP	
Ecocardiogramma	24 mesi	Ambulatorio Cronicità	





Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

Organizzazione sul territorio

Tutti i medici di AP partecipanti al Puglia Care, nell'ambito di uno specifico DSS, configurano una AFT sperimentale, secondo le modalità previste dall'ACN.

Il referente di ciascuna AFT così costituita è il responsabile dell'UDMG, interfaccia tra i componenti dell'AFT e il Distretto di competenza, anche per la definizione dei volumi delle prestazioni scaturite dai PAI e delle modalità di erogazione delle stesse.

Il coordinamento e il monitoraggio delle attività delle AFT a livello regionale e aziendale è affidato rispettivamente al Responsabile delle Cure primarie a livello Regionale e dal Responsabile UACP.

Il responsabile dell'UACP definisce, nel rispetto degli indirizzi regionali, il piano aziendale per la definizione delle AFT a livello distrettuale, lo presenta al CPA per l'approvazione.

Periodicamente i componenti delle AFT eseguono degli audit, verificando il piano delle attività e gli obiettivi raggiunti e comunicano gli esiti per il tramite del coordinatore al responsabile UACP che, a sua volta, relaziona al Responsabile delle Cure primarie a livello Regionale .





Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

IL MECCANISMO DI VALUTAZIONE

Indicatori di processo	I anno		II anno	
	Valore	Punteggio	Valore	Punteggio
N. pz arruolati/pz arruolabili	<40%	0	<60%	0
	40-59%	0.5	60-79%	0.5
	60-79%	0.7	80-90%	0.7
	>80%	1	>90%	1
N. pz ipertesi con misurazione PA	<40%	0	<60%	0
	40-59%	0.5	60-79%	0.5
	60-79%	0.7	80-90%	0.7
	>80%	1	>90%	1
N. pz diabetici con misurazione glicemia e HbA1c secondo PAI/pz arruolati con diabete	<40%	0	<60%	0
	40-59%	0.5	60-79%	0.5
	60-79%	0.7	80-90%	0.7
	>80%	1	>90%	1
N. pz con BPCO con spirometria secondo PAI/pz arruolati con BPCO	<40%	0	<60%	0
	40-59%	0.5	60-79%	0.5
	60-79%	0.7	80-90%	0.7
	>80%	1	>90%	1
N. pz. con scompenso con ECG/pz. arruolati. con scompenso	<40%	0	<60%	0
	40-59%	0.5	60-79%	0.5
	60-79%	0.7	80-90%	0.7
	>80%	1	>90%	1
Proporzione di pz. arruolati coinvolti in programmi di promozione attiva della salute (cessazione fumo/attività fisica)/pz arruolati	<10%	0	<10%	0
	10-19%	0.5	10-19%	0.5
	20-29%	0.7	20-29%	0.7
Proporzione pz. arruolati aderenti alla terapia farmacologica/pz arruolati	<40%	0	<60%	0
	40-59%	0.5	60-79%	0.5
	60-79%	0.7	80-90%	0.7
>80%	1	>90%	1	

Indicatori di esito	I anno		II anno	
	Valore	Punteggio	Valore	Punteggio
N. pz con miglioramento valori PA/pz arruolati	Definizione baseline		In relazione al baseline	
N. pz con miglioramento valori glicemia/pz arruolati				
N. pz con miglioramento valori spirometrici/pz arruolati				
N. pz con miglioramento BMI/pz arruolati				
N. pz che cessano abitudine al fumo/pz arruolati				
N. pz arruolati in peggioramento classe di rischio/pz arruolati				
Tasso stand ricoveri ospedalieri				
Tasso stand ricoveri in urgenza				
Tasso riammissioni ospedaliere entro 30 gg.				
Tasso accessi PE				
Incidenza retinopatia				
Incidenza amputazioni				
Incidenza eventi coronarici acuti				
Incidenza riabilitazione BPCO				



ANNO 2017 (IN CORSO)

Primo Semestre

- Progettazione del Chronic Care Model 3.0

Secondo Semestre

- Istituzione del Chronic Care Model 3.0





Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

GENERALITÀ	
REGIONE PROPONENTE	160 – REGIONE PUGLIA
LINEA PROGETTUALE 6	RETI ONCOLOGICHE
TITOLO	RETE ONCOLOGICA PUGLIESE
DURATA	24 MESI
COSTO	€ 5.200.000,00
REFERENTE	A.Re.S.S. Puglia

RAZIONALE

Le modalità di gestione del paziente neoplastico, la necessità di garantire al cittadino una qualità di prestazioni ottimale ed omogenea sul territorio regionale e esperienze in tal senso maturate in altre Regioni, richiedono la costituzione di una Rete Regionale, che integri risorse e modalità assistenziali tipiche dell'ospedale con quelle del territorio.

Il Piano Regionale di Salute 2006-2008, allegato alla L.R. 23/2008, proponeva la istituzione di una RETE ONCOLOGICA PUGLIESE (ROP) destinata a configurarsi come un sistema di gestione globale di servizi/prestazioni in ambito oncologico. Il progetto organizzativo della Rete Oncologica prevedeva la massima razionalizzazione dei percorsi, ispirata al principio della presa in carico globale e continua del paziente, assegnando i seguenti obiettivi:

- Ottimizzare il percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale del paziente
- Razionalizzare l'impiego di risorse umane e materiali in ambito sanitario
- Superare la frammentarietà e la disomogeneità delle prestazioni sanitarie in ambito oncologico tramite la condivisione di protocolli all'interno della Rete e l'affidamento del paziente al nucleo operativo più appropriato in funzione della fase della malattia.

Il 30 ottobre 2014 è stata sancita l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8 comma 6 della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo e le Province Autonome di Trento e Bolzano, concernente il "Documento Tecnico di indirizzo per ridurre il burden del cancro – Anni 2014-2016, che recepisce il documento "Guida per la costituzione di reti oncologiche regionali", come strumento di riferimento nella programmazione ed attuazione delle reti oncologiche.

In particolare, vengono identificate due componenti principali quali presupposti gestionali nella costituzione della Rete Oncologica:

- l'approccio multidisciplinare con integrazione delle differenti modalità (chirurgia, oncologia medica, radioterapia, cure palliative, scienze infermieristiche, psico-oncologia, ecc.) in un disease management team formalmente costituito. Tali team dovrebbero essere tumore-specifici, come avviene in maniera strutturata nelle Breast Units.
- l'accessibilità a cure di qualità per tutti i pazienti residenti in una certa area geografica (corrispondente alla regione amministrativa o a una sua parte) che comporta la necessità di una adeguata integrazione funzionale.

Vengono quindi proposti alcuni modelli organizzativi, identificando nel Comprehensive Cancer Care Network (CCCN) il modello da privilegiare in quanto potenzialmente in grado di rendere il sistema capace di una più razionale pianificazione sia di breve che di medio-lungo periodo. Tale modello è considerato inoltre capace di aumentare l'efficacia e l'efficienza in quanto tende ad evitare le duplicazioni e permette reingegnerizzazioni secondo modelli più cost-effective.

Quest'ultimo tipo di struttura oncologica si configura come un network gestito da un'autorità centrale che tende ad includere tutte le strutture già presenti sul territorio e a coordinare in modo efficiente il loro ambito di competenza: dalla prevenzione, alla cura alla riabilitazione del paziente oncologico. Valore aggiunto è la possibilità di garantire al malato un'assistenza eccellente e di prossimità, poiché si





Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

andrebbero ad utilizzare le strutture già presenti sul territorio che verrebbero valorizzate, migliorate e rese ancor più specializzate.

Alla luce di queste indicazioni, la Regione Puglia intende adottare il progetto sperimentale di Rete Oncologica Pugliese, la cui articolazione viene di seguito descritta.

- **CONSULTA ONCOLOGICA REGIONALE** con compiti di indirizzo strategico e di verifica, costituita da: Presidente della Giunta Regionale che la presiede; un rappresentante designato dalla Conferenza per la programmazione socio-sanitaria; un rappresentante designato dal Consiglio Sanitario Regionale della Puglia; il Direttore del Dipartimento Promozione della Salute; il Direttore Generale dell'ARESS Puglia; un rappresentante designato da ciascuna delle Società Scientifiche operanti in Puglia impegnate in oncologia (oncologi medici, chirurghi oncologici, radioterapisti, anatomopatologi, radiologi, infermieri, psico-oncologi, cure palliative); un rappresentante dei MMG e un rappresentante dei PLS; un referente per i distretti socio-sanitari; rappresentanti delle Associazione dei pazienti. La Consulta si riunisce presso l'IRCCS Oncologico di Bari, che garantisce le funzioni di segreteria. Elabora annualmente gli obiettivi strategici della rete e valuta la corretta esecuzione dei piani e programmi affidati all'Unità di coordinamento Rete.
- **L'UNITÀ DI COORDINAMENTO DELLA RETE** che ha sede ha sede presso l'IRCCS Oncologico di Bari Giovanni Paolo II, già individuato dalla Regione come "Centro di Riferimento Oncologico Regionale", al quale compete la gestione delle risorse finanziarie specificamente attribuite per lo svolgimento degli obiettivi strategici impartiti dalla Consulta Oncologica Regionale. L'Unità di coordinamento Rete si avvale di un Coordinatore Operativo, nominato dal Presidente dell'Unità di coordinamento Rete, su designazione dei componenti dell' Unità di coordinamento Rete, con maggioranza qualificata, e dura in carica tre anni, rinnovabili.

L'Unità di coordinamento Rete elabora, sulla base degli indirizzi impartiti dalla Consulta Oncologica Regionale:

- Le attività di rete: definizione di linee guida, PDTA, sistema di monitoraggio e verifica, definizione dei requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici delle articolazione della rete, controlli di qualità; coordinamento delle attività dei dipartimenti integrati di oncologia, attraverso la verifica delle attività realizzate e l'approvazione dei piani e programmi annuali.
- I programmi trasversali di Rete: si tratta delle attività di rete che garantiscono l'infrastrutturazione e il funzionamento della Rete, in maniera omogenea e standardizzata a livello regionale (approvazione programmi di investimento strutturale, infrastrutturale e tecnologico, formazione, definizione del sistema informativo di Rete, informazione e comunicazione, ecc.).
- I progetti sperimentali: si tratta di iniziative a carattere innovativo e di ricerca che risultano di interesse prioritario regionale (che possono riguardare tecnologie, farmaci, dispositivi, modalità organizzativo-gestionali ecc.) e che possono essere attivati in via sperimentale anche da uno o più dipartimenti integrati. L' Unità di coordinamento di Rete promuove e coordina iniziative di ricerca all'interno della Rete, propone e/o valuta iniziative finalizzate al finanziamento della ricerca, orientandone l'utilizzo dei fondi e assicurando il trasferimento operativo dei risultati quando appropriato; coordina la partecipazione a bandi di finanziamento per ricerche in campo oncologico.

L'Unità di coordinamento di Rete promuove la conoscenza scientifica attraverso la predisposizione di appositi strumenti per l'accesso alle risorse bibliografiche e alle banche dati biomediche e la diffusione delle buone prassi e delle linee guida istituendo un sito web dedicato agli operatori della Rete e ai cittadini.





Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

OBIETTIVI

Gli obiettivi assegnati sono i seguenti:

- Adottare in modo condiviso linee guida (o percorsi diagnostico-terapeutici) tecnico-professionali che siano mandatorie per i professionisti delle diverse strutture;
- Promuovere l'introduzione e l'uso ottimale di tecnologie avanzate, spesso anche costose;
- Identificare all'interno del network le strutture più adatte per quei tumori per i quali sia comprovata l'efficacia della numerosità dei casi trattati, così come per le patologie rare o situazioni di particolare complessità;
- Uniformare l'equità di accesso;
- Facilitare l'attuazione di una logistica comune con economie di scala;
- Facilitare la ricerca;
- Selezionare strutture di eccellenza a cui delegare la gestione dei farmaci e/o procedure ad alto costo.

Alla luce di tali indicazioni, il processo di riorganizzazione si deve confrontare con le seguenti esigenze ineludibili, analiticamente individuate:

- Gli obiettivi di qualità sono realistici solo se il network è in grado di gestire una massa critica di pazienti: occorre pertanto orientare e indirizzare i pazienti verso percorsi di cura affidabili e sicuri
- Allocare risorse in modo selettivo con decisioni condivise nel sistema: i professionisti devono essere coinvolti nel processo decisionale e assumere la responsabilità di scelte fondate esclusivamente sul miglioramento della qualità delle cure e sulla sostenibilità dei provvedimenti assunti
- Rendere operativa l'integrazione non solo tra strutture ospedaliere ma anche del cosiddetto territorio, attraverso l'identificazione di percorsi trasversali e il coinvolgimento di tutti gli attori del sistema (cure primarie, prevenzione primaria e secondaria, assistenza domiciliare, ecc.)
- Attivare valutazioni di outcome sull'intera popolazione regionale, dell'operato dell'intero network e non più solo valutazioni di performance di singole strutture, adottando un sistema di monitoraggio fondato su opportuni indicatori di esito e di processo
- Essere in grado di garantire nella pratica l'equità di accesso
- Sviluppare strategie di alleanza e di empowerment, attraverso il coinvolgimento attivo delle associazioni dei pazienti e del volontariato.

TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)**ANNO 2016****Primo semestre:**

1. Definizione dell'articolazione della rete e insediamento delle funzioni di governance

Secondo semestre:

2. Definizione del sistema di monitoraggio
3. Monitoraggio semestrale del funzionamento





Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

INDICATORI

- Delibera di adozione del modello organizzativo
- Definizione dei percorsi per le principali patologie oncologiche
- Definizione dell'articolazione della rete e insediamento delle funzioni di governance
- Definizione del sistema di monitoraggio
- Monitoraggio semestrale del funzionamento

RELAZIONE ATTIVITÀ 2016

ALLEGATO 3 Rete Oncologica Pugliese.

ANNO 2017 (IN CORSO)

Primo semestre:

1. Delibera di insediamento funzioni di governance

Secondo semestre:

2. Costruzione del piano di Rete.





Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

Allegato 2 - AIRTum

AIRTum ha assicurato al personale del Registro Tumori Puglia la possibilità di svolgere attività di formazione e addestramento sul tema della codifica e registrazione dei tumori e del controllo di qualità dei dati, oltre che di approfondimenti su argomenti specifici.

In particolare, nel 2016, il personale del centro di coordinamento e delle sezioni periferiche del Registro Tumori Puglia ha frequentato i seguenti ulteriori corsi di formazione:

XX Riunione scientifica annuale Associazione italiana registri tumori

Reggio Emilia, 13-15 aprile 2016

Reggio Emilia, 27-29 settembre 2017

XVII Corso di aggiornamento per operatori dei registri tumori

Salerno, 12-13 ottobre 2016

XVI Corso di aggiornamento per operatori dei registri tumori



PRP Regione Puglia - Lista dei progetti/azioni – Rendicontazione 2017

3.1 Promozione della Salute

3.1.2 Scuola di Salute

Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero	% testo	numero	% testo	
	58%		65%	raggiunto

Rete operativa della presa in carico

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero	% testo	numero	% testo	
	SI		SI	raggiunto

Ufficio Promozione della Salute nelle ASL

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero	% testo	numero	% testo	
	66,60%		33,33%	

3.1.3 La comunità... consapevole

Creazione di un'area del portale della salute dedicata al cittadino

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero	% testo	numero	% testo	
	SI		SI	raggiunto

Numero di Centri vaccinali che promuovono l'allattamento al seno

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero	% testo	numero	% testo	
	35%		36%	raggiunto

Proporzione corsisti MMG formati al counselling sistemico relazionale

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero	% testo	numero	% testo	
	90%		0	

Proporzione di operatori PASSI/PDA formati alle tecniche di counselling

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero	% testo	numero	% testo	
	70%		100%	raggiunto

Proporzioni di corsi aziendali sul counselling sistemico/relazionale attivati

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero	% testo	numero	% testo	
	66%		66%	raggiunto





Regione Puglia - PRP Regione Puglia - Lista dei progetti/azioni - Rendicontazione 2017

Sensibilizzare i Direttori delle Scuole di specializzazione di Medicina sull'importanza della comunicazione con il paziente

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero	% testo	numero	% testo	
	70%		43%	

Stampa dello strumento informativo da distribuire a tutti i neogenitori sull'adozione del programma GenitoriPiù

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero	% testo	numero	% testo	
	50%		47%	raggiunto

3.1.4 La Puglia che si muove

Convenzioni sottoscritte con Enti partner su tutto l'ambito regionale

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero	% testo	numero	% testo	
	Sottoscrizioni convenzioni con Enti		Sottoscrizioni convenzioni con Enti	raggiunto

Formazione ad hoc: Offerta di almeno un corso ECM per MMG e per operatori sanitari

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero	% testo	numero	% testo	
	SI		SI	raggiunto

Prevalenza di consultori in cui si sperimenta il programma "mamma gym"

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero	% testo	numero	% testo	
	20%		15%	raggiunto

Prevalenza di Distretti in cui agiscono i gruppi di NordicWalking

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero	% testo	numero	% testo	
	20%		20%	raggiunto

Proporzione di Progetti "Sport Salute e Disabilità" realizzati

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero	% testo	numero	% testo	
	5/7		5/7	raggiunto

Proporzioni di Comuni che hanno una pista ciclabile

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero	% testo	numero	% testo	
	25%		0	

Proporzioni di Dipartimenti di Prevenzione che promuovono la chiamata attiva per il calcolo del RCV

Valore atteso	Valore osservato	Stato





Regione Puglia - PRP Regione Puglia - Lista dei progetti/azioni - Rendicontazione 2017

numero %	testo	numero %	testo
66%		33%	

3.1.5 Azienda che produce salute

Adozione nelle aziende partecipanti al programma di pratiche che promuovono l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza per adulti

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero %	testo	numero %	testo	
20%		30%		raggiunto

Adozione nelle aziende partecipanti al programma di pratiche che promuovono la corretta alimentazione

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero %	testo	numero %	testo	
20%		30%		raggiunto

Adozione nelle aziende partecipanti al programma di pratiche che promuovono la lotta al tabagismo

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero %	testo	numero %	testo	
20%		30%		raggiunto

Creazione portale "aziende che promuovono salute"

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero %	testo	numero %	testo	
	SI		SI	raggiunto

Produzione di Linee Guida sui determinati di salute

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero %	testo	numero %	testo	
	SI		SI	raggiunto

3.2 Salute e Ambiente

3.2.1 Azione 1 Rafforzare i rapporti inter e intra istituzionali a livello regionale

Disponibilità di documenti annuali di programmazione integrata ARPA e ASL

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero %	testo	numero %	testo	
	Disponibilità di 1 Documento di indirizzo su competenze, responsabilità e ruoli di ASL, ARPA, per almeno 3 tematiche	si	Documento di istituzione del coordinamento interagenziale (ARPA/AReSS) in materia di integrazione ambiente salute	raggiunto

3.2.2 Azione 2 - Migliorare le capacità di valutazione dell'esposizione agli inquinanti ambientali e rafforzare la sorveglianza epidemiologica ambiente e salute

Definizione ed attuazione di un piano di potenziamento della sorveglianza epidemiologica (CSA)





Regione Puglia - PRP Regione Puglia - Lista dei progetti/azioni - Rendicontazione 2017

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero %	testo	numero %	testo	
	Report annuale: esecuzione studiprogrammati 60%	2	66%	Al 31.12.2017 completati 2 degli studi programmati sui 3 complessivi. raggiunto

3.2.5 Azione 5 Promuovere buone pratiche in materia di sicurezza e qualità dell'ambiente indoor in relazione al rischio radon

Costituzione Gruppo di lavoro regionale

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero %	testo	numero %	testo	
	Evidenza di linee guida			Linee guida predisposte, in attesa di adozione formale da parte della Giunta Regionale. Elaborato il Disciplinare tecnico - modalità di esecuzione delle misure di gas radon da parte di ARPA Puglia. raggiunto

3.2.6 Azione 6 Sensibilizzare la popolazione, con particolare attenzione al target di dei soggetti in età evolutiva, sul corretto uso della telefonia cellulare

Predisposizione del percorso didattico/formativo

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero %	testo	numero %	testo	
	Sperimentazione del pacchetto didattico/format.			Predisposto il pacchetto didattico. raggiunto

3.2.7 Azione 7 Prevenire i rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV di origine artificiale attraverso la vigilanza e la sensibilizzazione della popolazione

Predisposizione del percorso didattico/formativo

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero %	testo	numero %	testo	
	Sviluppo del pacchetto didattico/format.			Il pacchetto didattico è stato inserito nel Catalogo per la promozione della Salute nella Scuola 2017-2018. raggiunto

3.3 Sicurezza Alimentare

3.3.1 Coordinamento E Cooperazione Tra Amministrazioni Ed Enti Coinvolti Nella Sicurezza Alimentare E Sanità Pubblica Veterinaria

n. riunioni TCM

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero %	testo	numero %	testo	
1		2	100%	Riunioni: raggiunto





Regione Puglia - PRP Regione Puglia - Lista dei progetti/azioni - Rendicontazione 2017

26/4/2017 19/12/2017

3.3.4 Prevenzione malattie animali infettive e diffuse trasmesse da vettori attraverso piani di sorveglianza in popolazioni di animali selvatici

Numero incontri per l'attuazione di piani per la rilevazione rapida, la raccolta di dati, l'adozione di idonee misure per Influenza Aviaria, Peste Suina Africana, Peste Suina Classica e Rabbia

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero	% testo	numero	% testo	
2		2	100%	raggiunto
Riunioni: 04/05/2017 e 22/12/2017				

3.3.5 Prevenzione del Randagismo

Adozione di misure di incremento alla lotta al randagismo: n° incontri GdL

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero	% testo	numero	% testo	
2		4	100%	raggiunto
Riunioni: 06/04/2017; 04/05/2017; 30/05/2017; 06/07/2017				

3.3.9 Esecuzione di audit su autorità competenti locali in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria ai sensi dell' art 4 reg. Ce 882/04

Monitoraggio delle attività di Audit e dei processi e riesame

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero	% testo	numero	% testo	
	Monitoraggio, Riesame e nuova programmazione	SI	Monitoraggio, riesame e nuova programmazione	raggiunto

3.4 Salute e Sicurezza nei luoghi di Lavoro

3.4.1 Rete per le buone pratiche di salute e sicurezza del lavoro nelle attività agricole e zootecniche

Numero aziende agricole o zootecniche vigilate nell'anno di riferimento

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero	% testo	numero	% testo	
350		497		raggiunto

3.4.2 Piano Regionale Cancerogeni

Numero di segnalazioni di malattie professionali da esposizioni ad agent cancerogeni

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero	% testo	numero	% testo	
	+6%	165	+39%	raggiunto

3.4.3 Piano Edilizia

Percentuale di cantieri edili ispezionati rispetto ai cantieri notificati nell'annualità precedente

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero	% testo	numero	% testo	
	14%		14,1%	raggiunto





Regione Puglia Regione Puglia - PRP Regione Puglia - Lista dei progetti/azioni - Rendicontazione 2017

3.4.4 Piano Regionale per l'emersione e la prevenzione delle patologie dell'apparato muscoloscheletrico

Percentuale di aziende LEA vigilate per rischio MSK nell'annualità di riferimento

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero %	testo	numero %	testo	
200		206		raggiunto

3.4.5 Prevenzione del rischio da stress lavorocorrelato e promozione del benessere organizzativo

Numero di aziende LEA vigilate per rischio SLC nell'annualità di riferimento

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero %	testo	numero %	testo	
	+50%	70	+100%	raggiunto

3.5 Prevenzione delle malattie infettive e vaccinazioni

3.5.1 Strategie regionali per la gestione del rischio biologico nosocomiali

N° Nosocomi che segnalano le Infezioni invasive da CPE (compreso lo zero reporting)

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero %	testo	numero %	testo	
40%		53,1	53,1	raggiunto
			La sorveglianza speciale delle infezioni da CPE è garantita in più di metà degli ospedali pugliesi	

3.5.2 Sorveglianza delle malattie infettive

Esistenza di Piani e Protocolli regionali attuativi dei piani nazionali

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero %	testo	numero %	testo	
	Istituzione gruppo di lavoro	SI	SI	raggiunto
			Il gruppo di lavoro regionale per le malattie infettive, istituito con atto dirigenziale 758 del 28 luglio 2017, è stato incaricato di svolgere le attività di predisposizione del documento sulle emergenze sanitarie previsto dal PRP	

Proporzione di casi di malattia batterica invasiva per cui è stata svolta la tipizzazione presso il laboratorio di riferimento regionale

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero %	testo	numero %	testo	
50%		60,7	60,7	raggiunto
			la conferma diagnostica delle MBI è in buona parte	





Regione Puglia - PRP Regione Puglia - Lista dei progetti/azioni - Rendicontazione 2017

svolta dal laboratorio
regionale di riferimento

Proporzione di casi di morbillo e di rosolia con conferma di laboratorio effettuata presso il laboratorio di riferimento regionale

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero %	testo	numero %	testo	
85%		88,5	88,5	raggiunto
			l'88,5% dei casi di morbillo notificati è stato confermato con test di laboratorio eseguito presso il laboratorio di riferimento regionale	

Proporzione di notifiche di malattie infettive sottoposte a sistemi di sorveglianza speciale informatizzate

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero %	testo	numero %	testo	
50%		98,5	98,5	raggiunto
			le malattie infettive soggette a sorveglianza speciale sono ad oggi correntemente gestite tramite il sistema Edotto	

3.5.3 Strategie regionali per il management delle malattie infettive a decorso cronico

Documento di indirizzo sul depistage di ITLB nella sorveglianza sanitaria

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero %	testo	numero %	testo	
	Istituzione gruppo di lavoro	SI	SI	raggiunto
			Il gruppo istituito con atto dirigenziale 443 del 15 dicembre 2015 ha ricevuto, con nota prot AOO/152/27.9.2017/4331 incarico di predisporre il documento di indirizzo	

Documento di indirizzo sulla indagine epidemiologica dei casi di TBC, il depistage dei contatti e la valutazione degli esiti della terapia

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero %	testo	numero %	testo	
		NO	NO	
			il gruppo di lavoro regionale istituito non ha ancora concluso le proprie attività	

3.5.4 Potenziamento strategie regionale di vaccinazione

Protocollo per lo screening del rischio biologico e vaccinazione degli studenti della Scuola di Medicina

Valore atteso Valore osservato





Regione Puglia - PRP Regione Puglia - Lista dei progetti/azioni - Rendicontazione 2017

numero %	testo	numero %	testo
5/10	100	100	il protocollo risulta adottato nelle seguenti strutture sedi dei corsi di laurea della Scuola di Medicina: AOU Policlinico, Ospedale Panico, EE Miulli, ASL Lecce, ASL Brindisi
	Protocollo adottato da almeno 5/10 aziende sedi di corsi di laurea delle Scuole di Medicina, d'intesa con le Università interessate		raggiunto

3.6 Screening

3.6.1 Reingegnerizzazione dei programmi regionali di screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero, della mammella e del colon retto

Adesione all'invito Programma di screening CERVICE UTERINA

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero %	testo	numero %	testo	
50%		30%		

Adesione all'invito Programma di screening COLORETTALE

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero %	testo	numero %	testo	
45%		0%		

Adesione all'invito Programma di screening MAMMOGRAFICO (**)

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero %	testo	numero %	testo	
65%		50%		raggiunto

Adozione dei percorsi per l'identificazione dei soggetti a rischio ereditario (***)

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero %	testo	numero %	testo	
30%		0%		

Adozione dell'HPV test

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero %	testo	numero %	testo	
50%		0%		

Estensione effettiva Programma di screening CERVICEUTERINA

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero %	testo	numero %	testo	
100%		85,7%		raggiunto

Estensione effettiva Programma di screening COLORETTALE

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero %	testo	numero %	testo	
100%		0%		





Regione Puglia - PRP Regione Puglia - Lista dei progetti/azioni - Rendicontazione 2017

Estensione effettiva Programma di screening MAMMOGRAFICO

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero %	testo	numero %	testo	
100%		39,6%		

3.6.2 Screening neonatali

Porzione di neonati sottoposti a screening audiologico neonatale

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero %	testo	numero %	testo	
70%		80%		raggiunto

3.7 Sistemi di sorveglianza

3.7.1 Sorveglianza di popolazione

Consolidare i rapporti con l'Ufficio Scolastico Regionale

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero %	testo	numero %	testo	
	Circolare USR		SI	raggiunto

Emanazione atto formale per la definizione degli standard delle capacità di sistema e delle competenze degli operatori regionali e aziendali

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero %	testo	numero %	testo	
	SI		SI	raggiunto

Redazione e divulgazione report regionali

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero %	testo	numero %	testo	
			SI	raggiunto

Utilizzo software GIAVA con anamnesi integrata

Valore atteso		Valore osservato		Stato
numero %	testo	numero %	testo	
30%		0%		





**REGIONE
PUGLIA**

AReS PUGLIA
Agenzia Regionale Sanitaria



**RETE
ONCOLOGICA
PUGLIESE**



Rete Oncologica Pugliese

La Rete Oncologica Pugliese

La Rete Oncologica Pugliese.....	2
1. Finalità del documento.....	3
2. Confini e Domini Assistenziali.....	3
3. Analisi del fabbisogno e della domanda.....	3
3.1 Incidenza, mortalità e sopravvivenza.....	3
3.2 Prevalenza: i pazienti, di vecchia e nuova diagnosi, alle prese con il tumore	15
4. Analisi del consumo e dell'offerta.....	17
4.1 L'Offerta ospedaliera.....	17
4.2 La dotazione tecnologica per la medicina nucleare	31
4.3 La dotazione tecnologica per la radioterapia oncologica	32
5. IL MODELLO DELLA RETE ONCOLOGICA PUGLIESE.....	33
5.1 I Principi Organizzativi e di Funzionamento.....	33
5.2 L'Articolazione della Rete e il Modello di Funzionamento.....	35
5.3 Percorsi di funzionamento del modello organizzativo.....	44
5.4 La Ricerca e la Sperimentazione: costituzione del Comitato della Ricerca in Oncologia	45
5.5 Disposizioni Transitorie	48
APPENDICE.....	49



Rete Oncologica Pugliese

1. FINALITÀ DEL DOCUMENTO

Il presente documento fornisce la definizione di avvio del modello organizzativo e dei principi di funzionamento generali della Rete Oncologica Pugliese (ROP), a partire da un'analisi di contesto epidemiologica finalizzata a qualificare il bisogno assistenziale espresso dai pazienti oncologici e a indagare le modalità di articolazione delle dinamiche di consumo di prestazioni sanitarie alla luce dell'attuale modello di offerta.

In quanto documento di avvio è destinato a completarsi nei mesi e negli anni successivi degli atti di costituzione e regolamentazione operative della ROP, oltre che della programmazione annuale disposta dagli organismi di rete sotto forma di progetti assistenziali e di investimento, obiettivi di cura ed esito, PDTA ed evoluzione organizzativa della Rete stessa.

2. CONFINI E DOMINI ASSISTENZIALI

Le previsioni contenute nel documento si riferiscono all'intero ambito regionale e riguardano la presa in carico e l'assistenza della popolazione con sospetto di tumore e malattia conclamata tumorale (che rappresenta circa il 4% del totale degli assistiti pugliesi), dal momento dell'arruolamento in programmi di screening, del primo contatto diagnostico fino alla guarigione o al fine vita e per l'intera lungo-sopravvivenza cronicizzata.

3. ANALISI DEL FABBISOGNO E DELLA DOMANDA

3.1 INCIDENZA, MORTALITÀ E SOPRAVVIVENZA

Le misure attraverso cui è possibile stimare il bisogno di salute sono rappresentate da:

Incidenza: numero di nuovi casi/anno

Mortalità: numero di decessi/anno

Sopravvivenza a 5 anni: percentuale di pazienti con tumore che risulta viva a distanza di 5 anni dalla diagnosi.

Prevalenza: numero di casi nella popolazione/anno, rappresenta il "carico di malattia"

Tali misure vengono fornite dai Registri Tumori, strutture deputate alla raccolta e alla codifica dei casi di tumore che si realizzano in una data popolazione in un definito intervallo temporale. La Regione Puglia dispone di un registro tumori regionale articolato in registri provinciali e in un centro di coordinamento: attualmente, 4 dei 6 registri provinciali risultano accreditati dall'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTum).

Nella Regione Puglia ogni anno, si ammalano di tumore circa **20.000 persone**, di cui circa il 45% donne e il 55% uomini (rispettivamente 9.000 e 11.000 casi), oltre ai carcinomi della cute che, per le loro peculiarità biologiche e cliniche e per la difficoltà di stimarne esattamente il numero, vengono in genere conteggiati separatamente.



Rete Oncologica Pugliese

Tabella 1 – Incidenza Puglia per tutti i tipi di tumori (escluso cutanei), fonte Rapporto Registro Tumori Puglia 2015

Maschi				Femmine			
Area geografica	Casi/anno	Tasso	Confronto	Area geografica	Casi/anno	Tasso	Confronto
Bari (2006-2008)	2862	475.3	●	Bari (2006-2008)	2442	386.2	●
BAT (2006-2010)	930	414.1	●	BAT (2006-2010)	782	318.2	●
Brindisi (2006-2009)	1054	411.6	●	Brindisi (2006-2009)	918	315.1	●
Foggia (2006-2008)	1294	418.2	●	Foggia (2006-2008)	1108	341.3	●
Lecce (2003-2008)	2261	445.5	●	Lecce (2003-2008)	1769	306.1	●
Taranto (2006-2011)	1603	425.2	●	Taranto (2006-2011)	1342	324.3	●
Italia (Airtum 38)*	-	473.9	-	Italia (Airtum 38)*	-	346.1	-

*Fonte ItaCan (2006-2009)

Tasso: numero di nuovi casi ogni 100.000 abitanti; Confronto: confronto con il dato nazionale

La frequenza con cui vengono diagnosticati i tumori (escludendo i carcinomi della cute) è in media di 5-6 nuovi casi ogni 1.000 uomini e di 4 casi ogni 1.000 donne ogni anno, quindi nel complesso circa 5 casi ogni 1.000 persone.

Non tutte le forme tumorali presentano, tuttavia, la stessa diffusione. I tumori nei maschi registrano una netta concentrazione su cinque sedi neoplastiche che comprendono quasi il 66% dei nuovi casi mentre una minore dispersione si rileva per le femmine con quasi il 59% cumulato da cinque sedi anatomiche maggiori.

Tabella 2 – Tumori più diffusi (Pool Puglia), fonte Rapporto Registro Tumori Puglia 2015

MASCHI	Sede	Diffusione*
1	Polmone e bronchi	18,1%
2	Prostata	16,9%
3	Vescica	13,7%
4	Colon-retto	11,7%
5	Fegato	5,3%

(Pool Puglia)

MASCHI	Sede	Diffusione*
1	Prostata	20%
2	Polmone	15%
3	Colon-retto	14%
4	Vescica	11%
5	Stomaco	5%

(I Numeri del Cancro in Italia, 2015)

FEMMINE	Sede	Diffusione*
1	Mammella	29,2%
2	Colon-retto	13,1%
3	Tiroide	6,9%
4	Corpo dell'utero	5,3%
5	Polmone e bronchi	4,4%

(Pool Puglia)

FEMMINE	Sede	Diffusione*
1	Mammella	29%
2	Colon-retto	13%
3	Polmone	6%
4	Tiroide	5%
5	Corpo dell'utero	5%

(I Numeri del Cancro in Italia, 2015)

Nel sesso maschile la prima posizione è ancora occupata in Puglia dal tumore del polmone che rappresenta il 18% del totale, seguito dal tumore della prostata (17%), della vescica (14%) del c

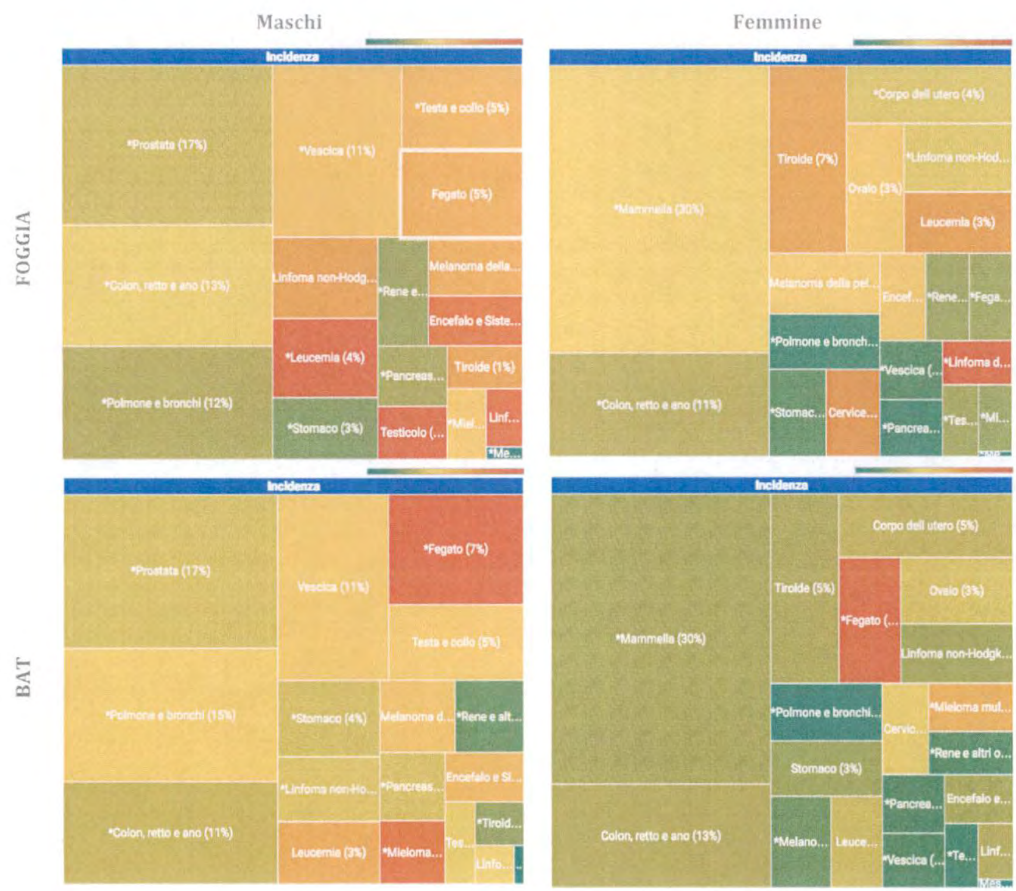
Rete Oncologica Pugliese

retto (12%) e del fegato (5%); il dato nazionale vede invece al primo posto il tumore della prostata e, tra le cinque patologie più frequenti, si conta il tumore dello stomaco ma non quello del fegato.

Nella popolazione femminile, il tumore della mammella è il tumore più frequente (29% del totale), seguito dal tumore del colon retto (13%), della tiroide (7%), corpo dell'utero (5%) e del polmone (4%); confrontando i dati pugliesi con quelli nazionali, si osserva che vi è una coincidenza di posizione e di valori nelle prime due patologie, mentre in Italia la terza posizione è occupata dal tumore del polmone (6%), seguito da tiroide e corpo dell'utero.

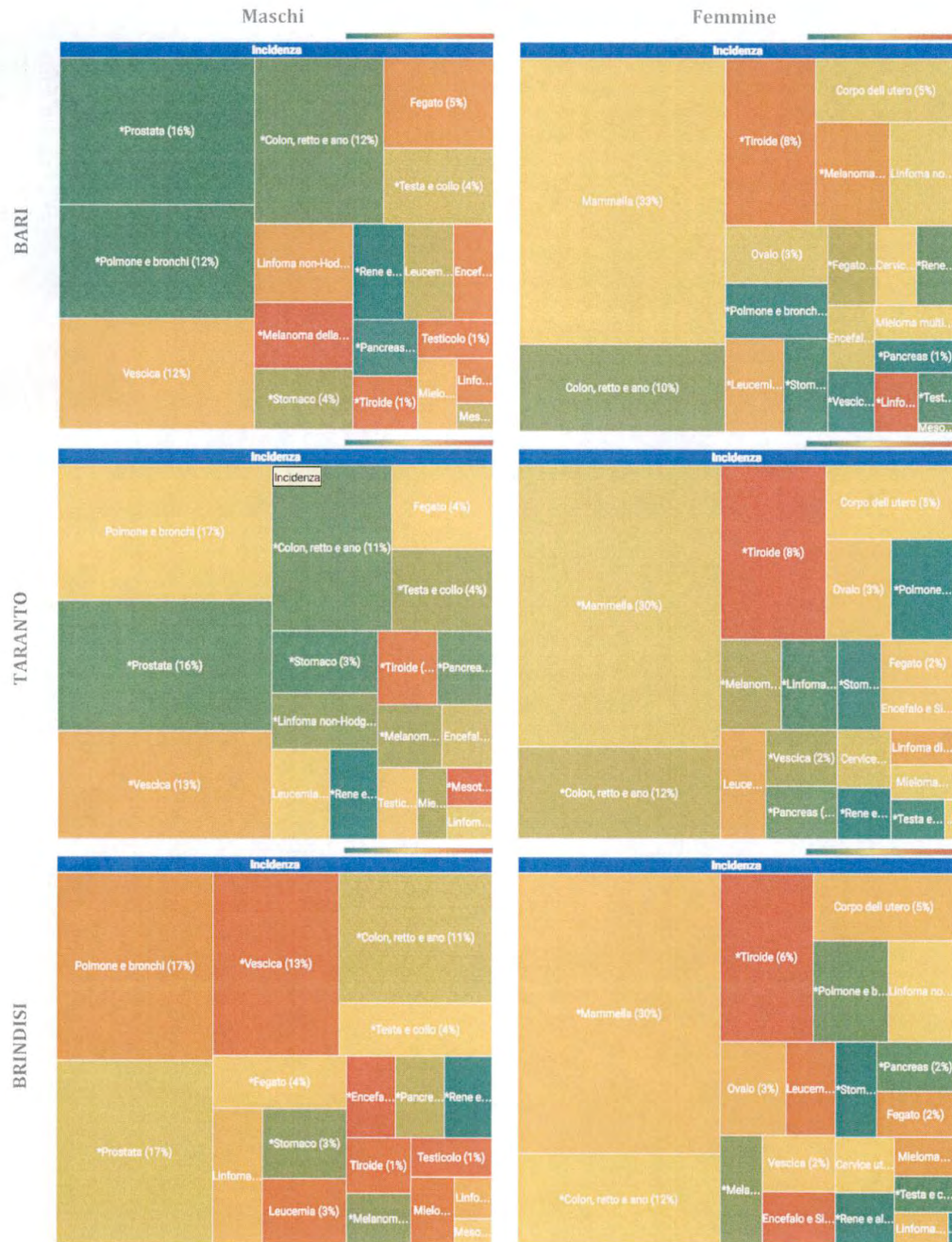
I grafici che si riportano di seguito rappresentano, per ciascuna provincia e per sesso, la frequenza relativa delle diverse sedi tumorali rispetto al totale: le graduazioni di colore evidenziano eventuali eccessi rispetto al dato nazionale. In tale modo si rende conto delle principali priorità assistenziali, nonché delle criticità territoriali specifiche.

Gráfico 1 – Tree Map della frequenza per provincia dei nuovi casi, fonte Rapporto Registro Tumori Puglia 2015
 Il colore digradante di ciascun box, dal verde al rosso, segnala rispettivamente un valore più basso e più alto rispetto all'Italia e le sedi precedute da un asterisco (*) hanno un tasso di incidenza **significativamente** più alto/basso rispetto all'Italia.



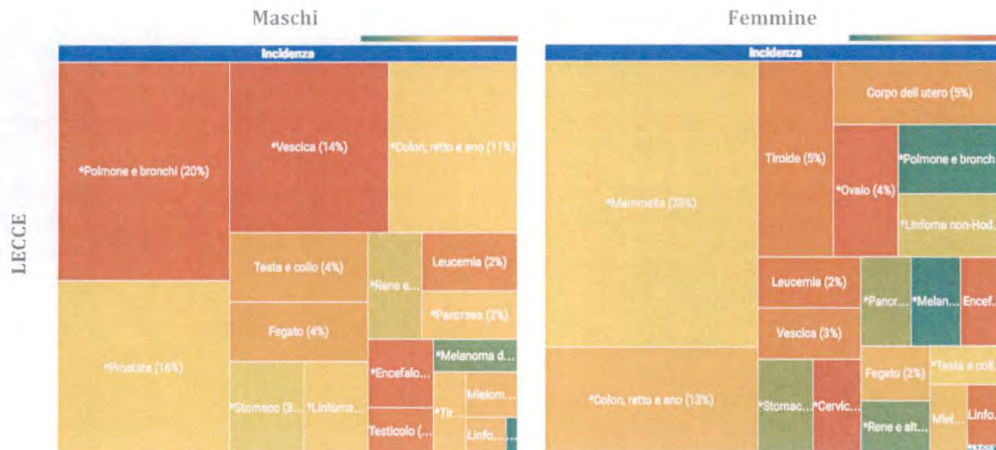
Refe Oncologica Pugliese

Grafico 1 – Tree Map della frequenza per provincia dei nuovi casi, fonte Rapporto Registro Tumori Puglia 2015
 Il colore digradante di ciascun box, dal verde al rosso, segnala rispettivamente un valore più basso e più alto rispetto all'Italia e le sedi precedute da un asterisco (*) hanno un tasso di incidenza *significativamente* più alto/basso rispetto all'Italia.



Rete Oncologica Pugliese

Gráfico 1 – Tree Map della frequenza per provincia dei nuovi casi, fonte Rapporto Registro Tumori Puglia 2015
 Il colore digradante di ciascun box, dal verde al rosso, segnala rispettivamente un valore più basso e più alto rispetto all'Italia e le sedi precedute da un asterisco (*) hanno un tasso di incidenza **significativamente** più alto/basso rispetto all'Italia.



I dati dell'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) indicano per il 2013 (ultimo anno al momento disponibile) in circa 9.800 i decessi attribuibili a tumore (58% tra gli uomini e 42% tra le donne) - tra gli oltre 35.800 decessi verificatisi in quell'anno in Puglia. A livello nazionale e regionale i tumori sono la seconda causa di morte (29% di tutti i decessi), dopo le malattie cardio-circolatorie (37%). Tuttavia va segnalato che i tumori sono la prima causa di morte tra gli uomini (34%), superando, anche se di poco, le patologie cardiovascolari (32%).

Le cinque cause di morte tumorali più frequenti nel sesso femminile vedono ancora al primo posto il tumore della mammella (19%), seguito dai tumori del colon-retto (12%), polmone (8%), pancreas (6%) e fegato (6%): il dato è sovrapponibile a quello nazionale tranne che per l'ultima posizione, che è invece occupata dallo stomaco.

Per il sesso maschile, il tumore dei polmone è responsabile di ben il 30% dei decessi per neoplasia, cui segue il tumore del colon (9%), della prostata (9%), del fegato (7%) e della vescica (6%): anche in questo caso si rileva una differenza rispetto ai valori italiani solo per l'ultima posizione, occupata dallo stomaco.

La probabilità teorica individuale di avere una diagnosi oncologica nel corso della vita (considerando l'intervallo di tempo che va dalla nascita agli 84 anni), viene espressa da una misura chiamata "rischio cumulativo".

Questa misura viene espressa attraverso il numero di persone che, in termini probabilistici, sarebbe necessario seguire nel corso della loro vita, in assenza di decessi, perché una di queste abbia una diagnosi di tumore.

Considerando il rischio cumulativo di avere una diagnosi di qualunque tumore, questa probabilità riguarda un uomo ogni due e una donna ogni tre nel corso della loro vita nel periodo 0-84 anni.

Tanto più il tumore è frequente, tanto minore sarà il numero di persone da seguire per riscontrarne una affetta da tumore: una donna ogni 10 ha la probabilità di ammalarsi di tumore della mammella, un uomo ogni 9 ha la probabilità di ammalarsi di tumore della prostata e del polmone.

AReS Puglia – Agenzia Regionale Sanitaria



Rete Oncologica Pugliese

Nel complesso si rileva che per tutte le cause tumorali (eccetto carcinomi della cute) nel sesso maschile il dato di incidenza e di mortalità è in tutti i territori inferiore al valore nazionale ma superiore al valore del pool sud; l'andamento nel tempo risulta stabile per l'incidenza e lievemente in riduzione per la mortalità a livello regionale; il dato di sopravvivenza è confrontabile con quello nazionale e migliore del pool sud e indica che, a cinque anni dalla diagnosi, oltre il 50% dei pazienti risulta in vita.

Esaminando il dato di incidenza per area provinciale si rileva come il valore della città di Lecce superi la stima nazionale; il trend è sostanzialmente stabile con l'eccezione della provincia BT dove nell'ultimo periodo si osserva un andamento in riduzione; per la mortalità il decremento nel tempo è più evidente nella provincia di Brindisi mentre non sembra registrarsi a Taranto.

La sopravvivenza per provincia è confrontabile con il dato regionale, lievemente migliore a Brindisi (54%).

Anche nel sesso femminile l'incidenza e la mortalità per tutte le cause tumorali appaiono complessivamente inferiori al valore nazionale ma superiori al dato meridionale; la mortalità per le province Bari e BT mostra i valori più elevati. Mentre la mortalità appare stabile nel tempo si osserva un trend in incremento per l'incidenza. Il dato di sopravvivenza a 5 anni si pone statisticamente al di sopra anche di quello nazionale, pari al 64% (valore nazionale 61%).

Anche in questo caso è il dato di incidenza di Lecce città a mostrare i livelli più alti ma questa volta insieme ai valori di Taranto città: entrambi superano la stima nazionale.

Contrariamente al dato osservato nel sesso maschile, è nella provincia di Brindisi che si osserva più chiaramente un andamento in crescita, mentre a Taranto sembrerebbe nell'ultimo periodo rilevarsi un iniziale decremento.

La mortalità appare sostanzialmente stabile nel tempo. Il dato di sopravvivenza è ovunque sovrapponibile a quello del pool Puglia.

Specifiche criticità territoriali, peraltro già segnalate nei precedenti rapporti e studi condotti da RT Puglia e dalle strutture di epidemiologia del sistema sanitario pugliese, riguardano il tumore del fegato nel territorio nord barese e della BT in entrambi i sessi, e il tumore del polmone nel sesso maschile nell'area jonico-salentina.

Per il tumore del fegato si registrano in entrambi i sessi nel territorio della BT valori di incidenza e di mortalità di gran lunga superiori rispetto a tutte le aree territoriali di confronto. Elevato, anche se in misura molto meno pronunciata, anche il dato di incidenza nel sesso maschile a Taranto città.

Rete Oncologica Pugliese

Grafico 2 – Incidenza Puglia per tumore del fegato, fonte Rapporto Registro Tumori Puglia 2015

Maschi



Area geografica	Casi/anno	Tasso	Confronto
Bari (2006-2008)	162	26.9	☹️
BAT (2006-2010)	74	32.6	🔴
Brindisi (2006-2009)	44	16.6	🟢
Foggia (2006-2008)	68	22.0	☹️
Lecce (2003-2008)	100	19.3	☹️
Taranto (2006-2011)	80	20.8	☹️
Italia (Airtum 38)*	-	20.3	-

*Fonte ItaCan (2006-2009)

Femmine



Area geografica	Casi/anno	Tasso	Confronto
Bari (2006-2008)	54	8.5	🟢
BAT (2006-2010)	40	12.6	🔴
Brindisi (2006-2009)	25	6.6	☹️
Foggia (2006-2008)	20	6.2	🟢
Lecce (2003-2008)	45	5.9	☹️
Taranto (2006-2011)	35	6.4	☹️
Italia (Airtum 38)*	-	6.5	-

*Fonte ItaCan (2006-2009)

Tra gli uomini sembra tuttavia evidenziarsi un andamento in riduzione sia per l'incidenza che per la mortalità, con un dato di sopravvivenza a 5 anni lievemente superiore a quello nazionale (17%). In provincia di Brindisi tuttavia la sopravvivenza si attesta su valori più bassi del pool Puglia e dei confronti nazionali (8%).

Tra le donne il tasso di incidenza BT è doppio rispetto a quello delle altre province e anche la mortalità risulta significativamente più elevata. Si rileva una sopravvivenza a 5 anni pari al 14%, più bassa di quella nazionale (16%) ma uguale a quella meridionale. In questo caso il dato di Brindisi appare però migliore di quello regionale (20%), mentre sembra leggersi una criticità nel dato BT (12%).

A livello provinciale, per il tumore del polmone nel sesso maschile, i dati di incidenza e mortalità significativamente più elevati si registrano a Lecce, trascinando in alto anche il valore del pool Puglia.



Rete Oncologica Pugliese

Grafico 3 – Incidenza Puglia per tumore del polmone, fonte Rapporto Registro Tumori Puglia 2015

Maschi



Area geografica	Casi/anno	Tasso	Confronto
Bari (2006-2008)	359	59.7	●
BAT (2006-2010)	143	62.1	●
Brindisi (2006-2009)	184	70.2	☹
Foggia (2006-2008)	159	51.3	●
Lecce (2003-2008)	459	88.0	●
Taranto (2006-2011)	278	71.0	☹
Italia (Airtum 38)*	-	69.3	-

*Fonte ItaCan (2006-2009)

Femmine



Area geografica	Casi/anno	Tasso	Confronto
Bari (2006-2008)	79	12.5	●
BAT (2006-2010)	27	10.3	●
Brindisi (2006-2009)	44	13.8	●
Foggia (2006-2008)	33	10.1	●
Lecce (2003-2008)	76	12.0	●
Taranto (2006-2011)	52	11.9	●
Italia (Airtum 38)*	-	19.0	-

*Fonte ItaCan (2006-2009)

L'incidenza appare stabile nel tempo mentre la mortalità, che pure rimane superiore ai valori nazionali, mostra un andamento in discesa. La sopravvivenza a 5 anni è pari al 12% (13% è il valore del pool Italia).

I valori più alti si rilevano nel territorio provinciale di Lecce escluso il capoluogo e a Taranto città (valori significativamente maggiori rispetto al resto della provincia e al confronto con Italia e pool sud).

La mortalità appare dovunque in lieve diminuzione, così come l'incidenza a BT e Brindisi, ma non a Taranto. Dati di sopravvivenza inferiori al pool Puglia si evidenziano a Brindisi e Taranto (10%), migliori a Lecce (14%).

Nelle donne il dato pugliese di incidenza è complessivamente molto inferiore rispetto a quello nazionale e più basso di quello del pool sud con l'eccezione della provincia di Brindisi. La mortalità mostra invece valori sempre più bassi. L'incidenza appare in crescita come pure la mortalità ma la sopravvivenza a 5 anni è migliore (20%) di quella registrata in Italia (17%).

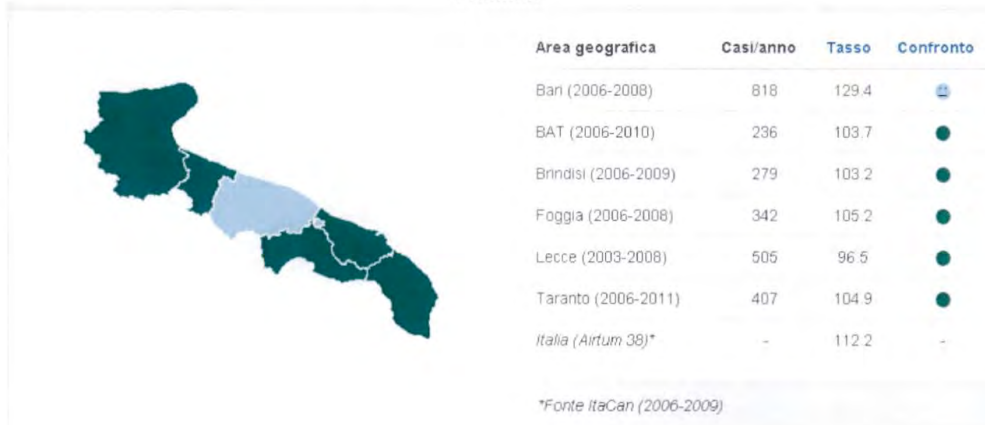
Rete Oncologica Pugliese

I valori più elevati di mortalità e incidenza si osservano nelle città capoluogo delle province di Brindisi, Taranto e Lecce. A Lecce in particolare l'incidenza e la mortalità appaiono in crescita. Anche per le donne i valori più bassi di sopravvivenza sono riportati per Brindisi e Taranto e i migliori a Lecce (22%).

Per il tumore più frequente nel sesso femminile, la mammella, i valori provinciali sono tutti più elevati del dato pool sud ma inferiori al dato nazionale, con l'eccezione della mortalità nella ASL BT che appare più alto anche del pool Italia. Mentre l'andamento della mortalità è stabile e perfettamente sovrapponibile con il confronto nazionale, l'incidenza appare in aumento. La sopravvivenza a 5 anni è in linea con quella nazionale.

Grafico 4 – Incidenza Puglia per tumore della mammella, fonte Rapporto Registro Tumori Puglia 2015

Femmine

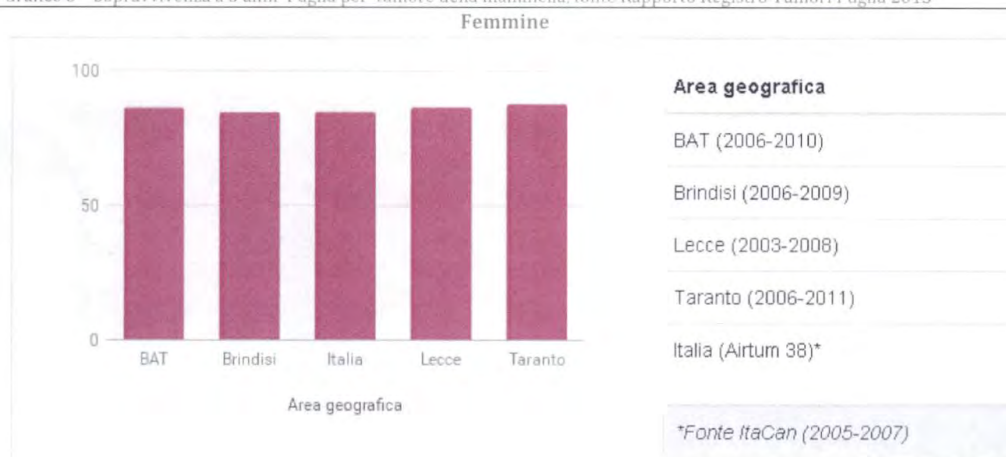


Esaminando i dati provinciali, le città di Lecce e Taranto mostrano valori di incidenza superiori al dato nazionale; il trend di incidenza mostra oscillazioni a BT dove, dopo un iniziale incremento rispetto ai valori 2006, vi è un ritorno ai valori di partenza nel 2010; un andamento al contrario è leggibile in provincia di Lecce, dove il periodo esaminato è però quello compreso tra il 2003 e il 2008; è in decremento a Brindisi e anche a Taranto ma solo negli ultimi due anni osservati (2010-2011). La mortalità 2006-2013 è invece sostanzialmente stabile, lievemente più alta di quella nazionale nell'ultimo periodo a BT e Brindisi, in iniziale discesa a Taranto.

Il dato di sopravvivenza a 5 anni è in linea con quello nazionale, migliore a Taranto (88%), peggiore a Brindisi (85%), ma pari alla stima italiana.

Rete Oncologica Pugliese

Grafico 5 – Sopravvivenza a 5 anni Puglia per tumore della mammella, fonte Rapporto Registro Tumori Puglia 2015



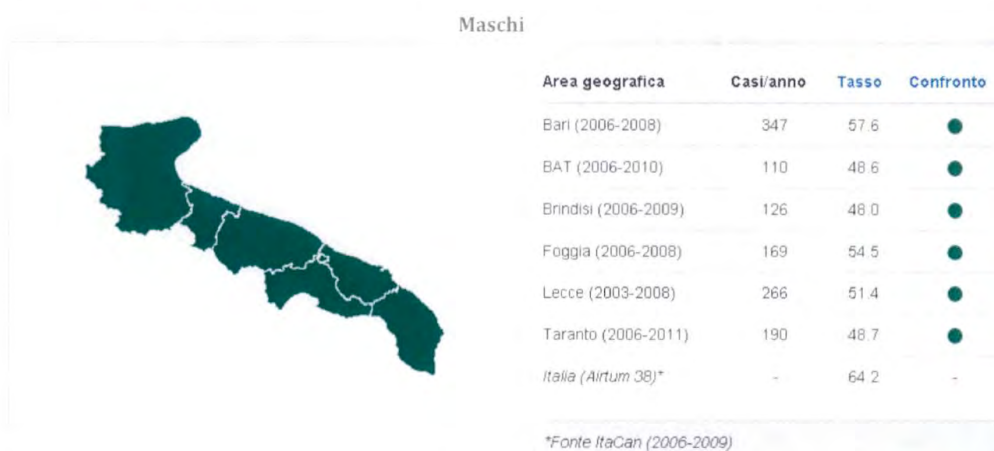
Si rileva un dato di incidenza per tumore dell'ovaio più alto del dato nazionale, in particolare a Lecce, dove risulta alta anche la mortalità.

Per la prostata, il dato di incidenza è di fatto sovrapponibile tra le province pugliesi, sistematicamente più basso rispetto al valore italiano e più alto di quello del sud; la mortalità è in linea con il dato nazionale. I trend sono stabili nel tempo e la sopravvivenza a 5 anni pari al 91% (88% a livello nazionale).

Il tumore dello stomaco mostra in entrambi i sessi valori più bassi del dato nazionale, con i tassi più elevati nella provincia BT tra le donne. L'incidenza e la mortalità appaiono in riduzione ma la sopravvivenza in Puglia è più bassa di quella nazionale in particolare a Taranto.

Il colon-retto mostra sia negli uomini che nelle donne tassi omogenei tra le province pugliesi, in linea con quelli del pool sud e inferiori a quelli nazionali. La mortalità più elevata si riscontra a Foggia. I trend appaiono stabili e la sopravvivenza confrontabile con il dato italiano (60% a 5 anni).

Grafico 6 – Incidenza Puglia per tumore del colon-retto, fonte Rapporto Registro Tumori Puglia 2015



Femmine

ARes Puglia – Agenzia Regionale Sanitaria



Rete Oncologica Pugliese

Grafico 6 – Incidenza Puglia per tumore del colon-retto, fonte Rapporto Registro Tumori Puglia 2015



Anche per il pancreas i tassi appaiono in linea con quelli del pool sud, con i valori più alti nelle città di Brindisi, Lecce e Taranto. La sopravvivenza, che per gli uomini è sovrapponibile al valore nazionale (6%) appare invece problematica nelle donne (5% Puglia vs 9% Italia) e in particolare a Taranto (3%).

Il tumore del rene e delle vie urinarie mostra nei maschi valori in linea con il dato del pool sud e inferiori a quello nazionale, con i tassi più alti in provincia di Lecce; il dato di sopravvivenza a 5 anni, 63%, è più basso di quello nazionale (67%). Nelle donne i dati pugliesi sono più bassi di quelli meridionali e nazionali e la sopravvivenza migliore (72% vs 69%).

Le stime per il tumore alla vescica negli uomini sono tutte più elevate anche del dato nazionale, con l'eccezione delle province BT e Foggia, e una sopravvivenza a 5 anni più scadente (76% vs. 79%); il dato più alto si registra a Lecce città, seguito da Taranto città. I trend sono generalmente stabili.

Anche l'incidenza femminile mostra i valori più elevati a Lecce, che però rimangono inferiori rispetto al dato nazionale, tranne che a Lecce città. Come per i maschi, tra le donne la sopravvivenza in Puglia è inferiore (72% vs 76%). Il dato è particolarmente critico nella provincia BT (59%).

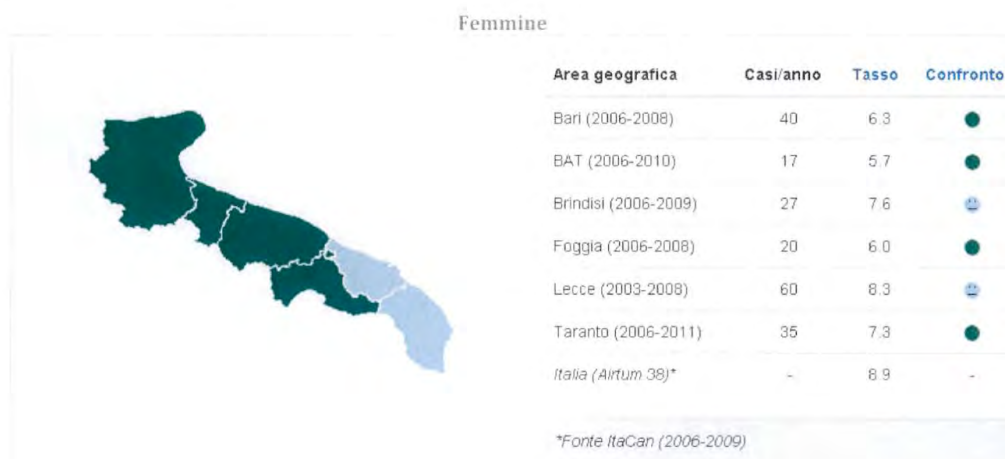
Grafico 7 – Incidenza Puglia per tumore della vescica, fonte Rapporto Registro Tumori Puglia 2015

Maschi



Rete Oncologica Pugliese

Grafico 7 - Incidenza Puglia per tumore della vescica, fonte Rapporto Registro Tumori Puglia 2015



Brindisi e Lecce mostrano tassi di incidenza per tumori dell'encefalo e del sistema nervoso centrale negli uomini più alti del dato nazionale, mentre è ancora Brindisi ma con Foggia a mostrare i tassi più elevati di mortalità. La sopravvivenza a 5 anni, del 20%, è in linea con il valore nazionale. Da rilevare che il dato brindisino si riferisce al territorio provinciale senza il capoluogo. Nella provincia di Lecce, nonostante un andamento in riduzione, il tasso di incidenza rimane in tutto il periodo superiore al dato nazionale, mentre la mortalità dopo il 2009 si abbassa al di sotto del valore italiano. Particolarmente basso il dato di sopravvivenza di Brindisi (15%).

Anche tra le donne il tasso di incidenza più elevato riguarda l'area di Brindisi, mentre per la mortalità vanno segnalati i tassi di Bari e Lecce. La sopravvivenza è di 10 punti percentuali più bassa di quella stimata a livello nazionale (18% vs. 27%). A Brindisi si rileva anche un trend in crescita ma la sopravvivenza migliore della regione (22%).

Il tumore alla tiroide mostra un'incidenza che tende a crescere in maniera importante in entrambi i sessi e in tutte le province (meno evidente tra le donne nella BT). I tassi più elevati caratterizzano la provincia di Taranto e la città di Brindisi; negli uomini è Lecce città a mostrare i valori più importanti. La sopravvivenza (92% negli uomini e 97% nelle donne) è migliore del dato nazionale. La mortalità è in linea con il dato nazionale e stabile nel tempo.

Per le leucemie nei maschi il dato del pool Puglia è superiore al tasso di incidenza dei singoli registri in virtù dei differenti periodi temporali presi in considerazione e delle modificazioni nel tempo dell'andamento temporale: i dati provinciali mostrano un'incidenza più elevata a Brindisi (in particolare nel capoluogo) mentre la mortalità è più alta a Foggia e Taranto. Il trend di incidenza è in discesa, in particolare a Brindisi, ma non a Lecce, la mortalità stabile.

Tra le donne il valore di incidenza più alto si registra a Taranto (tutta l'area) e a Lecce città, di mortalità a Foggia. Mentre a Taranto si registra una netta riduzione nel tempo, nelle altre province il tasso di incidenza appare in crescita nell'ultimo periodo di osservazione.

Nel sesso maschile tutti i dati sui linfomi di Hodgkin appaiono in linea con il dato nazionale; nelle donne si osserva a Brindisi città un tasso più elevato. La sopravvivenza a 5 anni è complessivamente migliore del dato nazionale, in particolare a Brindisi.

AReS Puglia – Agenzia Regionale Sanitaria



Rete Oncologica Pugliese

Nel caso del linfoma non Hodgkin in entrambi i sessi la mortalità più elevata si registra a Bari: l'andamento dell'incidenza appare in lieve aumento, in particolare a Brindisi e a Taranto tra le donne.

Il mesotelioma pleurico come atteso nel sesso maschile mostra i tassi più elevati di incidenza e mortalità a Taranto, seguita da Bari: va segnalato che l'incidenza appare in aumento. Il dato di sopravvivenza, che a livello regionale è in linea con quello nazionale, è critico a Taranto e Lecce sia tra gli uomini (10% regione vs rispettivamente 5% e 8%) che tra le donne, dove l'incidenza è in riduzione.

Un'incidenza elevata di mieloma multiplo in entrambi i sessi caratterizza la provincia BT, in particolare il capoluogo, e Brindisi città, con dati che – almeno nelle donne – appaiono ovunque in riduzione.

3.2 PREVALENZA: I PAZIENTI, DI VECCHIA E NUOVA DIAGNOSI, ALLE PRESE CON IL TUMORE

Dalla Banca Dati Assistito della Regione Puglia aggiornata al 2015 sono stati estratti - attraverso un algoritmo che incrocia i dati di ricovero, di esenzione ticket per patologia neoplastica, di specialistica ambulatoriale, di farmaceutica con l'anagrafe degli assistibili - i pazienti che mostrano dati di consumo di prestazioni sanitarie riconducibili all'area dell'oncologia.

Tale procedura approssima la stima di prevalenza, ovvero di carico di malattia neoplastica regionale.

I risultati mostrano una prevalenza media pari al 4,3% della popolazione (oltre 165.000 abitanti), lievemente inferiore al dato nazionale pari al 4,5%, con una distribuzione tra i sessi che vede una maggiore presenza femminile (55% vs. 45%), in linea con quanto riportato sui Numeri del Cancro 2015. Le province di Taranto e Bari mostrano in entrambi i sessi un dato di prevalenza superiore alla media regionale.

Tabella 3 – Prevalenza dei tumori in Puglia, fonte BDA – ARoS Puglia

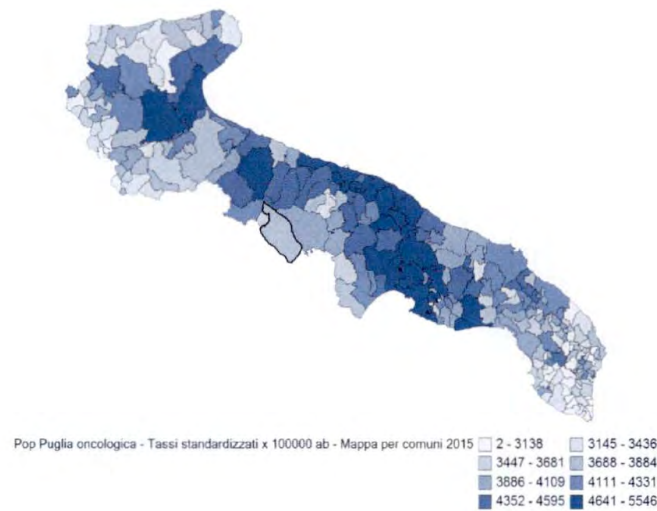
Provincia	Numero Pazienti Oncologici			Tassi Grezzi per 100 abitanti		
	Femmine	Maschi	TOTALE	Femmine	Maschi	TOTALE
BARI	30.732	24.700	55.432	4,7	4,0	4,4
BAT	8.077	6.505	14.582	4,0	3,3	3,7
BRINDISI	8.745	6.877	15.622	4,2	3,6	3,9
FOGGIA	12.865	10.991	23.856	4,0	3,5	3,8
LECCE	15.821	12.891	28.712	3,8	3,3	3,6
TARANTO	15.278	12.211	27.489	5,0	4,3	4,7
TOTALE	91.518	74.175	165.693	4,3	3,7	4,1

Rete Oncologica Pugliese

Grafico 8 – Tassi grezzi di prevalenza dei tumori per provincia rispetto alla media regionale, fonte BDA ARoS Puglia



Grafico 9 – Distribuzione di frequenza per comune del dato di prevalenza di tumore, fonte BDA ARoS Puglia



ARoS Puglia – Agenzia Regionale Sanitaria



4. ANALISI DEL CONSUMO E DELL'OFFERTA

4.1 L'OFFERTA OSPEDALIERA

Nel corso del 2015 sono stati erogati in Regione Puglia 41.410 ricoveri ospedalieri per pazienti con diagnosi principali di tumore maligno, di cui 38.896 per residenti e 2.514 per cittadini provenienti da altre regioni (pari al 6% dei ricoveri). La mobilità attiva più elevata si registra per i tumori del sistema emolinfopoietico (9% dell'erogato in regione).

Considerando il volume complessivo dell'erogato, il 53% dei ricoveri oncologici è costituito da ricoveri chirurgici, con una ovvia variabilità considerando le sedi. Generalmente, l'84% dei ricoveri è stato eseguito in regime ordinario.

In ordine di frequenza, il numero più elevato di ricoveri ha riguardato i tumori maligni degli organi genitourinari, seguiti dai tumori dell'apparato digerente e del peritoneo.

Tabella 4 – Numero di ricoveri dei residenti pugliesi per sede tumorale, Anno 2015 fonte Edotto- elab. AREs Puglia

	2015													
	RICOVERI TOTALI RESIDENTI	Ordinari	Day Hospital	Medici	Chirurgici	RICOVERI TOTALI IN REGIONE	Di cui in Mobilità Attiva	% AA	Ordinari	% Ord	Day Hospital	Medici	Chirurgici	% chirurgici
TUMORI MALIGNI DELLE LABBRIA, DELLA CAVITÀ ORALE, DELLA FARINGE (140-149)	581	431	148	284	297	620	39	6%	469	76%	151	302	318	51%
TUMORI MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE E DEL PERITONEO (150-159)	7.771	7.012	759	4.470	3.301	8.208	431	5%	7.436	91%	772	4.715	3.493	43%
TUMORI MALIGNI DELL'APPARATO RESPIRATORIO E DEGLI ORGANI INTRATORACICI (160-169)	3.448	3.081	447	2.505	939	3.628	178	5%	3.170	87%	456	2.627	999	28%
TUMORI MALIGNI DELLE OSSA, DEL TESSUTO CONNETTIVO, DELLA CUTE E DELLA MAMMELLA (170-179)	7.563	5.580	1.983	1.305	6.258	7.869	306	4%	5.839	74%	2.030	1.361	6.508	83%
TUMORI MALIGNI DEGLI ORGANI GENITOURINARI (179-189)	5.910	7.806	1.292	2.448	6.652	9.696	586	6%	8.353	86%	1.333	2.561	7.125	74%
TUMORI MALIGNI DI ALTRE E NON SPECIFICATE SEDI (190-199)	5.747	5.300	447	3.798	1.949	6.242	496	8%	5.782	93%	461	4.155	2.088	33%
TUMORI MALIGNI DEL TESSUTO LINFATICO ED EMOPOIETICO (200-209)	4.688	3.248	1.438	3.427	1.259	5.158	472	9%	3.628	70%	1.530	3.223	1.435	28%
TOTALE	38.896	37.362	6.514	18.741	20.655	41.410	2.514	6%	34.677	84%	6.733	18.444	21.966	53%

Nella tabella che segue sono riportate le medesime informazioni per sede tumorale.

Il primo tumore in ordine di frequenza di ricovero è rappresentato dalla vescica, seguito dal tumore della mammella, altri tumori maligni della cute, tumore di polmoni e bronchi e tumore del colon.

Si rileva che per il tumore dei polmoni, si registra una percentuale di ricoveri chirurgici pari al 21%.

La patologia per la quale si registra la più alta mobilità attiva è il linfoma di Hodgkin (16% dei ricoveri), seguito dalla leucemia linfoide (15%).

Tabella 5 – Numero di ricoveri dei residenti pugliesi per sotto sede tumorale, Anno 2015 fonte Edotto- elab. ARES Puglia

		2015											
		RICOVERI TOTALI RESIDENTI					RICOVERI TOTALI REGIONE						
		Ordinari	Day Hospital	Medico	Chirurgico	Di cui in Malattia Acuta	% Mal	Ordinari	% Ord	Day Hospital	Medico	Chirurgico	% Chirurgico
TUMORI MALIGNI DELLE LABBRA, DELLA CAVITÀ ORALE, DELLA FARINGE (140-149)	140- Tumori maligni della labbra	24	20	0	3	31	34	0%	26	76%	0	3	31
	141- Tumori maligni della lingua	123	96	27	43	81	135	12	8%	108	80%	27	43
	142- Tumori maligni della ghiandola salivare maggior	73	60	7	22	51	76	2	4%	69	91%	7	23
	143- Tumori maligni delle gengive	26	22	4	16	18	28	2	7%	23	82%	6	18
	144- Tumori maligni del pavimento della bocca	23	15	0	13	40	25	2	8%	17	68%	8	14
	145- Tumori maligni di altre e non specificate parti della bocca	84	49	35	36	43	92	0	0%	56	61%	36	39
	146- Tumori maligni dell'endometrio	102	75	27	36	46	104	2	2%	77	74%	27	57
	147- Tumori maligni del miometrio	54	36	18	44	10	69	6	20%	41	66%	19	50
	148- Tumori maligni dell'ovaio	36	30	6	28	8	40	4	20%	34	85%	6	32
	149- Tumori maligni di altre e non specificate sedi della cavità orale e della faringe	26	10	0	24	2	26	0	0%	18	69%	8	24
TUMORI MALIGNI DELLE LABBRA, DELLA CAVITÀ ORALE, DELLA FARINGE (140-149)	581	473	140	294	297	620	29	8%	469	78%	151	362	
TUMORI MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE E DEL PERITONEO (150-159)	150- Tumori maligni dell'esofago	154	145	9	133	21	162	0	0%	153	94%	9	140
	151- Tumori maligni dello stomaco	890	837	65	513	385	954	56	6%	836	87%	68	537
	152- Tumori maligni dell'intestino tenue - compreso il duodeno	94	86	8	40	52	99	0	0%	91	92%	8	44
	153- Tumori maligni del colon	2.447	2.229	219	937	1.510	2.556	109	4%	2.333	91%	223	181
	154- Tumori maligni del retto, della giunzione rettosigmoidica e dell'ano	1.297	1.214	83	539	758	1.382	85	6%	1.280	94%	84	378
	155- Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intrapatrici	1.481	1.218	263	1.277	204	1.562	81	5%	1.254	83%	268	1342
	156- Tumori maligni della colecisti e dei dotti biliari extraepatici	422	386	36	300	122	434	12	3%	398	92%	36	308
	157- Tumori maligni del pancreas	820	750	64	627	163	885	65	7%	821	93%	64	585
	158- Tumori maligni del dotto biliare e del pancreas	121	112	9	67	54	136	15	12%	127	93%	9	78
	159- Tumori maligni di altre e non definite sedi dell'apparato digerente e del peritoneo	37	34	3	25	12	38	1	2%	35	92%	3	26
TUMORI MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE E DEL PERITONEO (150-159)	7.271	7.012	759	4.470	3.301	8.268	437	8%	7.436	91%	772	4.715	
TUMORI MALIGNI DELL'APPARATO RESPIRATORIO E DEGLI ORGANI INTRATORACICI (160-169)	160- Tumori maligni della cavità nasale, dell'orecchio medio e dei seni paranasali	44	36	6	27	17	45	1	2%	39	87%	6	28
	161- Tumori maligni della laringe	356	320	36	123	233	377	21	6%	340	90%	37	130
	162- Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	2.802	2.410	388	2.218	589	2.948	141	5%	2.552	87%	396	2.322
	163- Tumori maligni della pleura	142	130	6	97	45	150	0	0%	144	96%	6	100
	164- Tumori maligni del timo, del cuore e del mediastino retrosternale e dell'ano	95	84	11	40	55	101	6	6%	96	89%	11	42
	165- Tumori maligni di altre e non definite sedi dell'apparato respiratorio e degli organi intratoracici	4	4	0	4	0	5	1	20%	5	100%	0	5
TUMORI MALIGNI DELL'APPARATO RESPIRATORIO E DEGLI ORGANI INTRATORACICI (160-169)	3.449	3.061	447	2.580	939	3.626	179	5%	3.170	87%	456	2.627	
TUMORI MALIGNI DELLE OSSA, DEL TESSUTO CONNETTIVO, DELLA CUTE E DELLA MAMMELLA (170-179)	170- Tumori maligni delle ossa e delle cartilagini articolari	87	73	14	52	35	93	6	6%	78	84%	15	56
	171- Tumori maligni del connettivo e di altri tessuti molli	213	165	48	147	66	224	11	5%	176	79%	48	155
	172- Melanoma maligno della cute	521	366	155	123	308	534	13	2%	375	70%	159	126
	173- Altri tumori maligni della cute	2.973	1.751	1.222	112	2.861	3.046	73	2%	1.793	59%	1.253	915
	174- Tumori maligni della mammella della donna	3.664	3.651	513	800	2.334	3.862	198	5%	3.339	86%	523	363
	175- Tumori maligni della mammella dell'uomo	51	41	10	12	39	53	2	4%	43	81%	10	12
	176- Sistemica di virus	54	34	20	29	25	57	3	5%	35	61%	22	32
TUMORI MALIGNI DELLE OSSA, DEL TESSUTO CONNETTIVO, DELLA CUTE E DELLA MAMMELLA (170-179)	7.563	5.580	1.383	1.395	6.258	7.863	304	4%	5.829	74%	2.830	1.361	
TUMORI MALIGNI DEGLI ORGANI GENITORINARI (175-189)	175- Tumori maligni dell'utero - parte non specificata	145	136	9	55	90	155	30	6%	144	94%	9	56
	180- Tumori maligni del collo dell'utero (cervice uterina)	239	193	46	106	133	263	24	6%	215	82%	48	115
	181- Tumori maligni della prostata	1	1	0	1	0	1	0	0%	1	100%	0	1
	182- Tumori maligni del corpo dell'utero	522	485	63	162	426	549	27	5%	496	90%	53	104
	183- Tumori maligni dell'ovaio e degli altri annessi uterini	457	420	37	197	208	482	26	5%	445	90%	37	209
	184- Tumori maligni di altri e non specificati organi genitali femminili	119	104	14	32	86	129	11	9%	114	88%	15	34
	185- Tumori maligni della prostata	1.796	1.162	634	883	913	1.955	155	8%	1.288	66%	667	108
	186- Tumori maligni del testicolo	232	195	37	58	174	243	11	5%	206	85%	37	58
	187- Tumori maligni del pene e degli altri organi genitali maschili	74	64	10	13	61	76	2	3%	66	87%	10	13
	188- Tumori maligni della vescica	4.709	4.310	399	728	3.981	4.959	250	5%	4.506	92%	453	767
189- Tumori maligni del rene e di altri e non specificati organi urinari	687	764	43	274	533	874	67	8%	830	95%	44	281	
TUMORI MALIGNI DEGLI ORGANI GENITORINARI (175-189)	9.109	7.896	1.292	2.448	6.652	9.086	586	8%	8.355	89%	1.333	2.561	
TUMORI MALIGNI DI ALTRE E NON SPECIFICATE SEDI (190-199)	190- Tumori maligni del cervello	90	47	3	17	33	58	0	24%	55	95%	3	20
	191- Tumori maligni dell'encefalo	652	620	32	467	185	706	34	6%	670	90%	36	108
	192- Tumori maligni di altre e non specificate parti del sistema nervoso	47	44	3	36	11	52	5	10%	49	94%	3	41
	193- Tumori maligni della ghiandola tiroide	527	501	20	40	487	570	47	8%	549	94%	21	45
	194- Tumori maligni della ghiandola endocrina e ipofisaria endocrina	46	41	5	27	19	50	4	8%	45	90%	5	30
	195- Tumori maligni di altre e non definite sedi	72	65	17	49	23	78	6	8%	61	78%	17	54
	196- Tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi	643	592	51	235	408	698	47	7%	636	90%	64	261
	197- Tumori maligni secondari degli apparati respiratorio e digerente	2.365	2.213	152	1.848	517	2.567	282	8%	2.412	94%	155	2.015
	198- Tumori maligni secondari di altre sedi specificate	1.130	982	148	870	260	1.237	137	11%	1.096	88%	151	953
	199- Tumori maligni senza indicazione della sede	215	199	16	309	6	235	20	9%	219	93%	16	227
TUMORI MALIGNI DI ALTRE E NON SPECIFICATE SEDI (190-199)	5.747	5.300	447	3.798	1.949	6.243	496	8%	5.782	93%	461	4.155	
TUMORI MALIGNI DEL TESSUTO LINFATICO ED EMOPROIECTIVO (200-299)	200- Linfomatosi e mieloidi	285	215	70	188	97	318	25	8%	238	77%	72	195
	201- Mieloma di Hodgkin	230	166	64	134	96	275	45	16%	208	75%	69	157
	202- Altre neoplasie maligne del tessuto linfatico ed emopoietico	1.482	1.062	420	839	643	1.622	146	9%	1.196	72%	427	914
	203- Leucemia mieloide e neoplasie ematopoietiche	1.126	714	406	844	276	1.206	96	7%	772	64%	434	885
	204- Leucemia linfocitica	363	384	175	465	98	682	39	25%	466	70%	196	540
	205- Leucemia mieloide	949	662	287	901	48	1.425	76	7%	715	70%	390	971
	206- Leucemia mielomonocitica	28	21	7	28	1	28	0	0%	21	75%	7	28
	207- Altre leucemie specifiche	8	7	1	7	1	8	0	0%	7	88%	1	7
	208- Leucemia a tipo cellulare non specificato	21	17	4	21	1	22	1	5%	18	82%	4	22
	TUMORI MALIGNI DEL TESSUTO LINFATICO ED EMOPROIECTIVO (200-299)	4.686	3.240	1.438	3.427	1.259	5.158	472	9%	3.628	70%	1.530	3.727
TOTALE	38.896	32.202	6.514	18.241	28.625	41.410	2.514	6%	34.677	89%	6.733	19.444	

Guardando la distribuzione di tali ricoveri per disciplina, si rileva che un quarto è stato erogato in reparti di chirurgia generale; in ordine di frequenza segue l'urologia (17%), l'oncologia medica (13%) e l'ematologia (9%). In sesta posizione si colloca la medicina generale (8%). I ricoveri che riportano in diagnosi principale una neoplasia maligna, rispetto al totale dell'attività erogata per disciplina,



Rete Oncologica Pugliese

rappresentano il 47% in ematologia, il 40% in oncologia medica, il 37% in chirurgia toracica, il 34% in chirurgia plastica, il 30% in urologia.

Tabella 6 - Numero di ricoveri con diagnosi principale di tumore per disciplina, Anno 2015 fonte Edotto - elab. ARoS Puglia

Disciplina	ORD	DH	Totale	% sul totale oncologici	Ricoveri totali della disciplina	% oncologici sul tot disciplina
CARDIOCHIRURGIA	2		2	0,0%	4.843	0,0%
CARDIOLOGIA	12		12	0,0%	42.436	0,0%
CHIRURGIA GENERALE	9.053	1.188	10.241	24,7%	62.306	16,4%
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	208	20	228	0,6%	1.430	15,3%
CHIRURGIA PEDIATRICA	23		23	0,1%	3.833	0,6%
CHIRURGIA PLASTICA	1.566	462	2.048	4,9%	5.959	34,4%
CHIRURGIA TORACICA	1.434	210	1.644	4,0%	4.432	37,3%
CHIRURGIA VASCOLARE	61		61	0,1%	5.732	1,1%
DAY HOSPITAL	-	121	121	0,3%	899	13,5%
DAY SURGERY	-	27	27	0,1%	114	23,7%
DERMATOLOGIA	494	443	937	2,3%	3.814	24,6%
EMATOLOGIA	2.550	1.161	3.711	9,0%	7.926	46,8%
GASTROENTEROLOGIA	908	52	960	2,3%	12.132	7,9%
GERIATRIA	473	11	484	1,2%	11.315	4,3%
LUNGODEGENTI	95		95	0,2%	2.138	4,4%
MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO	75	7	82	0,2%	7.848	1,0%
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	203	136	339	0,8%	9.800	3,5%
MEDICINA GENERALE	2.984	367	3.351	8,1%	59.843	5,6%
NEFROLOGIA	64	2	66	0,2%	10.731	0,8%
NEUROCHIRURGIA	506		506	1,2%	10.024	5,0%
NEUROLOGIA	267		267	0,6%	17.841	1,5%
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	1		1	0,0%	2.931	0,0%
OCULISTICA	62	21	83	0,2%	9.335	0,9%
ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	1	44	45	0,1%	2.813	1,6%
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	309	53	362	0,9%	2.023	17,9%
ONCOLOGIA	4.214	1.335	5.549	13,4%	13.808	40,2%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	41	10	51	0,1%	48.536	0,1%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.259	89	1.348	3,3%	70.433	1,9%
OTORINOLARINGOIATRIA	896	122	1.018	2,5%	12.835	7,9%
PEDIATRIA	71	15	86	0,2%	36.395	0,2%
PNEUMOLOGIA	487		487	1,2%	10.884	4,5%
PSICHIATRIA	1		1	0,0%	6.937	0,0%
RADIOTERAPIA	9		9	0,0%	747	1,2%
RECUPERO E RIABILITAZIONE	6		6	0,0%	14.436	0,0%
REUMATOLOGIA	5		5	0,0%	3.179	0,2%
TERAPIA INTENSIVA	62	10	72	0,2%	5.834	1,6%
UNITA' CORONARICA	7		7	0,0%	5.850	0,1%
UROLOGIA	6.208	827	7.035	17,0%	23.775	29,6%
Totale	34.677	6.733	41.410		556.537	7%

Il 50% dell'attività relativa ai ricoveri che riportano in diagnosi principale una neoplasia maligna è espletato in 5 stabilimenti ospedalieri, il 70% in dieci. Nella tabella seguente, oltre ai ricoveri, in regime ordinario e di day hospital, si riporta anche l'attività eseguita in regime di day service, come risulta dal flusso SDA: tale flusso, essendo stato attivato nel 2015, non rappresenta ancora in modo completo l'attività espletata, ma - riportando le informazioni sulle diagnosi - è l'unico in grado di fornire dati sulle prestazioni erogate in favore dei pazienti neoplastici.

ARoS Puglia - Agenzia Regionale Sanitaria



Rete Oncologica Pugliese

Tabella 7 - Numero di ricoveri e day service con diagnosi principale di tumore per stabilimento ospedaliero, Anno 2015
fonte Edotto - elab. ARoS Puglia

STABILIMENTO OSPEDALIERO	ORD	% Ord	DH	Totale RICOVERI	% sul totale	Day service (SDA)	Totale PRESTAZIONI
EE CASA SOLLIEVO - SG. ROTONDO	6.175	89%	868	7.043	17%	108	7.151
AO CONS. POLICLINICO - BARI	3.945	83%	806	4.751	11%	147	4.898
ST. V. FAZZI - LECCE	2.635	75%	892	3.527	9%		3.527
AO OSPEDALI RIUNITI - FOGGIA	2.385	78%	681	3.046	7%	127	3.173
EE MIULLI - ACQUAVIVA D. FONTI	2.194	90%	243	2.437	6%	549	2.986
STABILIMENTO "FERRINO" - BRINDISI	1.539	87%	351	1.890	5%	293	2.183
ST. SS. ANNUNZIATA - TARANTO	1.704	97%	161	1.865	5%	1.145	3.010
IRCCS ONCOLOGICO - BARI	1.276	83%	264	1.540	4%	27	1.567
EE CARDINALE PANICO - TRICASE	1.451	95%	78	1.529	4%	54	1.583
ST F. FERRARI - CASARANO	508	42%	696	1.204	3%	1	1.205
STABILIMENTO S. PAOLO - BARI	910	95%	46	956	2%	27	983
OSPEDALE CIVILE BARILETTA - (BA)	670	82%	151	821	2%	31	852
OSPEDALE SCUORE DI GESU' GALLIPOLI	612	76%	195	807	2%		807
CDC MATER DEI (CCR) - BARI	775	97%	27	802	2%	45	847
ST. S. GIUSEPPE DA COPERTINO - COPERTINO	433	61%	279	712	2%		712
P.O. BARI SUD - STAB. DI VENERE - BARI	679	100%	2	681	2%		681
OSPEDALE CIVILE - MARTINA FRANCA	385	62%	227	592	1%		592
IRCCS S. DEBELLIS - CASTELLANA	488	98%	11	499	1%	12	511
OSPEDALE S. CATERINA NOVELLA - GALATINA	288	66%	151	439	1%	90	529
OSPEDALE "G. TATARELLA"	308	73%	114	422	1%	1	423
CDC D'AMORE - TARANTO	388	100%		388	1%	25	413
STABILIM. OSP. "SAN GIACOMO" - MONOPOLI	368	100%		368	1%	6	374
OSP. DISTRETTUALE - ANDRIA	364	99%	3	367	1%	22	389
OSPEDALE CIVILE MOLFETTA - (BA)	298	100%		298	1%	804	1.102
ST. I. VERIS - SCORRANO	255	87%	38	293	1%		293
CDC PROF. BRODETTI - FOGGIA	268	100%		268	1%	9	277
STABILIMENTO CIVILE - OSTUNI	162	63%	94	256	1%		256
STAB. OSPEDALIERO CASTELLANETA	197	80%	50	247	1%	6	253
ST. UMBERTO I - ALTAMURA	233	96%	9	242	1%	68	310
CDC S. MARIA - BARI	226	100%		226	1%	2	228
CDC CASA BIANCA - CASSANO	218	100%		218	1%	9	227
CDC VILLA VERDE - TARANTO	214	100%		214	1%	6	220
STABIL. D. CAMBERLINGO - FRANCAVILLA FONT.	145	75%	49	194	0%	56	250
CDC OTTA DILECCE - LECCE	184	100%		184	0%		184
CDC S. CAMILLO - TARANTO	160	100%		160	0%		160
OSPEDALE M. GIANNUZZI - MANDURIA	130	82%	29	159	0%	124	283
ST. S. CAMILLO DE LELLIS - MANFREDONIA	81	53%	73	154	0%		154
OSPEDALE CIVILE V. EMANUELE II - BISCEGLIE - (BA)	148	100%		148	0%	10	158
ST. T. MASSELLI M. - SAN SEVERO	110	79%	29	139	0%		139
OSPEDALE "SAN NICOLA PELLEGRINO" - TRANI - (BA)	65	47%	72	137	0%		137
OSPEDALE "M. SARICONE" - TERLIZZI - (BA)	117	97%	4	121	0%	221	342
CDC PROF. PETRUCCIANI - LECCE	115	100%		115	0%		115
OSPEDALE FLASTARIA - LUCCERA	92	81%	22	114	0%		114
STABILIM. S. M. LAURETO - PUTIGNANO	99	94%	6	105	0%	13	118
CDC SALLUS - BRINDISI	103	100%		103	0%	9	112
P.O. BARI SUD STAB. FALLACARA - TRIGGIANO	87	100%		87	0%	7	94
OSPEDALE CIVILE S. MARCO - GROTTAGLIE - (TA)	55	66%	26	81	0%	7	88
CDC BERNARDINI - TARANTO	71	100%		71	0%	9	80
STABILIMENTO UMBERTO I - FASANO	67	96%	3	70	0%	22	92
CDC S. FRANCESCO - GALATINA	66	100%		66	0%		66
OSP. DISTRETT. NORD - CANOGA	65	100%		65	0%		65
STABILIMENTO "MELLI" - S. PIETRO VERINOTICO	43	100%		43	0%		43
CDC VILLA SERENA - CDC S. FRANCESCO - FOGGIA	27	100%		27	0%	2	29
CDC S. RITA - TARANTO	27	100%		27	0%		27
ST. GIOVANNI XXIII - BARI	23	100%		23	0%		23
STABILIMENTO "S. CAMILLO" - MESAGNE	17	85%	3	20	0%		20
CDC DIVINA PROVVIDENZA - BISCEGLIE	11	100%		11	0%	1	12
OSP. DISTRETT. SUD - CORATO	10	100%		10	0%		10
CDC S. MICHELE - MANFREDONIA	9	100%		9	0%		9
CDC ANTHEA - BARI	8	100%		8	0%		8
CDC VILLA LUCIA-GICIA DEL CLE	7	100%		7	0%		7
ST. A. GALATEO - SAN CESARIO	2	100%		2	0%		2
CDC C. MEDICO RIAB. GINOSA	1	100%		1	0%		1
CDC S. MARIA - FOGGIA	1	100%		1	0%		1
CASA DI CURA PROF. PETRUCCIANI	-	-	-	-	0%	13	13
POLIAMBULATORIO - TRIGGIANO	-	-	-	-	0%	13	13
CASA DI CURA S. FRANCESCO S.R.L.	-	-	-	-	0%	2	2
OSPEDALE PERRINO - BRINDISI (MESAGNE-SAN PIETRO V.CO)	-	-	-	-	0%	2	2
Totale complessivo	34677	84%	6733	41410		4125	45535

Rete Oncologica Pugliese

Tabella 9 - Numero di ricoveri con diagnosi principale di tumore totale, di ricoveri di residenti provenienti da altre province e di ricoveri di residenti provenienti da altre regioni per stabilimento ospedaliero e per reparto cod. 64 Oncologia, Anno 2015 fonte Edotto - elab. AREs Puglia

Struttura	Ricoveri tot	RICOVERI EXTRAPROV	%	RICOVERI EXTRAREG	%
EE CASA SOLLIEVO - SAN GIOVANNI ROTONDO	2.772	992	36%	534	19%
OSPEDALE VITO FAZZI - LECCE (SAN CESARIO)	2.732	160	6%	37	1%
OSPEDALE SACRO CUORE DI GESU' - GALLIPOLI	1.422	42	3%	21	1%
OSPEDALE SS. ANNUNZIATA - TARANTO (MOSCATI)	1.198	68	6%	88	7%
OSPEDALE CASARANO	1.042	8	1%	18	2%
OSPEDALE PERRINO - BRINDISI (MESAGNE-SAN PIETRO V.CO)	1.034	206	20%	15	1%
RCCS ONCOLOGICO - BARI	871	176	20%	42	5%
AC POLICLINICO - GIOVANNI XXIII	797	142	18%	40	5%
OSPEDALE BARLETTA	779	124	16%	13	2%
AC OSPEDALI RIUNITI - FOGGIA	610	96	16%	25	4%
EE CARDINALE PANICO - TRIGASE	397	2	1%	4	1%
CDC VILLA VERDE - TARANTO	132	8	6%	6	5%
CDC CBH MATER DEI - BARI	21	5	24%	2	10%
CDC CITTA' DI LECCE - LECCE/LE	1	1	100%	-	0%
Totale	13808	2030	15%	845	6%

La struttura con la più alta percentuale di ricoveri da residenti fuori provincia e fuori regione è quella di Casa Sollievo della Sofferenza, che registra anche il più alto numero assoluto di ricoveri.

Di seguito si riportano i dati di attività e di performance dei reparti di oncologia operanti in regione Puglia, con riferimento ai ricoveri ordinari acuti (manca quindi il reparto di Casarano che ha svolto nel 2015 l'attività in regime di day hospital).

Tabella 10 - Indicatori di performance dei reparti di oncologia (cod. 64) - ricoveri ordinari acuti Anno 2015 fonte Edotto-elab. AREs Puglia

Disciplina	Azienda sanitaria	Istituto	Reparto	N° ricoveri	Costo medio	Costo medio	Costo medio	Costo medio	N° ricoveri	Costo medio	Costo medio	Costo medio	Costo medio	Costo medio	Costo medio	Costo medio	Costo medio	Costo medio	Costo medio	Costo medio
64 ONCOLOGIA	LECCE	160171-LECCE V.FAZZI - SAN CESARIO - CAMPISANA	6411	644	1.20	75	11,08	12	66	6%	9	2,72	3%	6%	7%	2	1,06			
64 ONCOLOGIA	AO Ospedali Consorziato Policlinico	160907-AO POLICLINICO GIOVANNI XXIII	6401	515	1.19	10,34	124	6	64	5%	8	2,99	3%	6%	9	1,15				
64 ONCOLOGIA	TARANTO	160116-CDC VILLA VERDE - TARANTO	6401	132	1.17	0,5	8,10	3	71	6%	3	2,58	2%	6%	4	2	1,04			
64 ONCOLOGIA	FOGGIA	160908-EE CASA SOLLIEVO - S.G. ROTONDO	6401	2.138	1.17	5,09	6,51	26	60	5%	7	3,31	3%	6%	4	1,01				
64 ONCOLOGIA	BARI	160177-OSPEDALE CIVILE BARLETTA	6401	411	1.13	7,63	9,09	4	66	5%	2	3,11	3%	6%	1	1,00				
64 ONCOLOGIA	TARANTO	160172-TARANTO SS ANNUNZIATA - GROTTAGLIE	6411	795	1.13	12,65	10,19	9	64	5%	3	2,59	3%	6%	2	1,00				
64 ONCOLOGIA	LECCE	160202-EE CARDINALE PANICO - TRIGASE	6401	399	1.10	7,71	8,7	2	70	6%	2	3,14	3%	5%	4	0,97				
64 ONCOLOGIA	BARI	160147-CDC MATER DEI (CBH) - BARI	6402	21	1.10	3,91	5,62	0	62	5%	32	1,24	3%	5%	0	0,97				
64 ONCOLOGIA	LECCE	160059-OSPEDALE SACRO CUORE DI GESU' - GALLIPOLI	6401	627	1,06	3,83	6,38	3	65	5%	7	3,19	3%	5%	2	0,93				
64 ONCOLOGIA	IFCSS Oncologico - Bari	160001-RCCS ONCOLOGICO - BARI	6402	365	1,03	7,44	10,67	0	62	4%	2	2,29	4%	5%	3	0,92				
64 ONCOLOGIA	BRINDISI	160170-BI SURMIA MESAGNE, S. PIETRO V.CO/CEGLIEM	6411	488	0,94	9,21	7,24	4	61	4%	3	2,02	6%	3%	1	0,84				
64 ONCOLOGIA	AO Ospedali Riuniti - Foggia	160910-AO OSPEDALI RIUNITI - FOGGIA	6401	5	0,60	N.I.L.	-	0	59	6%	N.I.L.	1,4	100%	0	0	0,53				
64 ONCOLOGIA	LECCE	160150-CDC CITTA' DI LECCE - LECCE	6401	1	-	N.I.L.	-	0	65	100%	N.I.L.	1	100%	0	0	0	-			

Tabella 11 - Indicatori di performance dei reparti di oncematologia pediatrica (cod. 65) - ricoveri ordinari acuti Anno 2015 fonte Edotto- elaborazione AREs Puglia

Disciplina	Azienda sanitaria	Istituto	Reparto	N° ricoveri	Costo medio	Costo medio	Costo medio	Costo medio	N° ricoveri	Costo medio	Costo medio	Costo medio	Costo medio	Costo medio	Costo medio	Costo medio	Costo medio	Costo medio	Costo medio	
65 ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	FOGGIA	160905-EE CASA SOLLIEVO - S.G. ROTONDO	6501	866	1,37	4,39	5,83	116	8	66%	9	1,68	4%	4%	1	1,18				
65 ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	LECCE	160171-LECCE V.FAZZI - SAN CESARIO - CAMPISANA	6511	295	0,67	-	4	5,72	8	11	66%	2	1,94	2%	2%	0	0,69			

Per avere un quadro più completo dell'assistenza per le neoplasie infantili, si riporta di seguito la tabella con i ricoveri con diagnosi principale compresa tra codici ICD IX 140-208 nei soggetti di età 0-14 anni per reparto e istituto di cura (escludendo gli ospedali con ricoveri <2, raggruppati nella dicitura altri istituti, in numero di 7).

AREs Puglia - Agenzia Regionale Sanitaria



Rete Oncologica Pugliese

Tabella 12 - Numero di ricoveri di soggetti con età 0-14 anni con diagnosi principale di neoplasia per stabilimento e disciplina, Anno 2015 fonte Edotto - elab. ARoS Puglia

Istituto	Reparto	Day Hospital	Ordinario	Totale	%
AO CONS. POLICLINICO - BARI		8	44	52	13%
	CHIRURGIA PLASTICA		2	2	
	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE		1	1	
AO OSPEDALI RIUNITI - FOGGIA	PEDIATRIA	8	41	49	
		1	7	8	2%
	CHIRURGIA PLASTICA		1	1	
: CARDINALE PANICO - TRICASE	OCULISTICA		3	3	
	PEDIATRIA		2	2	
	UROLOGIA	1	1	2	
ASA SOLLIEVO - S.G. ROTONDO		2	5	7	
	OTORINOLARINGOIATRIA		1	1	
	PEDIATRIA	2	4	6	
ST F. FERRARI - CASARANO		33	240	273	67%
	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE		1	1	
	CHIRURGIA TORACICA		2	2	
	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	32	231	263	
ST GIOVANNI XXIII - BARI	PEDIATRIA	1	6	7	
			3	3	1%
	CHIRURGIA PEDIATRICA		2	2	
ST SS. ANNUNZIATA - TARANTO	PEDIATRIA		1	1	
			21	21	5%
	CHIRURGIA PEDIATRICA		18	18	
	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI		1	1	
ST."V.FAZZI" - LECCE	NEUROLOGIA		2	2	
		2	9	11	3%
	EMATOLOGIA	2	6	8	
ILIMENTO "PERRINO" - BRINDISI	NEUROLOGIA		1	1	
	PEDIATRIA		2	2	
	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	8	10	18	4%
Altri istituti			4	4	1%
	CHIRURGIA PLASTICA		1	1	
	EMATOLOGIA		2	2	
Totale		57	349	406	3%

Rete Oncologica Pugliese

Tabella 13 – Numero di ricoveri di soggetti con età 0-14 anni con diagnosi di neoplasia in tutti i campi diagnostici per stabilimento e disciplina, Anno 2015 fonte Edotto- elaborazione AReS Puglia

Istituto	Reparto	Day Hospital	Ordinario	Totale	%
AO CONS. POLICLINICO - BARI		181	342	523	33%
	CHIRURGIA PLASTICA		3	3	
	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	2	1	3	
AO OSPEDALI RIUNITI - FOGGIA	PEDIATRIA	179	338	517	
		1	8	9	1%
	CHIRURGIA PLASTICA		1	1	
	OCULISTICA		3	3	
EE CARDINALE PANICO - TRICASE	PEDIATRIA		3	3	
	UROLOGIA	1	1	2	
		20	24	44	3%
EE CASA SOLLIEVO -S.G. ROTONDO	OTORINOLARINGOIATRIA		1	1	
	PEDIATRIA	20	23	43	
		136	548	684	44%
IRCCS E. MEDEA - OSTUNI	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE		1	1	
	CHIRURGIA TORACICA		2	2	
	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	135	537	672	
	PEDIATRIA	1	7	8	
ST F. FERRARI - CASARANO	TERAPIA INTENSIVA		1	1	
			4	4	0%
ST GIOVANNI XXIII - BARI	NEURORIABILITAZIONE		4	4	
			3	3	
ST SS. ANNUNZIATA - TARANTO	CHIRURGIA PEDIATRICA		2	2	
	PEDIATRIA		1	1	
		1	26	27	2%
	CHIRURGIA PEDIATRICA		19	19	
	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI		1	1	
ST."V.FAZZI" - LECCE	NEUROLOGIA		4	4	
	PEDIATRIA	1	1	2	
	TERAPIA INTENSIVA		1	1	
		2	9	11	1%
STABILIMENTO "PERRINO" - BRINDISI	EMATOLOGIA	2	6	8	
	NEUROLOGIA		1	1	
	PEDIATRIA		2	2	
Altri istituti		157	87	244	16%
	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	157	86	243	
	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE		1	1	
			4	4	0%
Totale	CHIRURGIA PLASTICA		1	1	
	EMATOLOGIA		2	2	
	PEDIATRIA		1	1	
		3	14	17	1%
		501	1062	1563	

Il tema della dispersione pone la questione del volume di attività ottimale a garantire la qualità delle cure e la sicurezza del paziente.

I dati che seguono sono tratti dal Programma Nazionale Esiti: per le patologie per le quali esiste evidenza di efficacia delle cure in funzione di una soglia minima di interventi (mammella: 150; polmone: 150; colon: 50; stomaco: 20), sono riportate in verde le strutture che superano il volume minimo di attività raccomandato.

Rete Oncologica Pugliese



Tabella 14 - Numero d'interventi per sede tumorale e struttura ospedaliera di dimissione, anno 2015 - Fonte PNE, elab. ARoS Puglia

STRUTTURA	Colecisti	Colon	Esolago	Fegato	Laringe	Mammella	Pancreas	Polmone	Prostata	Rene	Retto	Stomaco	Tiroide	Utero	Vescica	Totale	
A.O.SSN Policlinico-Bari	12	234	8	94	7	256	25	72	110	104	86	69	98	172	46	1.432	
Casa Sollievo della Sofferenza	5	114	1	18	25	341	22	53	104	35	39	45	59	44	45	950	
Osp. C. Miulli-Acquava Delle Fonti	8	116	2	17	21	53	5		294	91	9	27	83	60	59	845	
A.O.U. di Foggia-Foggia	1	92	1	16	10	150	7	92	136	47	33	26	11	21	27	872	
Osp. V. Fazzi-Lecce	3	67		4	17	113		137	24	8	2	10	68	76	3	532	
Osp. S. Paolo-Bari	1	22				258		164				2	1	6		484	
Osp. C. G. Panico-Tricase	2	89	1	3	13	48	5	8	94	84	22	11	9	19	65	453	
Istituto Tumori Giovanni Paolo II-Bari		29	3	10	5	331	1	1		1	3	14	24	12		434	
CCA C.B.H. Mater De-Bari	1	38		4		144	1	66	4	3	7	12	6	82	2	370	
CCA D'Amore SRL-Taranto		10		2	2	251	1			1	6	2	85	1		361	
Osp. Perrino-Brindisi	3	40				192			6	14	4	5	52	14	2	341	
IRCCSpub Saverio de Bellis-Castellana Grotte	8	125	2	14			18				45	40		2		254	
Osp. S. S. Annunziata-Moscato-Taranto		49		2	3	92	1		7	5	13	7	3	52	9	243	
CCA Città di Lecce-Lecce		7		2		159						2	7			177	
Osp. Mons. R. Dimiccoli-Barietta		31			24	103					11	2	3			174	
Osp. di Martina Franca-Martina Franca	1	37		2		17			58	9	12	4		4	15	159	
CCA S. Maria-Bari	1	26				67	1		20	2	15	3		4	10	149	
CCA Casa Bianca-Cassano Delle Murge	3	24		2		59	2		6	14	11	6	7	8	8	148	
Osp. di Copertino-Copertino	1	51	2	9		7	6		1	3	11	13	2	16	1	123	
Osp. Sacro Cuore di Gesù-Gallipoli		30				63					13	4		5		115	
Osp. di Monopoli-Monopoli		8			1	58			24	10				7	3	111	
Osp. Di Venere-Bari		11			34	6			36	2				4	8	5	106
Osp. di Casarano-Casarano	2	17		10		2	1		24	21	1	5	2	5	5	95	
CCA Prof. Patrucciani SRL-Lecce		13				59			2	3				4		81	
Osp. L. Bonomo-Andria		31		2		1			10	3	6	3	3	16	3	78	
Osp. S. Paolo-Molfetta		13				29			20	4	2	5			4	77	
Osp. di Manduria-Manduria		32		1		9					5	5				52	
Osp. di Francavilla Fontana		16		1		21					3	1		6		50	
Osp. di Scorrano-Scorrano		23		2		3				1	10	5	1	2	2	47	
CCA Biamantini-Taranto		20	1	3		1	1				11	5		2	1	45	
Osp. di Altamura-Altamura		13	1	2	1	8	1		6	2	5	1		1	3	44	
Osp. G. Tattaglia-Cerignola		14							14	7	2	2			4	43	
CCA Prof. Brodelli-Foggia		4		1		5			5	1	11	7	5			39	
Osp. S. Paolo-Terlizzi	1	30		4								2				37	
Osp. C. Noella-Gallipoli		14		2		7					3			6	1	33	
Osp. di Pulignano-Pulignano	1	17		1		11					1		1			32	
Osp. di Castellana-Castellana		9				4			5	1	4	1			4	28	
CCA S. Francesco-Gallipoli	1	7				8			4		1					21	
Osp. di Ostuni-Ostuni		12									2	1				15	
Osp. Teresa Masselli-San Severo		5				2						1		7		15	
CCA S. Camillo-Taranto		6				1			4		1	1				13	
CCA Salus-Brindisi		3				1			2		1		1	2		10	
Osp. di Manfredonia-Manfredonia		7									1					8	
Osp. di Bisceglie-Bisceglie		3				3					1					7	
Osp. S. Severo-Lucera		4				1						1				6	
CCA Anthias-Bari		3		2												5	
CCA Medicol SRL-Canosa				1		3					1					5	
A.O.SSN Giovanni XXIII-Bari											2					2	
Osp. S. Paolo-Corato														2		2	
Totale complessivo	59	1540	22	233	172	3619	98	593	1020	479	413	347	515	662	327	9523	

Se osserviamo la distribuzione dell'attività di erogazione di chemioterapia, sia in regime ambulatoriale che di ricovero, osserviamo che, mentre in alcuni territori vi è una maggiore concentrazione di offerta, in altri - ad esempio in provincia di Lecce - la rete si articola in una molteplicità di centri, anche territoriali. Il Policlinico di Bari è l'azienda che registra la massima attività, seguita dall'IRCCS Oncologico di Bari.

Nella provincia di Bari, l'ospedale con la più alta erogazione di chemioterapia è l'Ospedale San Paolo, seguito dall'EE Miulli; in provincia di Foggia è l'EE Casa Sollievo della Sofferenza, seguito dagli Ospedali Riuniti; in provincia BAT l'ospedale di Bisceglie/Trani; in provincia di Brindisi l'ospedale Perrino; in provincia di Taranto il SS. Annunziata; in provincia di Lecce l'EE Panico, seguito dal Vito Fazzi di Lecce.



Rete Oncologica Pugliese

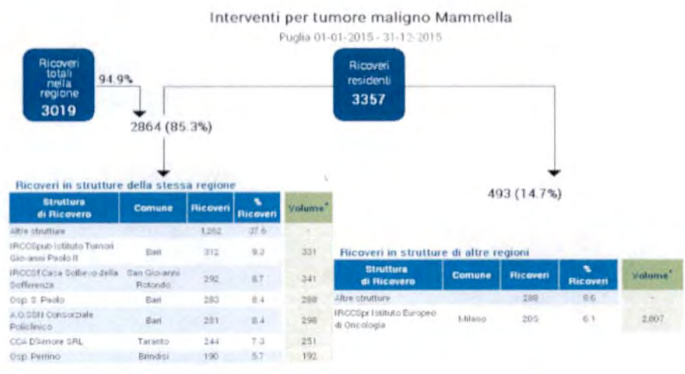
Tabella 15 – Numero di prestazioni di chemioterapia per Azienda sanitaria e struttura , Anno 2015 fonte Edotto - elab. ARoS Puglia

AZIENDA	STABILIMENTO	PREST. AMB	RICOVERO	TOTALE
AO Ospedale Consorziale Policlinico		17.070	220	17.290
IRCSS Oncologico - Bari		16.243	150	16.393
AO Ospedali Riuniti - Foggia		6.512	570	7.082
IRCSS S. De Bellis - Castellana Grotte		2.176	268	2.444
BARI		19.284	47	19.331
	OSPEDALE SAN PAOLO - BARI (CORATO-MOLFETTA-TERLIZZI)	7.139		7.139
	EE OSPEDALE MIULLI - ACQUAVIVA DELLE FONTI	5.130	36	5.166
	OSPEDALE DI VENERE - BARI (TRIGGIANO)	4.990		4.990
	OSPEDALE DELLA MURCIA FABIO PERINEI - ALTAMURA	1.607	11	1.618
	OSPEDALE MONOPOLI	418		418
BAT		4.777	362	5.139
	OSPEDALE BISCEGLIE (TRANI)	3.506		3.506
	OSPEDALE BARLETTA	1.211	362	1.573
	OSPEDALE L. BONOMO - ANDRIA (CANOSA)	60		60
BRINDISI		5.582	1.086	6.668
	OSPEDALE PERRINO - BRINDISI (MESAGNE-SAN PIETRO V.CO)	3.174	951	4.125
	OSPEDALE OSTUNI (FASANO)	1.989	48	2.037
	OSPEDALE FRANCAVILLA FONTANA	419	87	506
FOGGIA		9.223	1.751	10.974
	EE CASA SOLLIEVO - SAN GIOVANNI ROTONDO	9.036	1.330	10.366
	OSPEDALE TERESA MASSELLI - SAN SEVERO (LUCERA)	1	386	387
	CASA DI CURA PROF. BRODETTI S.R.L.	186	35	221
LECCE		12.915	2.792	15.707
	EE CARDINALE PANICO - TRICASE	9.559	55	9.614
	OSPEDALE VITO FAZZI - LECCE (SAN CESARIO)	1.727	1.466	3.193
	OSPEDALE SACRO CUORE DI GESU - GALLIPOLI	322	732	1.054
	OSPEDALE CATERINA NOVELLA - GALATINA	538	152	690
	OSPEDALE CASARANO	257	382	639
	POLIAMBULATORIO - CASARANO	203		203
	POLIAMBULATORIO - NARDO'	148		148
	OSPEDALE COPERTINO	124	5	129
	POLIAMBULATORIO - GAGLIANO DEL CAPO	37		37
TARANTO		11.696	790	12.486
	OSPEDALE SS. ANNUNZIATA - TARANTO (MOSCATI)	7.778	570	8.348
	OSPEDALE CASTELLANETA	2.222	130	2.352
	CASA DI CURA VILLA VERDE S.N.C.	721		721
	OSPEDALE CIVILE - MARTINA FRANCA	678		678
	OSPEDALE M.GIANNUZZI - MANDURIA	297	90	387
REGIONE	TOTALE	105.478	8.036	113.514

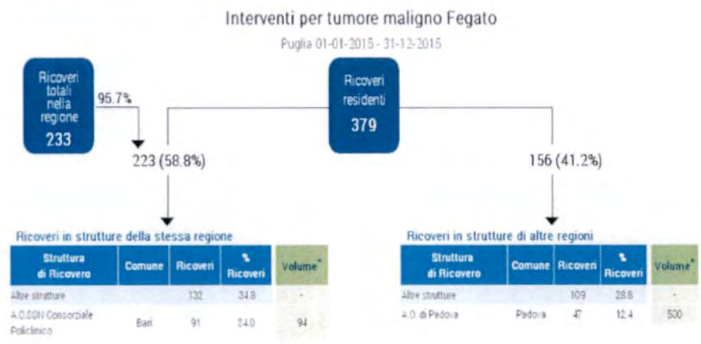
Emerge una esigenza improcrastinabile di ridefinire il modello di offerta assistenziale, disegnando percorsi in grado di orientare i pazienti, qualificando i punti di erogazione in termini di efficacia ma garantendo allo stesso tempo l'equità di accesso alle cure, anche per contrastare il fenomeno della mobilità passiva extraregionale, particolarmente elevato per alcune patologie, come si vede dai grafici che si riportano di seguito, sempre tratti dal PNE e relativi all'anno 2015.

Nonostante la presenza di numerosi centri che eseguono interventi per la mammella, la mobilità passiva è pari al 15% dei casi; è pari al 22% dei casi la mobilità passiva per gli interventi per il tumore del polmone e ben 4 pazienti pugliesi su 10 scelgono una struttura fuori regione quando ricevono una diagnosi di neoplasia del fegato, patologia per altro con incidenza in eccesso nella nostra regione e in particolare nel territorio del nord barese e della BT.

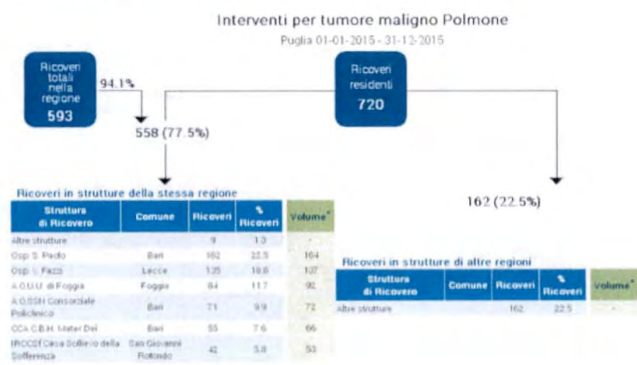
Grafico 10 - Numero di ricoveri in regione e fuori regioni per sedi tumorali, Anno 2015 fonte PNE



*Volume totale di ricoveri nella struttura per l'indicatore in studio



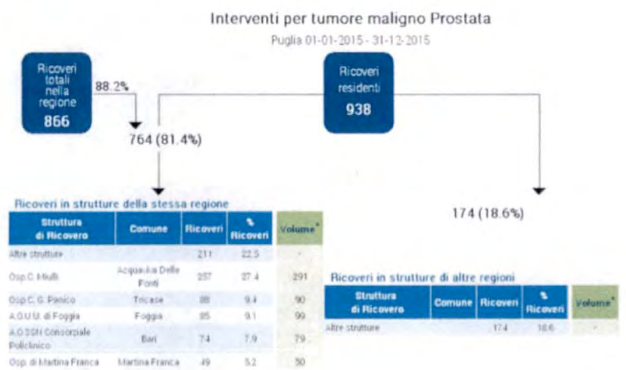
*Volume totale di ricoveri nella struttura per l'indicatore in studio



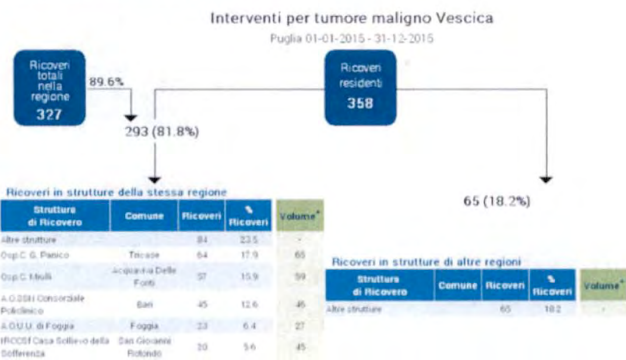
*Volume totale di ricoveri nella struttura per l'indicatore in studio



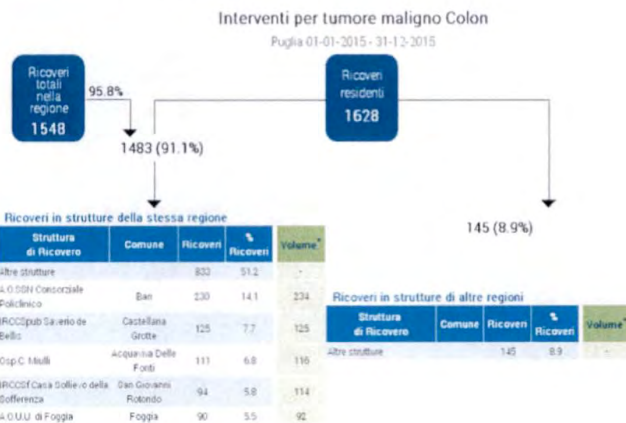
Grafico 10 – Numero di ricoveri in regione e fuori regioni per sedi tumorali, Anno 2015 fonte PNE



*Volume totale di ricoveri nella struttura per l'indicatore in studio



*Volume totale di ricoveri nella struttura per l'indicatore in studio



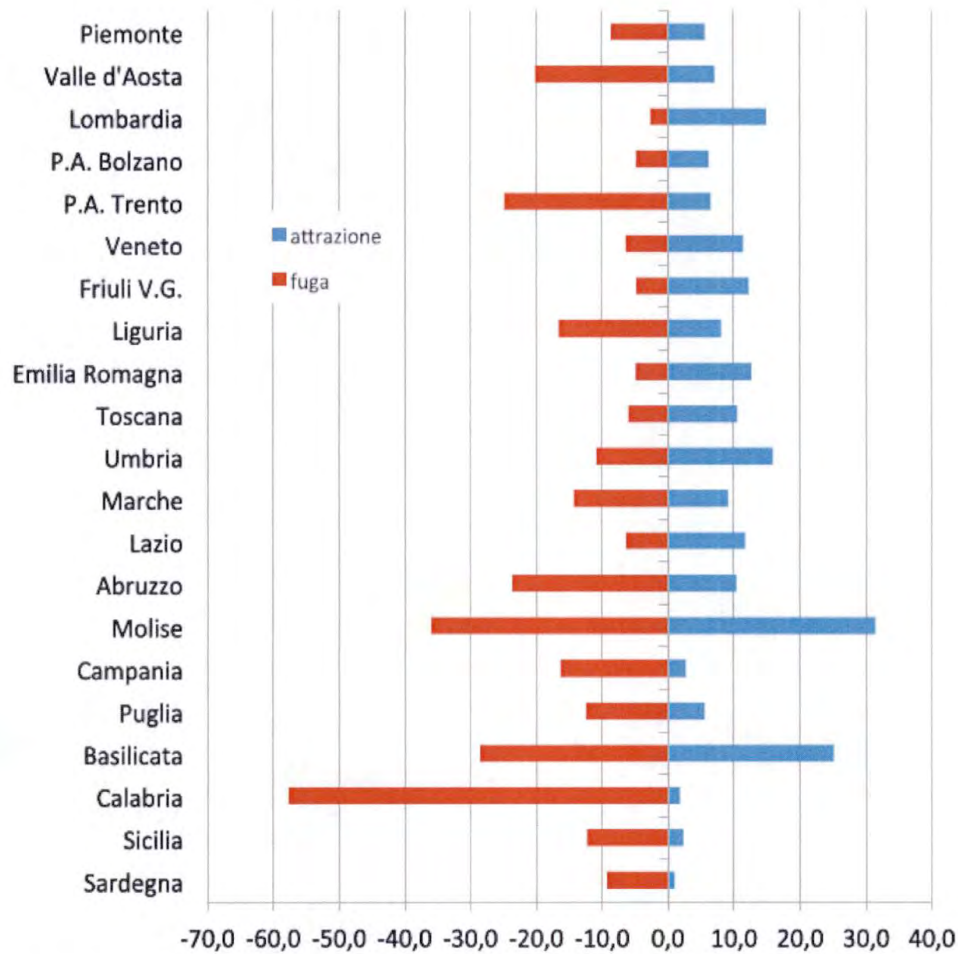
*Volume totale di ricoveri nella struttura per l'indicatore in studio



Rete Oncologica Pugliese

Il Ministero della Salute ha fornito con il Rapporto SDO 2015 il dato di mobilità attiva e passiva per i pazienti con tumore nell'anno 2014 per regione:

Grafico 11 - Mobilità ospedaliera (attiva e passiva) per tutti i tumori, ricoveri ordinari, anno 2014, fonte Rapporto SDO 2015 Ministero Salute



La Puglia mostra la mobilità passiva più bassa tra le regioni meridionali, con l'eccezione delle isole, e la mobilità attiva più alta, dopo la Basilicata.

I ricoveri effettuati dai pazienti oncologici nel 2015 sono stati pari a 5.564, il 9,5% del totale della mobilità passiva extraregionale.

Rispetto ai ricoveri oncologici effettuati in Puglia nello stesso anno, i ricoveri oncologici effettuati fuori Regione rappresentano il 12,5%.



Rete Oncologica Pugliese

Tabella 16 - Ricoveri per provincia di residenza dei pazienti neoplastici in Puglia e fuori regione (valori assoluti e %), Anno 2015 fonte Edotto- elab. AREs Puglia

Num Ricoveri	Provincia di residenza						Totale
	FG	BA	TA	BR	LE	BT	
Fuori Puglia	1.117	1.086	922	565	1.392	482	5.564
In Puglia	7.469	10.608	5.358	3.534	8.857	3.070	38.896
Totale	8.586	11.694	6.280	4.099	10.249	3.552	44.460
% Ricoveri	Provincia di residenza						Totale
	FG	BA	TA	BR	LE	BT	
Fuori Puglia	13,01%	9,29%	14,68%	13,78%	13,58%	13,57%	12,51%
In Puglia	86,99%	90,71%	85,32%	86,22%	86,42%	86,43%	87,49%
Totale	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

La percentuale di ricoveri in mobilità più elevata si registra in provincia di Taranto, seguita dalla provincia di Brindisi, la più bassa in provincia di Bari.

Complessivamente, il 32% dei ricoveri oncologici fuori regione viene eseguito in Lombardia, cui segue il Lazio (15%) e l'Emilia Romagna. Va osservato che i pazienti residenti nelle province di Bari e Taranto scelgono, come seconda regione di elezione, la Basilicata.

Tabella 17 - Ricoveri per provincia di residenza dei pazienti neoplastici in Puglia per regione di destinazione, Anno 2015 fonte Edotto- elab. AREs Puglia

REGIONE	Provincia di Residenza												Totale	
	FG	%	BA	%	TA	%	BR	%	LE	%	BT	%		%
PIEMONTE	30	3%	23	2%	30	3%	13	2%	21	2%	15	3%	132	2%
VALLE D'AOSTA	-	0%	-	0%	1	0%	-	0%	-	0%	1	0%	2	0%
LOMBARDIA	263	24%	346	32%	237	26%	207	37%	552	40%	159	33%	1.764	32%
PROV. AUT. BOLZANO	-	0%	3	0%	-	0%	-	0%	-	0%	-	0%	3	0%
PROV. AUT. TRENTO	3	0%	2	0%	-	0%	-	0%	-	0%	1	0%	6	0%
VENETO	48	4%	119	11%	99	11%	69	12%	160	11%	25	5%	520	9%
FRIULI V. GIULIA	9	1%	20	2%	8	1%	11	2%	18	1%	2	0%	68	1%
LIGURIA	5	0%	13	1%	15	2%	5	1%	13	1%	2	0%	53	1%
EMILIA ROMAGNA	136	12%	110	10%	120	13%	77	14%	199	14%	47	10%	689	12%
TOSCANA	16	1%	80	7%	43	5%	33	6%	76	5%	12	2%	260	5%
UMBRIA	1	0%	2	0%	11	1%	4	1%	4	0%	1	0%	23	0%
MARCHE	31	3%	9	1%	11	1%	9	2%	14	1%	9	2%	83	1%
LAZIO	157	14%	130	12%	145	16%	83	15%	220	16%	84	17%	819	15%
OSPEDALE BAMBIN GESU'	12	1%	25	2%	25	3%	32	6%	55	4%	12	2%	161	3%
ABRUZZO	81	7%	10	1%	7	1%	5	1%	7	1%	9	2%	119	2%
MOLISE	150	13%	8	1%	2	0%	1	0%	4	0%	4	1%	169	3%
CAMPANIA	51	5%	37	3%	12	1%	2	0%	18	1%	33	7%	151	3%
BASILICATA	120	11%	131	12%	148	16%	10	2%	19	1%	64	13%	492	9%
CALABRIA	-	0%	12	1%	5	1%	2	0%	13	1%	1	0%	33	1%
SICILIA	4	0%	6	1%	3	0%	2	0%	1	0%	-	0%	16	0%
SARDEGNA	-	0%	-	0%	-	0%	-	0%	-	0%	1	0%	1	0%
TOTALI	1.117	100%	1.086	100%	922	100%	565	100%	1.392	100%	482	100%	5.564	100%

Rete Oncologica Pugliese

4.2 LA DOTAZIONE TECNOLOGICA PER LA MEDICINA NUCLEARE

Tab. 18 - Sistemi PET/TC presenti in Regione Puglia (strutture pubbliche e private)_distribuzione per Provincia

Provincia	Azienda	Struttura di allocazione	CODICE CND	Numero
ASL FG	EE Casa sollievo della sofferenza	OSPEDALE CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	Z11020301-SISTEMI TAC/PET	1
ASL FG	Azienda Ospedaliera'Ospedali Riuniti'	AO UNIV. 'OO RR FOGGIA'	Z11020301-SISTEMI TAC/PET	1
ASL BT	ASL BT	OSPEDALE BARLETTA - 'MONS. R. DIMICCOLI'	Z11020301-SISTEMI TAC/PET	1
ASL BA	AO Univ Consorziale Policlinico di Bari	CONSORZIALE POLICLINICO BARI	Z11020301-SISTEMI TAC/PET	3
ASL BR	ASL BR	OSPEDALE PERRINO BRINDISI	Z11020301-SISTEMI TAC/PET	1
ASL TA	ASL TA	OSPEDALE SS ANNUNZIATA - TARANTO	Z11020301-SISTEMI TAC/PET	1
ASL LE	ASL LE	OSPEDALE LECCÉ 'V FAZZI'	Z11020301-SISTEMI TAC/PET	1
ASL LE	ASL LE	CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE CALABRESE DI G. CALABRESE E C. SAS	Z11020301-SISTEMI TAC/PET	1
totale				10

Z11020301 SISTEMI TAC/PET

Sistemi per diagnostica per immagini costituiti da una tac ed una pet camera integrate. Consentono l'acquisizione contemporanea di immagini nelle due modalità sia in modo separato che combinato. Le immagini così raccolte vengono memorizzate in quanto localizzano anatomicamente e con precisione la distribuzione del radiofarmaco. Tali tipi di immagini vengono spesso correlate e collegate ad altri sistemi di trattamento radioterapico o tps (treatment planning system).

Tab. 19 - Sistemi TAC/GAMMA CAMERA presenti in Regione Puglia (strutture pubbliche e private) distribuzione per Provincia

Provincia	Azienda	Struttura di allocazione	CODICE CND	Numero
ASL FG	OSPEDALE CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	OSPEDALE CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	Z11020201-SISTEMI TAC/GAMMA CAMERA	1
ASL BA	AO Univ Consorziale Policlinico di Bari	CONSORZIALE POLICLINICO BARI	Z11020201-SISTEMI TAC/GAMMA CAMERA	3
ASL BR	ASL BR	OSPEDALE PERRINO BRINDISI	Z11020201-SISTEMI TAC/GAMMA CAMERA	1
ASL TA	ASL TA	OSPEDALE SS ANNUNZIATA - TARANTO	Z11020201-SISTEMI TAC/GAMMA CAMERA	1
ASL LE	ASL LE	OSPEDALE GENERALE PROV. CARD. G. PANICO	Z11020201-SISTEMI TAC/GAMMA CAMERA	1
totale				7

Z11020201 SISTEMI TAC/GAMMA CAMERA

Sistemi per diagnostica per immagini costituiti da una tac ed una spect/gamma camera integrate. Consentono l'acquisizione contemporanea di immagini nelle due modalità sia in modo separato che combinato. Le immagini così raccolte vengono memorizzate in quanto localizzano anatomicamente e con precisione la distribuzione del radiofarmaco. Tali tipi di immagini vengono spesso correlate e collegate ad altri sistemi di trattamento radioterapico o tps (treatment planning system).

Sono tecnologie utilizzate in medicina nucleare per l'acquisizione delle immagini scintigrafiche. Queste ultime rappresentano visivamente la distribuzione nel corpo umano della radioattività emessa dai radiofarmaci iniettati nel paziente a scopo diagnostico o terapeutico.

Il bisogno in termini di prestazioni PET e SPET espresso dai pazienti residenti in Puglia si aggira intorno alle 18.000 e 11.000 prestazioni l'anno rispettivamente. A fronte di un indice di attrazione pari a circa il 4%, le fughe registrate per prestazioni PET (anno 2013) sono pari al 17% e, come osservato nel corso di altre analisi, sono indipendenti dall'incremento dell'offerta in Regione. Per le prestazioni SPET l'indice di fuga registrato (anno 2013) è pari al 7%, l'indice di attrazione, del 2%. La Spesa per prestazioni PET e SPET in mobilità passiva nel 2013 è stata di 3.329.226,19 € e 141.382,65 € rispettivamente.

In appendice sono riportate alcune tabelle di dettaglio.

4.3 LA DOTAZIONE TECNOLOGICA PER LA RADIOTERAPIA ONCOLOGICA

Tab. 20 - Acceleratori lineari presenti in Regione Puglia (strutture pubbliche e private) distribuzione per Provincia

Provincia	Azienda	Struttura di allocazione	CODICE CND	Numero
ASL FG	Azienda Ospedaliera 'Ospedali Riuniti'	AO UNIV. 'OO RR FOGGIA'	Z11010102-ACCELERATORI LINEARI AD ENERGIA MEDIA E MULTIPLA	2
			Z11010102-ACCELERATORI LINEARI AD ENERGIA MEDIA E MULTIPLA	1
ASL FG	OSPEDALE CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	OSPEDALE CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	Z11010102-ACCELERATORI LINEARI AD ENERGIA MEDIA E MULTIPLA	1
			Z11010103-ACCELERATORI LINEARI AD ENERGIA ALTA E MULTIPLA	1
ASL BT	ASL BT	OSPEDALE BARLETTA - 'MONS. R. DI MICCOLI'	Z11010103-ACCELERATORI LINEARI AD ENERGIA ALTA E MULTIPLA	2
ASL BA	ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II	ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II	Z11010103-ACCELERATORI LINEARI AD ENERGIA ALTA E MULTIPLA	2
ASL BA	AO Univ Consorziale Policlinico di Bari	CONSORZIALE POLICLINICO BARI	Z11010102-ACCELERATORI LINEARI AD ENERGIA MEDIA E MULTIPLA	2
ASL BA	ASL BA	C. B. H. MATER DEI HOSPITAL	Z11010101-ACCELERATORI LINEARI AD ENERGIA SINGOLA	1
ASL BR	ASL BR	OSPEDALE PERRINO BRINDISI	Z11010101-ACCELERATORI LINEARI AD ENERGIA SINGOLA	1
			Z11010102-ACCELERATORI LINEARI AD ENERGIA MEDIA E MULTIPLA	1
ASL TA	ASL TA	OSPEDALE SS ANNUNZIATA - TARANTO	Z11010102-ACCELERATORI LINEARI AD ENERGIA MEDIA E MULTIPLA	2
ASL LE	ASL LE	CASA DI CURA CITTA DI LECCE	Z11010102-ACCELERATORI LINEARI AD ENERGIA MEDIA E MULTIPLA	2
ASL LE	ASL LE	OSPEDALE LECCE 'V FAZZI'	Z11010102-ACCELERATORI LINEARI AD ENERGIA MEDIA E MULTIPLA	1
			Z11010103-ACCELERATORI LINEARI AD ENERGIA ALTA E MULTIPLA	1
totale				20

Z11010101 ACCELERATORI LINEARI AD ENERGIA SINGOLA

Irradiano un fascio di particelle (protoni) ad energia singola nominale solitamente da 6 Mev. I protoni sono accelerati e generati per mezzo di cannoni termoionici, fotoiniettori o altri mezzi. Tali sistemi rendono disponibile un'emissione uniforme e modulata in intensità a fini radioterapeutici. Il fascio può colpire l'area interessata direttamente o attraverso opportuni collimatori sagomati.

Z11010102 ACCELERATORI LINEARI AD ENERGIA MEDIA E MULTIPLA

Acceleratori lineari che irradiano un fascio di particelle (ad esempio protoni, elettroni, etc.) ad energia multipla nominale massima inferiore o uguale a 15 Mev. I protoni sono accelerati e generati per mezzo di cannoni termoionici, fotoiniettori o altri mezzi. Tali sistemi rendono disponibile un'emissione uniforme e modulata in intensità a fini radioterapeutici. Il fascio può colpire l'area interessata direttamente o attraverso opportuni collimatori sagomati.

Z11010103 ACCELERATORI LINEARI AD ENERGIA ALTA E MULTIPLA

Acceleratori lineari che irradiano un fascio di particelle (ad esempio protoni, elettroni, etc.) ad energia multipla nominale massima superiore a 15 Mev (arrivano anche a valori di 50 Mev o 1 Gev). I protoni sono accelerati e generati per mezzo di cannoni termoionici, fotoiniettori o altri mezzi. Tali sistemi rendono disponibile un'emissione uniforme e modulata in intensità a fini radioterapeutici. Il fascio può colpire l'area interessata direttamente o attraverso opportuni collimatori sagomati.

Il bisogno in termini di radioterapia oncologica espresso dai pazienti residenti in Puglia si aggira intorno ai 2.300 ricoveri e alle 280.000 prestazioni l'anno.

I soggetti residenti che nel 2015 sono andati incontro ad un trattamento radioterapico in regime ambulatoriale in Regione sono circa 9.000, in regime di ricovero poco più di 800 e circa un centinaio di pazienti ha subito un trattamento radioterapico in Regione in entrambi i setting.

Una quota di soggetti residenti trova riscontro alla propria domanda fuori regione per una spesa in termini di mobilità passiva per radioterapia quantificabile intorno ai 6.000.000,00 di euro circa, comprendendo ricoveri e prestazioni specialistiche (6.072.066,57 € nel 2013).

In appendice sono riportate alcune tabelle di dettaglio.

L'esigenza primaria di prossimità delle cure oncologiche, l'opportunità di garantire una presa in carico integrata del paziente neoplastico, le correnti conoscenze e prassi di gestione del paziente neoplastico, la necessità di garantire al cittadino una qualità di prestazioni ottimale ed omogenea sull'intero territorio regionale e le buone pratiche in tal senso maturate in altre Regioni, richiedono la costituzione di una Rete Regionale, che integri risorse e modalità assistenziali tipiche dell'ospedale e quelle del territorio.

AReS Puglia – Agenzia Regionale Sanitaria



5. IL MODELLO DELLA RETE ONCOLOGICA PUGLIESE

5.1 I PRINCIPI ORGANIZZATIVI E DI FUNZIONAMENTO

Il Piano Regionale di Salute 2006-2008, allegato alla L.R. 23/2008, proponeva l'istituzione di una **RETE ONCOLOGICA PUGLIESE (ROP)** destinata a configurarsi come un sistema di gestione globale di servizi/prestazioni in ambito oncologico.

Il progetto organizzativo della Rete Oncologica prevedeva la massima razionalizzazione dei percorsi, ispirata al principio della presa in carico globale e continua del paziente, assegnando i seguenti obiettivi:

ottimizzare la prevenzione primaria e secondaria, nonché il percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale del paziente;

razionalizzare l'impiego di risorse umane e materiali in ambito sanitario;

superare la frammentarietà e la disomogeneità delle prestazioni sanitarie in ambito oncologico tramite la condivisione di protocolli all'interno della Rete e l'affidamento del paziente al nucleo operativo più appropriato e più vicino in funzione della fase della malattia.

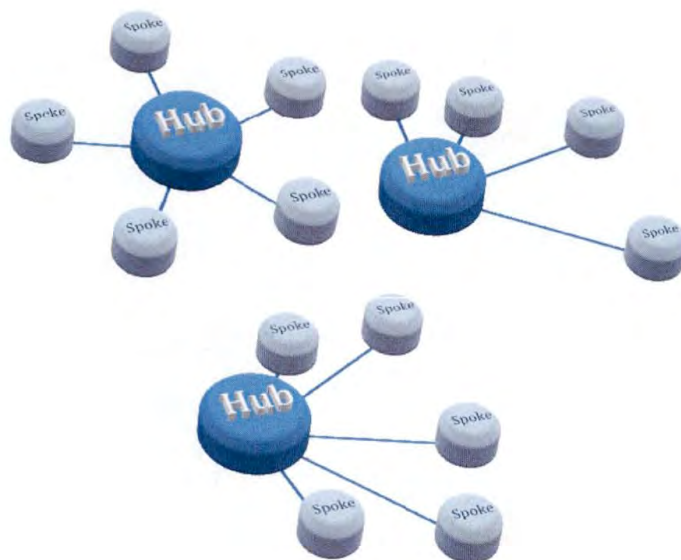
Il 30 ottobre 2014 è stata sancita l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8 comma 6 della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo e le Province Autonome di Trento e Bolzano, concernente il "Documento Tecnico di indirizzo per ridurre il *burden* del cancro - Anni 2014-2016, che recepisce il documento "Guida per la costituzione di reti oncologiche regionali", come strumento di riferimento nella programmazione ed attuazione delle reti oncologiche.

In particolare, vengono identificate due componenti principali quali presupposti gestionali nella costituzione della Rete Oncologica:

- l'approccio multidisciplinare con integrazione delle differenti modalità (chirurgia, oncologia medica, radioterapia oncologica, cure palliative, scienze infermieristiche, psico-oncologia, ecc.) in un *disease management team* formalmente costituito. Tali team dovrebbero essere tumore-specifici, come avviene in maniera strutturata nelle Breast Units;
- l'accessibilità a strumenti di prevenzione e cure di qualità per tutti i pazienti residenti in una certa area geografica (corrispondente alla regione amministrativa o a una sua parte) che comporta la necessità di una adeguata integrazione funzionale.

Vengono quindi proposti alcuni modelli organizzativi, identificando nel **Comprehensive Cancer Care Network (CCCN)** il modello da privilegiare in quanto potenzialmente in grado di rendere il sistema capace di una più razionale pianificazione sia di breve che di medio-lungo periodo. Tale modello è considerato inoltre capace di aumentare l'efficacia e l'efficienza in quanto tende ad evitare le duplicazioni e permette reingegnerizzazioni secondo modelli *cost-effective*.

Figura 1 - Il modello di rete Hub & Spokes



Questo tipo di struttura oncologica si configura come un network gestito da un'autorità centrale che tende ad includere tutte le strutture già presenti sul territorio e a coordinare in modo efficiente il loro ambito di competenza: dalla prevenzione, alla cura alla riabilitazione del paziente oncologico. Valore aggiunto è la possibilità di garantire al malato un'assistenza eccellente e di prossimità, poiché si andrebbero a utilizzare le strutture già presenti sul territorio che verrebbero valorizzate, migliorate e rese ancor più specializzate.

La ROP si mantiene efficace, integrata, sostenibile e evolvibile attraverso:

- l'adozione condivisa di linee-guida, strategie di prevenzione e percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) tecnico-professionali che siano obbligatori per i professionisti delle diverse strutture;
- l'introduzione e l'uso ottimale e appropriato di tecnologie avanzate, anche costose e purché pienamente impiegate e con efficacia provata;
- la selezione all'interno del network delle strutture più idonee a trattare in via esclusiva o prevalente tutti quei tumori (anche rari e complessi) per i quali sia documentata la correlazione tra alto numero di casi trattati e alta qualità degli esiti e della sicurezza delle cure;
- la selezione all'interno del network delle strutture di eccellenza cui delegare in via esclusiva o prevalente la gestione dei farmaci e delle procedure ad alto investimento e ad alto costo di gestione;
- l'uniformità e l'equità di accesso alla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e al sostegno assistenziale;
- la promozione e il sostegno a iniziative di residenzialità a favore delle famiglie in trasferta per cure specialistiche all'interno della Regione ma lontane dal proprio domicilio, anche con la collaborazione con associazioni di volontariato ed enti locali;

Rete Oncologica Pugliese

- la promozione e l'obbligatorietà di soluzioni tecnico-logistiche comuni volte a sfruttare economie di scala e le migliori opportunità offerte dal mercato delle forniture sanitarie;
- l'adozione vasta e sistematica di soluzioni di telemedicina allo scopo di garantire al paziente la più adeguata permanenza al proprio domicilio e la contestuale tenuta in carico a distanza da parte del prestatore di cure;
- il dialogo continuo e biunivoco tra sistema di prevenzione e cura consolidate e sistema della ricerca medica al fine di garantire una continua evoluzione della rete sulla scorta delle nuove opportunità che la scienza offre.

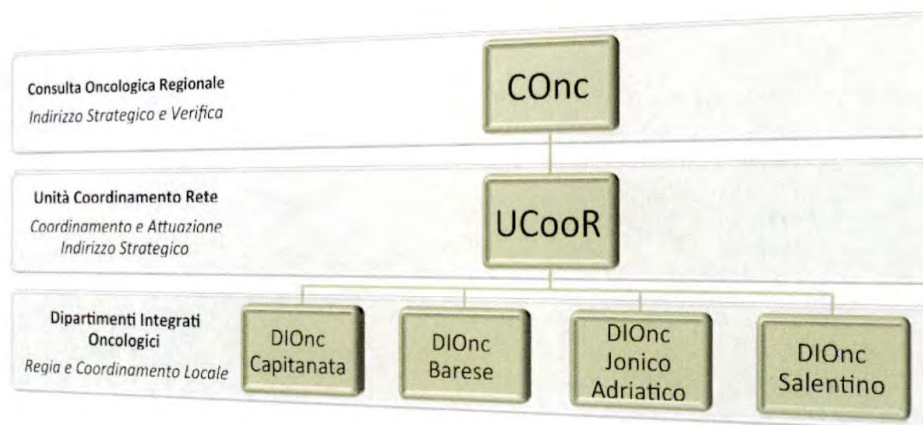
Alla luce di tali indicazioni, il processo di riorganizzazione si deve confrontare con le seguenti esigenze ineludibili, analiticamente individuate:

- gli obiettivi di qualità sono realistici solo se il network è in grado di gestire una massa critica di pazienti: occorre pertanto orientare e indirizzare i pazienti verso percorsi di cura affidabili e sicuri;
- le risorse vanno allocate in modo selettivo con decisioni condivise nel sistema e con il coinvolgimento dei professionisti nel processo decisionale, facendo in modo che le decisioni siano "assunte responsabilmente" da tutti con la preponderante ispirazione del miglioramento della qualità delle cure e della sostenibilità dei provvedimenti assunti;
- l'integrazione diventa effettiva e piena, oltre che tra strutture ospedaliere, anche con il mondo delle cure "territoriali", attraverso l'identificazione di percorsi trasversali e il coinvolgimento di tutti gli attori del sistema (cure primarie, prevenzione primaria e secondaria, assistenza domiciliare, ecc.);
- gli *outcome* della ROP non sono la sommatoria degli *outcome* dell'operato delle singole strutture, ma i risultati intermedi di più alti *outcome* sull'intera popolazione regionale, da monitorare e valutare con adeguato sistema di indicatori di esito e di processo;
- gli attori della ROP sono tutti i soggetti, privati o pubblici, pazienti e professionisti, profit e volontariato che, a qualunque titolo, portano valore al mantenimento e all'evoluzione della Rete e saranno legati da vincoli di *partnership* ed *empowerment*.

5.2 L'ARTICOLAZIONE DELLA RETE E IL MODELLO DI FUNZIONAMENTO

Alla luce di queste indicazioni, la Regione Puglia adotta il progetto sperimentale di Rete Oncologica Pugliese, la cui articolazione è sintetizzata in figura 2 e descritta nelle pagine che seguono. Il progetto di Rete sarà implementato attraverso le opportune connessioni funzionali con il sistema degli screening oncologici a valle del processo di rifunionalizzazione del modello organizzativo di questi ultimi.

Figura 2 - L'articolazione di Rete



CONSULTA ONCOLOGICA REGIONALE con compiti di indirizzo strategico e di verifica, costituita da:

- Assessore regionale per le politiche della Salute che la presiede;
- un rappresentante designato dalla Conferenza per la programmazione socio-sanitaria;
- un rappresentante designato dal Consiglio Sanitario Regionale della Puglia;
- il Direttore del Dipartimento Promozione della Salute;
- il Direttore Generale dell'AReS Puglia;
- Il Rettore dell'Università degli Studi di Bari;
- Il Rettore dell'Università degli Studi di Foggia;
- un rappresentante designato da ciascuna delle Società Scientifiche operanti in Puglia impegnate in oncologia;
- un rappresentante dei medici di famiglia (MMG) e un rappresentante dei pediatri di famiglia (PLS);
- un referente per i distretti socio-sanitari;
- due rappresentanti designati dalle Associazione di volontariato operante in campo oncologico.

La Consulta si riunisce presso l'IRCCS Oncologico di Bari, che garantisce le funzioni di segreteria. Elabora annualmente gli obiettivi strategici della rete e valuta la corretta esecuzione dei piani e programmi affidati all'Unità di coordinamento Rete.

La designazione dei rappresentanti delle Associazioni avverrà per il tramite di una procedura di selezione di curriculum che potranno essere inviati dalle associazioni interessate, purché in possesso dei seguenti requisiti:

- Iscrizione al registro regionale delle associazioni di volontariato

AReS Puglia – Agenzia Regionale Sanitaria



Rete Oncologica Pugliese

- o Rappresentatività regionale

I candidati, nella formulazione del curriculum, dovranno evidenziare l'assenza di conflitti di interesse e di rapporti di lavoro con le aziende ed enti del SSR.

La procedura di selezione e l'individuazione dei rappresentanti delle associazioni sarà effettuata dal Dipartimento Promozione della Salute, benessere sociale e sport per tutti e dall'AReS.

UNITA' DI COORDINAMENTO DELLA RETE (UCooR) cui compete il coordinamento e la gestione operativa delle attività e delle risorse finanziarie specificamente attribuite dalla Consulta Oncologica Regionale e che ha sede presso l'IRCCS Oncologico di Bari Giovanni Paolo II, già individuato dalla Regione come "Centro di Riferimento Oncologico Regionale".

L'Unità di Coordinamento della Rete è composta da:

- o il Direttore Generale dell'IRCCS Oncologico, che ne è il Presidente;
- o i Direttori Generali delle Aziende sanitarie pubbliche e private equiparate;
- o i coordinatori operativi dei dipartimenti integrati di oncologia;
- o un rappresentante della Rete Ematologica Pugliese;
- o un rappresentante dell'AReS, in qualità di referente del Registro Tumori Puglia;
- o un rappresentante dell'AReS Puglia, in qualità di esperto di Health Technology Assessment;
- o un rappresentante del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere e dello Sport per tutti;

Ai componenti dell'Unità di Coordinamento Rete non spetta alcun compenso.

Il Presidente dell'Unità di Coordinamento Rete ha le seguenti funzioni:

- o convoca e presiede l'Unità di Coordinamento Rete;
- o è responsabile dell'esecuzione delle decisioni adottate dall'Unità di Coordinamento Rete;

L'Unità di Coordinamento di Rete si avvale, per il monitoraggio esecutivo delle decisioni assunte dall'Unità, di un Coordinatore Operativo, nominato dal Presidente dell'Unità di Coordinamento Rete, su designazione dei componenti dell'Unità di coordinamento Rete, con maggioranza qualificata, e dura in carica tre anni, rinnovabili. I rappresentanti di AReS e del Dipartimento Promozione della Salute hanno funzioni di supporto tecnico-scientifico e amministrativo e non hanno diritto di voto.

L'Unità di Coordinamento di Rete elabora, sulla base degli indirizzi impartiti dalla Consulta Oncologica Regionale:

- o Le attività di Rete: definizione di linee guida, PDTA, sistema di monitoraggio e verifica, definizione dei requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici delle articolazioni della rete, controlli di qualità; coordinamento delle attività dei dipartimenti integrati di oncologia, attraverso la verifica delle attività realizzate e l'approvazione dei piani e programmi annuali.
- o I programmi trasversali di Rete: si tratta delle attività di rete che garantiscono l'infrastrutturazione e il funzionamento della Rete, in maniera omogenea e standardizzata a livello regionale (approvazione programmi di investimento).

Rete Oncologica Pugliese

strutturale, infrastrutturale e tecnologico, formazione, definizione del sistema informativo di Rete, informazione e comunicazione, ecc.).

- o I progetti sperimentali di Rete: si tratta di iniziative a carattere innovativo e di ricerca che risultano di interesse prioritario regionale (che possono riguardare tecnologie, farmaci, dispositivi, modalità organizzativo-gestionali ecc.) e che possono essere attivati in via sperimentale anche da uno o più dipartimenti integrati. L'Unità di coordinamento di Rete promuove e coordina iniziative di ricerca all'interno della Rete, propone e/o valuta iniziative finalizzate al finanziamento della ricerca, orientandone l'utilizzo dei fondi e assicurando il trasferimento operativo dei risultati quando appropriato; coordina la partecipazione a bandi di finanziamento per ricerche in campo oncologico.

L'Unità di Coordinamento di Rete promuove la conoscenza scientifica attraverso la predisposizione di appositi strumenti per l'accesso alle risorse bibliografiche e alle banche dati biomediche e la diffusione delle buone prassi e delle linee guida istituendo un sito web dedicato agli operatori della Rete e ai cittadini.

Il Coordinatore Operativo dell'Unità di coordinamento Rete è affiancato da un Ufficio di Staff con funzioni di segreteria e di supporto per l'implementazione e il monitoraggio delle attività delle Rete, dei Programmi Trasversali e dei Progetti Sperimentali, la cui composizione è decisa dall'Unità di Coordinamento di Rete e formalizzata dal Presidente dell'Unità di Coordinamento di Rete.

Per lo svolgimento dei propri compiti, l'Unità di coordinamento Rete può attivare Gruppi di Lavoro di valenza regionale su specifici temi: i Gruppi di Lavoro sono composti da tutti o alcuni componenti della Unità di coordinamento Rete, che possono avvalersi anche di esperti esterni, senza oneri aggiuntivi per il bilancio regionale, al netto di eventuali rimborsi spese per missioni.

Per la definizione dei PDTA e delle linee guida l'Unità di Coordinamento Rete raccoglie e sistematizza le proposte dei Gruppi di Patologia Interdisciplinari dei Dipartimenti Integrati di Oncologia.

L'Unità di Coordinamento di Rete si riunisce almeno bimestralmente, salvo la necessità di ulteriori convocazioni per problematiche urgenti, su decisione del Presidente o su richiesta del Coordinatore Operativo o di almeno tre dei componenti.

L'Unità di Coordinamento di Rete sottopone le proprie decisioni, assunte a maggioranza assoluta dei presenti alle riunioni, alla Consulta Oncologica Regionale che ha 15 giorni dall'invio per esprimersi in merito, trascorsi i quali si ritengono approvate.

Una volta approvate dalla Consulta, le decisioni vengono notificate per la conseguente adozione da parte dei Dipartimenti Integrati di Oncologia ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali.

DIPARTIMENTI INTEGRATI DI ONCOLOGIA (DIOnc), che è titolare della regia/coordinamento di tutte le attività oncologiche di area medica, chirurgica, territoriale e sociale che si svolgono nel proprio ambito territoriale e opera sulla base dei piani e programmi formulati dall'Unità di coordinamento Rete.

Svolge attività di indirizzo e supporto nei confronti di tutte le strutture, sia ospedaliere territoriali, alle quali spettano invece le attività che coinvolgono direttamente il paziente.



Rete Oncologica Pugliese

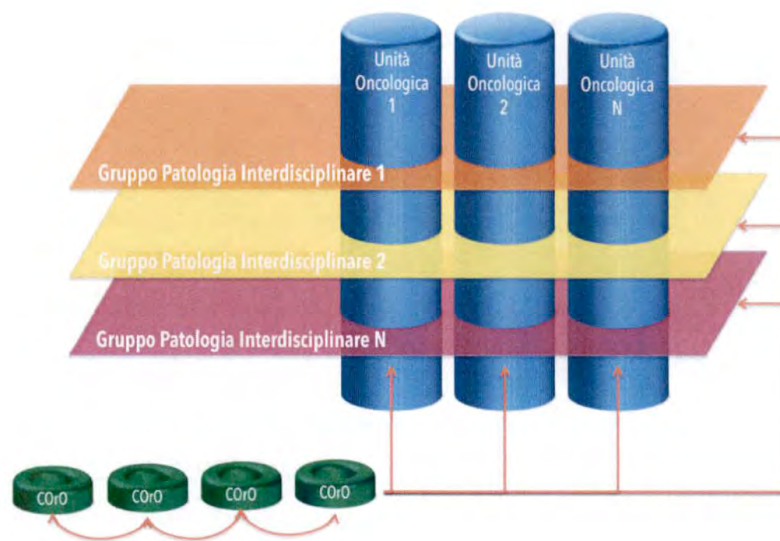
vanno dallo screening alla diagnosi, alla degenza ordinaria o in day hospital, alle prestazioni ambulatoriali, al follow up, alla riabilitazione, alle terapie domiciliari e al supporto socio-sanitario.

Per garantire un'equa e bilanciata ripartizione di risorse e servizi, onde consentire al paziente di trovare la più completa assistenza in un ragionevole ambito demo-geografico, è disposta l'attivazione di un Dipartimento per circa 1 milione di abitanti; conseguentemente è prevista la costituzione di dipartimenti interaziendali, sia di natura funzionale che strutturale.

- Dipartimento Integrato di Oncologia di Capitanata, con sede presso AOU Ospedali Riuniti di Foggia e comprendente anche la ASL di Foggia, la ASL BT e l'Ente Ecclesiastico Casa Solievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo;
- Dipartimento Integrato di Oncologia Barese, con sede presso IRCCS Oncologico Giovanni Paolo II di Bari e comprendente anche l'AOU Policlinico Consorziato di Bari, la ASL di Bari, l'IRCCS De Bellis di Castellana Grotte e l'Ente Ecclesiastico Miulli di Acquaviva delle Fonti;
- Dipartimento Integrato di Oncologia Jonico-Adriatico con sede presso Ospedale Moscati di Statte e comprendente anche la ASL di Taranto e la ASL di Brindisi;
- Dipartimento Integrato di Oncologia Salentino con sede presso Ospedale Vito Fazzi di Lecce e comprendente, oltre la stessa ASL Lecce, anche l'Ente Ecclesiastico Card. Panico di Tricase.

Il Dipartimento si articola in **Unità Oncologiche** con il compito di erogare le prestazioni sanitarie, tenute in coordinamento organizzativo sul singolo caso dai **Gruppi di Patologia Interdisciplinari**, e in **Centri di Orientamento Oncologico (COrO)** con il compito di indirizzare e supportare l'integrazione dei percorsi del paziente oncologico, secondo le modalità operative del *Care Management* (Figura 3).

Figura 3 - Il Dipartimento Integrato Oncologico (DIOnc)



AReS Puglia – Agenzia Regionale Sanitaria



Rete Oncologica Pugliese

Una volta costituito, ciascun Dipartimento individuerà al suo interno le sedi opportune entro cui svolgere le diverse attività previste dai protocolli adottati dall'Unità di Coordinamento Rete, sulla base dei criteri e dei requisiti adottati dalla Unità di Coordinamento Rete stessa.

Presso ciascun Dipartimento è costituito il Consiglio di Dipartimento, così composto:

- il Direttore Sanitario di ogni Azienda Pubblica¹ e Privata equiparata afferente al Dipartimento;
- due rappresentanti designati dai coordinatori dei Gruppi di Patologia afferenti al Dipartimento;
- un rappresentante designato dai Direttori dei distretti socio-sanitari delle ASL dell'area di competenza;
- un rappresentante designato dai direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL dell'area di competenza;
- un rappresentante designato dai Dirigenti Farmacisti delle aziende dell'area di competenza;
- due MMG dell'area territoriale di competenza del Dipartimento nominato dalle sezioni regionali delle Associazioni di Medicina Generale più rappresentative a livello regionale;
- un Pediatra di Libera Scelta dell'area territoriale di competenza del Dipartimento nominato dalla sezione regionale della FIMP;
- un rappresentante designato dai dirigenti delle professioni sanitarie dell'area di competenza;
- un rappresentante della rete di cure palliative;
- un rappresentante del Registro Tumori Puglia designato dai direttori dei registri provinciali dell'area di competenza.

Ai Consigli di Dipartimento è invitato a partecipare, senza diritto di voto, il Coordinatore Operativo dell'Unità di Coordinamento di Rete, o suo delegato. Il Consiglio di Dipartimento è presieduto dal Direttore Sanitario dell'Azienda sede del Dipartimento, che convoca le sedute.

Il Consiglio di Dipartimento si avvale di un Coordinatore Operativo, nominato con atto dirigenziale dal Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti della Regione Puglia e designato dai componenti a maggioranza assoluta: il Coordinatore Operativo dura in carica tre anni, rinnovabili, salvo dimissioni o decadenza decisa dal Consiglio stesso a maggioranza assoluta dei componenti.

La partecipazione al Consiglio di Dipartimento non comporta oneri di spesa a carico della Regione Puglia.

Il ruolo di Coordinatore Operativo del Dipartimento è incompatibile con quello di Direttore Generale e Sanitario delle Aziende Sanitarie Pubbliche e/o Private (equiparate) dell'area territoriale di riferimento del Dipartimento e con il ruolo di Coordinatore Operativo dell'UCooR. Al Coordinatore Operativo si applicano gli istituti contrattuali del direttore di dipartimento ai sensi dell'Art. 27 CCNL 8.6.2000 I biennio economico Area IV, dell'Articolo 29 CCNL 8.6.2000 I biennio economico Area IV, nonché dell'art 17 bis d.lgs. 502/92.

¹ Per Azienda Sanitaria Pubblica si intendono le ASL, le AOU e gli IRCCS pubblici



Refe Oncologica Pugliese

Il Consiglio di Dipartimento esercita le competenze relative alla programmazione organizzativa e finanziaria del Dipartimento. Il Dipartimento opera attraverso:

- le attività di Dipartimento: applicazione di linee guida, PDTA, verifica del rispetto dei requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici delle articolazione della rete, esecuzione dei controlli di qualità;
- i programmi di Dipartimento: si tratta delle attività che garantiscono il funzionamento del Dipartimento, in maniera omogenea e standardizzata a livello provinciale (coordinamento delle attività delle Unità Oncologiche, dei COro e dei GPI, formulazione di proposte per programmi di investimento strutturale, infrastrutturale e tecnologico);
- i progetti di Dipartimento: si tratta della realizzazione delle iniziative a carattere innovativo e di ricerca approvate dall'Unità di Coordinamento di Rete. Il Consiglio di Dipartimento può proporre iniziative di ricerca, anche promuovendo il coinvolgimento di altri Dipartimenti all'Unità di Coordinamento di Rete, e coordina le iniziative di ricerca assegnate dall'Unità di Coordinamento di Rete.

In particolare il Consiglio di Dipartimento ha il compito di:

- elaborare il Programma di Dipartimento, sulla base delle indicazioni elaborate dall'Unità di Coordinamento di rete e verificarne l'attuazione, costituendo ed eventualmente aggiornando i Gruppi di Patologia Integrati;
- garantire l'invio, entro il 30 novembre di ogni anno, della relazione delle attività svolte nell'anno in corso e del relativo consuntivo di spesa, del piano delle attività per l'anno successivo con il relativo preventivo di spesa;
- indirizzare e coordinare tutte le attività oncologiche all'interno del Dipartimento, nell'ambito delle linee di indirizzo formulate dall'Unità di Coordinamento di Rete inerenti a:
 - tecnologie e strutture;
 - promozione, diffusione e applicazione di PDTA e linee guida;
 - controlli di qualità;
 - formazione e aggiornamento operatori;
 - informazione e comunicazione;
 - programmazione e controllo economico;
 - allocazione dei finanziamenti;
 - sistema informativo.

Le decisioni del Consiglio di Dipartimento di cui sopra vengono assunte a maggioranza semplice dei presenti. Il Consiglio di Dipartimento si riunisce con cadenza almeno bimestrale, salvo la necessità di ulteriori convocazioni per problematiche urgenti, su decisione del Coordinatore Operativo o di almeno tre dei componenti.

Il Consiglio di Dipartimento sottopone le proprie decisioni alla Unità di coordinamento Rete che ha 15 giorni dall'invio per esprimersi in merito, trascorsi i quali si ritengono approvate.

Una volta approvate, le decisioni vengono notificate per la conseguente adozione ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali.

Il Consiglio di Dipartimento si avvale di una segreteria e di uno staff tecnico-amministrativo dedicato.



Rete Oncologica Pugliese

UNITA' ONCOLOGICHE, individuate dal DIOnc, sono le erogatrici di prestazioni oncologiche appropriate sul territorio, organizzate a seconda della disciplina di appartenenza e della macroarea funzionale (settore) di pertinenza (prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione).

Le Unità Oncologiche sono rappresentate da:

- Unità Operative Ospedaliere sono collocate negli ospedali di I e II livello della Rete e operano in regime di ricovero ordinario, day hospital ovvero di prestazioni ambulatoriali e day service;
 - Articolazioni operative del Distretto per funzioni di promozione della salute, prevenzione primaria e secondaria, diagnostica di primo livello, assistenza domiciliare (terapia di supporto anche psicologica e cure palliative) e riabilitazione con l'eventuale ausilio delle associazioni di volontariato impegnate nell'assistenza ai pazienti oncologici, attraverso la stipula di specifiche convenzioni;
 - Hospice previsti dalla programmazione regionale.
- **Gruppi di Patologia Interdisciplinari (GPI)**, cui è affidata la gestione diagnostico-terapeutica-assistenziale del paziente in forma integrata, sono costituiti nell'ambito del Dipartimento e hanno compiti operativi di definizione diagnostica, terapia, follow-up e controllo qualitativo delle prestazioni ed è composto dalle seguenti figure professionali, per quanto di competenza: specialista d'organo (medico e chirurgo), oncologo medico, radioterapista oncologo, radiologo, anatomo-patologo, specialisti del Distretto ed un rappresentante del Distretto stesso. Alla guida dei suddetti gruppi di patologia è preposto un coordinatore individuato dal Coordinatore Operativo del Dipartimento, sentito il Consiglio di Dipartimento.

Il Consiglio di Dipartimento individua i GPI sulla base di specifiche risorse e esigenze territoriali, in particolare di natura epidemiologica. In fase di prima applicazione, i primi 5 GPI con i relativi coordinatori sono designati dai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Pubbliche e Private equiparate dell'area di competenza, entro 30 giorni dall'entrata in vigore del Regolamento, al fine di consentire la costituzione dei Consigli di Dipartimento.

Compiti del gruppo di patologia sono:

- prendere in carico il paziente per tutto l'iter diagnostico-terapeutico, il che comporta anche la prescrizione e la prenotazione di esami, e la definizione di uno scadenziario di visite;
- comunicare al Centro di Orientamento Oncologico la presa in carico di un paziente il cui ingresso non è stato registrato direttamente dal Centro di Accoglienza e Servizi;
- assicurare la comunicazione con il paziente e con i suoi familiari, nel rispetto del codice deontologico;
- elaborare, in raccordo con i PDTA sorgenti dell'Unità di Coordinamento Rete, PDTA di area vasta relativi ai percorsi diagnostici, stadiativi, terapeutici e di follow-up dei pazienti, anche sperimentali se approvati;
- attivare degli ambulatori multidisciplinari di patologia per l'inquadramento ed i controlli periodici dei pazienti;

Rete Oncologica Pugliese

- o definire e realizzare percorsi preferenziali di accesso sia al completamento degli accertamenti diagnostici, stadiativi e di controllo, sia alle risorse terapeutiche;
- o eseguire audit sulle scelte terapeutiche effettuate, con riferimento alle linee guida disponibili, elaborate dalla Rete ovvero - in assenza - validate dalla comunità scientifica;
- o valutare i risultati clinici ottenuti in riferimento ai dati di letteratura omogenei per patologia e stadio, con proposta di eventuali azioni correttive da attuare in caso di scostamenti significativi secondo i principi dell'evidence-based medicine.

L'attivazione del GPI nell'ambito dell'assistenza oncologica pugliese comporta l'identificazione di una nuova prestazione a contenuto specialistico, con conseguente aggiornamento del Tariffario regionale.

L'erogazione dei trattamenti, come pure i relativi adempimenti gestionali ed amministrativi, continuano ad essere compito delle esistenti unità operative, in questo supportate dal sistema informativo di Rete, fondato sulla cartella clinica informatizzata del paziente oncologico.

I GPI, attraverso le Unità Operative che li compongono, costituiscono per i COrO la fonte informativa dei percorsi diagnostico-terapeutici di cui la Rete deve tenere traccia e che contribuiscono a definire la base informativa delle strutture di controllo (Unità di Coordinamento Rete, Registro Tumori Puglia).

CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO (COrO)

Il COrO è una nuova struttura operativa collocata nell'ambito del Dipartimento Integrato di Oncologia presso i Servizi Oncologici di ogni azienda afferente e presso i Presidi Territoriali di Assistenza, con compiti di informazione ed accoglienza dei nuovi pazienti oncologici, nonché con compiti amministrativo-gestionali e di supporto al percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale di tutti i pazienti oncologici.

Il COrO ha il compito di informare e accogliere ogni nuovo paziente, residente nel distretto di competenza, che chiede di essere seguito - spontaneamente o su indicazione del MMG/altro specialista - da una delle strutture afferenti alla Rete Regionale assicurandone la presa in carico iniziale ed il mantenimento in carico al termine di ogni ciclo terapeutico e tenere traccia dell'intero percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale. Si fa carico di gestire le problematiche amministrativo-gestionali nonché quelle di supporto al percorso del paziente, garantendone e verificandone la continua "presa in carico" da parte della Rete, in costante dialogo con la medicina di famiglia.

I COrO, tra loro connessi, sono le strutture costituenti la rete informativa della ROP, per cui sono dotati di adeguata strumentazione informatica e telematica.

Il COrO ha i seguenti compiti:

- o informazione sulle modalità di accesso ai servizi e sulle prenotazioni, sulle professionalità disponibili e sui centri specializzati, sui benefici e diritti di legge previsti per il paziente oncologico;
- o accoglienza del paziente indirizzatogli dal medico di medicina generale o da altre strutture;
- o amministrazione e gestione del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale del paziente sotto il profilo amministrativo, incluso:

Refe Oncologica Pugliese

- garantire la continuità assistenziale assicurando che vi sia sempre un soggetto (GPI, servizio, Unità Operativa, medico di medicina generale, ecc.) che abbia in carico il paziente per tipo e durata della prestazione;
- prenotare le prestazioni diagnostiche preliminari previste dal percorso del paziente;
- mantenere i rapporti con gli altri COrO della Rete;
- mantenere i rapporti con il Medico di Medicina Generale con il Medico responsabile delle cure domiciliari distrettuali;
- aprire la Scheda Sintetica Oncologica (SSO) del paziente sulla base del referto di Anatomia Patologica;
- aggiornare le SSO sulla base delle prestazioni erogate e comunicate dai Servizi che le hanno svolte;
- conservare e aggiornare la documentazione informatica e renderla disponibile al Registro Tumori Puglia. Tali informazioni saranno trattate nel rispetto della normativa del garante per l'informazione sulla confidenzialità dei dati;
- supporto al percorso diagnostico-terapeutico, attraverso l'attivazione del GPI specifico in loco e la verifica continua, in stretto rapporto con paziente e servizi, che il percorso sia effettuato ed avvenga secondo le modalità interdisciplinari necessarie.

Per lo svolgimento dei compiti previsti, le figure professionali da garantire all'interno di ciascun COrO sono:

- Oncologo;
- Infermiere;
- Assistente Sociale;
- Psicologo;
- Amministrativo con competenze in elaborazione dati;
- Altro personale volontario.

La presa in carico effettiva del singolo paziente oncologico viene assicurata attraverso l'identificazione di un *care manager* (infermiere) che assume operativamente le funzioni indicate di accompagnamento del paziente lungo tutto il percorso diagnostico-terapeutico, sotto la supervisione del COrO - in collaborazione con il MMG e avvalendosi delle figure professionali di volta in volta necessarie.

Il COrO deve essere sistematicamente informato relativamente a:

- patologie oncologiche accertate rilevate dalle UO di Anatomia Patologica;
- patologie oncologiche sospette rilevate dalle Strutture Organizzative di Pronto Soccorso, di Radiologia o altre strutture diagnostiche;
- avvenuta presa in carico dei pazienti da parte delle Strutture Organizzative che li trattano direttamente.

5.3 PERCORSI DI FUNZIONAMENTO DEL MODELLO ORGANIZZATIVO

Il medico (MMG, specialista ospedaliero o ambulatoriale) che sospetti o diagnostichi una patologia oncologica, indirizza il paziente presso il Centro di Orientamento o, qualora assuma direttamente il compito di orientamento diagnostico-terapeutico, registra il paziente al COrO di competenza.

Rete Oncologica Pugliese

Nel caso il paziente acceda spontaneamente a una delle articolazioni operative della Rete, ne deve essere data immediata comunicazione al suo MMG ed al COro competente per territorio, che provvederà ad attivare le procedure di inquadramento anagrafico e di registrazione del caso.

Al Centro il paziente viene registrato presso un servizio informatizzato di anagrafe oncologica ed è accolto dallo specialista oncologo medico per l'inquadramento del caso.

Lo specialista, a seguito della valutazione clinica, attiverà il percorso ospedaliero ovvero le funzioni di pertinenza del Distretto, attraverso il GPI di riferimento relativo alla patologia del paziente.

Il COro segue il paziente dal momento del primo accesso lungo tutte le successive fasi del percorso assistenziale fino all'eventuale inserimento nell'Hospice, ovvero alla attivazione delle cure domiciliari, coordinandosi con il MMG.

Il COro ha la responsabilità dell'istituzione e aggiornamento della cartella informatizzata del paziente i cui dati confluiscono nel database informatico del Centro, che diventa una fonte di dati del Registro Tumori regionale.

5.4 LA RICERCA E LA SPERIMENTAZIONE: COSTITUZIONE DEL COMITATO DELLA RICERCA IN ONCOLOGIA

I tre principi di *evidence-based policy making* enunciati nel DPCM 21 novembre 2001, attraverso un rigoroso processo di ricerca, valutazione e sintesi delle evidenze scientifiche, classifica le liste di prestazioni rispetto ai principi di efficacia, appropriatezza e rapporto costo/beneficio. Purtroppo, rispetto alle "prestazioni innovative per le quali non sono disponibili sufficienti e definitive evidenze scientifiche di efficacia", la Legge di Stabilità non fornisce alcuna indicazione su come finanziare gli "appositi programmi di sperimentazione". Sarebbero pertanto auspicabili programmi nazionali e regionali di ricerca sull'efficacia comparativa degli interventi sanitari

L'assenza di metodi sistematici per sintetizzare i risultati della ricerca ha ritardato per anni l'introduzione di terapie efficaci e perpetuato l'uso di trattamenti inutili se non addirittura dannosi (Antman EM, et al. JAMA 1992;268:240-8).

Già nel 1972 l'epidemiologo inglese Archibald Cochrane aveva sottolineato la necessità di "organizzare un sistema in grado di rendere disponibili e costantemente aggiornate, revisioni critiche sugli effetti dell'assistenza sanitaria". Tale "Sistema" oggi è costituito dalle revisioni sistematiche della *Cochrane Collaboration*. Il "limite strutturale" dell'*evidence based medicine* era stato già intuito da David Naylor nel 1995 quando firmò su Lancet: "*Grey zones of clinical practice. Some limits to evidence-based medicine*".

Tali principi possono essere estesi anche alla modalità di allocazione di risorse pubbliche per la produzione di attività di ricerca che, in assenza di chiari orientamenti definiti sulla base di solide evidenze, rischia di essere autoreferenziale e di non corrispondere alle reali esigenze di conoscenza in grado di introdurre concreti e misurabili benefici per i pazienti e per il sistema in generale. In tal senso la Programmazione nazionale per la ricerca sanitaria si sta orientando ad individuare nell'Health Technology Assessment lo strumento utile all'individuazione di gap conoscitivi inerenti all'efficacia comparativa delle tecnologie sanitarie con un approccio innovativo al percorso abituale di ricerca ("dal laboratorio al letto del paziente") che diventa "*from the bed to the bench*", nel tentativo di partire dai quesiti non risolti della clinica ed ottimizzare l'utilizzo dell'innovazione scientifica.

Rete Oncologica Pugliese

In campo oncologico, la Regione Puglia dispone oggi di un accurato e completo sistema di sorveglianza, in grado di delineare il profilo epidemiologico della popolazione con riferimento alle malattie tumorali in termini di incidenza, mortalità e sopravvivenza, rappresentato dal Registro Tumori Puglia. D'altro canto, i flussi informativi sanitari correnti sono in grado, opportunamente valorizzati, di restituire la fotografia del modello di offerta dei servizi sanitari, anche in termini di performance e di esito.

La valorizzazione del portato di conoscenza associato a queste risorse da parte di un comitato indipendente e multidisciplinare composto da esperti di alto profilo può consegnare al decisore politico un elenco di quesiti e di raccomandazioni prioritarie che diventano altrettante linee strategiche di ricerca per il miglioramento della qualità della produzione scientifica, collegata al miglioramento delle capacità del sistema di assicurare percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali all'altezza della complessità dei bisogni espressi dai pazienti neoplastici, intercettando le innovazioni scientifiche, tecnologiche e organizzative.

Il Comitato è costituito dai Direttori Scientifici degli IRCCS pubblici e privati della Regione Puglia, da un delegato dell'Università degli Studi di Bari, un delegato dell'Università degli Studi di Foggia, un rappresentante dell'AReS, nonché da rappresentanti degli enti di ricerca operanti in campo oncologico a livello regionale.

Obiettivo e compito del Comitato sarà di delineare le priorità della ricerca in campo oncologico a partire dalla revisione delle evidenze disponibili circa il quadro epidemiologico della popolazione pugliese, nonché dei dati di attività e di performance dei servizi sanitari.

La lista dei quesiti e delle raccomandazioni potrà essere tradotta in altrettante linee di finanziamento per la costruzione di un bando della ricerca finalizzata regionale in campo oncologico che promuova pertanto la produzione di conoscenze orientata alla risoluzione di specifiche criticità locali.

A valle del processo deve essere innescato, da parte del panel, un processo di valutazione dei prodotti della ricerca per valutarne la congruenza con gli obiettivi assegnati e facilitare il trasferimento dei risultati verso la pratica clinica, verso la definizione di modelli organizzativi adeguati, verso la individuazione degli investimenti tecnologici e infrastrutturali appropriati.

Il Comitato avrà anche il compito di elaborare linee guida per realizzare un percorso di sviluppo di capacità/formazione mirato ad acquisire le competenze necessarie alla progettazione, implementazione, e valutazione di iniziative di ricerca finalizzato ad incrementare le capacità di intercettare i finanziamenti disponibili.

Il Comitato opera affiancando sul piano scientifico l'Unità di Coordinamento della Rete nell'espletamento dei suoi compiti.

Al fine di evitare una dispersiva, non focalizzata e occasionale attività da parte del comitato si rende necessario che esso proceda in modo da:

- verificare le *Cochrane reviews* che identificano aree grigie, promuovendo trial adeguati;
- pianificare studi di ricerca qualitativa secondo i principi e le procedure dell'Evidence-based Practice (EBM,EBN,EBP);
- emanare raccomandazioni per la conduzione e la pianificazione dei progetti di ricerca secondo il metodo GRADE.

Parallelamente andrebbe sviluppata una infrastrutturazione del sistema di ricerca fondato sull'implementazione di una Piattaforma della Ricerca in Oncologia, uno spazio virtuale in cui incrociare i fabbisogni di ricerca (in termini di innovazione tecnologica, organizzativa, gestionale, assistenziale) come sopra identificati, con il mondo della ricerca mettendo a disposizione da un lato

AReS Puglia – Agenzia Regionale Sanitaria



Refe Oncologica Pugliese

catalogo sistematizzato dei bandi (internazionali, europei, nazionali e regionali) dall'altro il catalogo dei risultati per favorirne la trasferibilità sia al SSR che sul mercato.

La piattaforma dovrebbe poi occupare anche uno spazio materiale, per assicurare assistenza tecnica ai ricercatori (che spesso non hanno familiarità con gli aspetti amministrativo-burocratici dei bandi).

La piattaforma costituisce uno strumento operativo per il Comitato, in quanto rappresenta il momento del confronto tra i quesiti/raccomandazioni e l'offerta di attività scientifica da parte dei ricercatori pugliesi, per promuovere una valutazione preventiva dei progetti da candidare alle diverse opportunità di finanziamento, in modo da aumentare la qualità della proposta e le chance di successo.

Le finalità principali della Piattaforma sono quindi:

- garantire il raccordo tra le attività di rappresentanza istituzionale della Regione Puglia in sede europea e le strategie di pianificazione della ricerca orientate sul fabbisogno di conoscenza definito attraverso le evidenze disponibili;
- garantire l'accesso tempestivo alle informazioni circa la pubblicazione dei bandi (nazionali o internazionali) di interesse;
- creare e animare reti collaborative di operatori;
- creare un'anagrafe della ricerca;
- promuovere i prodotti della ricerca e il loro trasferimento applicativo.

Tali azioni hanno l'obiettivo di promuovere una logica di sistema, mettendo insieme le migliori competenze e risorse oggi esistenti nella nostra Regione, attraverso un censimento delle iniziative in corso nel campo della ricerca sanitaria oncologica, dello sviluppo e dell'innovazione, per valorizzarne tempestivamente i risultati che corrispondono ai quesiti/raccomandazioni; incrementare la capacità di intercettare le fonti di finanziamento per il sostegno ai progetti di sviluppo ed innovazione orientati sui reali bisogni regionali; facilitare la costituzione di network tra impresa, università, centri di ricerca e istituzioni per rafforzare il sistema regione e potenziare la capacità di attrarre risorse; promuovere studi e ricerche, avvalendosi di rapporti coordinati e programmatici con Enti e Società Scientifiche di eccellenza e aggregando reti nazionali ed internazionali, per favorire-promuovere lo sviluppo e l'impiego di reciproche conoscenze e competenze tecnico-scientifiche.

Rete Oncologica Pugliese

5.5 DISPOSIZIONI TRANSITORIE

Entro 60 giorni dall'approvazione della Rete Oncologica Pugliese l'Assessore Regionale alle Politiche per la Salute, su istruttoria dell'Agenzia Regionale Sanitaria e del Dipartimento della Promozione della Salute, delibera la prima composizione della Consulta Oncologica Regionale, dell'Unità di Coordinamento di Rete e dei Dipartimenti Integrati di Oncologica.

Entro 90 giorni dall'approvazione della Rete Oncologica Pugliese l'Unità di Coordinamento di Rete, sentiti i Consigli dei Dipartimenti Integrati di Oncologia, propone per l'approvazione da parte della Consulta Oncologica Regionale l'individuazione dei centri di riferimento della Rete Oncologica per sede tumorale e area territoriale, ai fini della razionalizzazione dell'offerta assistenziale e del perseguimento della qualità e dell'appropriatezza delle cure.

Il processo di individuazione dei centri di riferimento vedrà il coinvolgimento attivo dei GPI anche al fine della definizione dei criteri di funzionamento e dei requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali dei centri ospedalieri di I e II livello, nonché delle articolazioni operative del distretto.

Il processo di implementazione della rete, il monitoraggio del rispetto dei tempi di attuazione, la conduzione degli audit clinici e organizzativi nonché la definizione del sistema di verifica, articolato su indicatori di processo e di esito, che tengano conto della capacità effettiva del sistema di garantire la presa in carico del paziente nonché dei risultati in termini di qualità, appropriatezza, sicurezza delle cure ed equità di accesso alle stesse sono affidati all'AReS, a supporto dell'UCooR.



Rete Oncologica Pugliese

APPENDICE

Prestazioni PET erogate nel 2013 in Puglia in regime ambulatoriale pubblico

Prestazioni **PET 2013**
 Categoria Erogatore **ospedaliera**

Azienda Erogante	Asl Residenza						Auto consumo	Mob Attiva	Totale
	ba (160114)	br (160106)	bt (160113)	fg (160115)	le (160116)	ta (160112)			
ao cons. policlinico - bari (160907)	3.162	157	151	11	58	169	3.708	106	3.814
ao ospedali riuniti - foggia (160910)	31		31	478		1	541	15	556
br (160106)	104	1.056	4		990	133	2.287	13	2.300
bt (160113)	784	3	1.372	34	8	23	2.224	12	2.236
fg (160115)	1.088	163	233	1.232	207	152	3.075	341	3.416
ta (160112)	124	72	1	2	17	2.393	2.609	57	2.666
Totale	5.293	1.451	1.792	1.757	1.280	2.871	14.444	544	14.988

Prestazioni PET erogate nel 2013 fuori Puglia in regime ambulatoriale pubblico

Prestazioni **PET 2013**
 Categoria Erogatore **ospedaliera**

Regione Erogante	ASL Residenza						Mob Passiva
	ba (160114)	br (160106)	bt (160113)	fg (160115)	le (160116)	ta (160112)	
abruzzo (130)	33	2	19	34	7	6	101
basilicata (170)	271	23	50	121	30	152	647
campania (150)	169	17	52	44	72	67	421
emilia romagna (80)	61	51	24	73	109	73	391
lazio (120)	36	30	21	27	78	29	221
liguria (70)	3		3	1	1		8
lombardia (30)	221	113	67	89	256	136	882
marche (110)	1		1	5	1	2	10
molise (140)	19	1	3	65	4	8	100
piemonte (10)	5	4	3	9	15	4	40
prov.aut. bolzano (41)	2						2
sicilia (190)	2					4	6
toscana (90)	16	5		2	11	10	44
umbria (100)	9	1	6	1	1	3	21
veneto (50)	16	8	1	4	38	8	75
Totale	864	255	250	475	623	502	2.969

AReS Puglia – Agenzia Regionale Sanitaria



107

Rete Oncologica Pugliese

N. prestazioni PET per mille abitanti residenti

ASL Residenza	prestazioni in autoconsumo	prestazioni in mobilità passiva	prestazioni totali a residenti	pop residente	pet x 1000 abitanti
ba (160114)	5.293	864	6.157	1.266.379	4,9
br (160106)	1.451	255	1.706	400.721	4,3
bt (160113)	1.792	250	2.042	394.387	5,2
fg (160115)	1.757	475	2.232	633.839	3,5
le (160116)	1.280	623	1.903	806.412	2,4
ta (160112)	2.871	502	3.373	588.367	5,7
tot	14.444	2.969	17.413	4.090.105	4,3

Indice di fuga per prestazioni PET

ASL Residenza	prestazioni in autoconsumo	prestazioni in mobilità passiva	prestazioni totali a residenti	pop residente	indice di fuga
ba (160114)	5.293	864	6.157	1.266.379	14,0
br (160106)	1.451	255	1.706	400.721	14,9
bt (160113)	1.792	250	2.042	394.387	12,2
fg (160115)	1.757	475	2.232	633.839	21,3
le (160116)	1.280	623	1.903	806.412	32,7
ta (160112)	2.871	502	3.373	588.367	14,9
tot	14.444	2.969	17.413	4.090.105	17,1

Indice di attrazione per prestazioni PET

Provincia di erogazione	prestazioni in autoconsumo	prestazioni in mobilità attiva	pop residente	indice di attrazione (%)
ba (160114)	5.293	106	1.266.379	2,0
br (160106)	1.451	13	400.721	0,9
bt (160113)	1.792	12	394.387	0,7
fg (160115)	1.757	356	633.839	16,8
le (160116)	1.280		806.412	0,0
ta (160112)	2.871	57	588.367	1,9
tot	14.444	544	4.090.105	3,6

le Asl BA e FG comprendono rispettivamente l'AO Policlinico e l'AO Ospedali Riuniti

Rete Oncologica Pugliese

Prestazioni SPET erogate nel 2013 in Puglia in regime ambulatoriale pubblico

Prestazioni **SPET 2013**
 Categoria Erogatore **ospedaliera**

Azienda Erogante	Asl Residenza						Auto consumo	Mob Attiva	Totale
	ba (160114)	br (160106)	bt (160113)	fg (160115)	le (160116)	ta (160112)			
ao cons. policlinico - bari (160907)	24		2			1	27		27
ao ospedali riuniti - foggia (160910)			2	18			20		20
ba (160114)	1.603	65	15	2	8	345	2.038	19	2.057
br (160106)	13	363			32	28	436	1	437
bt (160113)	699	48	971	28		100	1.846	6	1.852
fg (160115)	276	13	166	2.601	15	46	3.117	183	3.300
le (160116)	5	74			2.103	41	2.223	14	2.237
ta (160112)	11	10				457	478	5	483
Totale complessivo	2.631	573	1.156	2.649	2.158	1.018	10.185	228	10.413

Prestazioni SPET erogate nel 2013 fuori Puglia in regime ambulatoriale pubblico

Prestazioni **SPET 2013**
 Categoria Erogatore **ospedaliera**

Regione Erogante	ASL Residenza						Mob Passiva
	ba (160114)	br (160106)	bt (160113)	fg (160115)	le (160116)	ta (160112)	
abruzzo (130)				4			4
basilicata (170)	308	2	17	30		78	435
campania (150)	6	2		29	6	8	51
emilia romagna (80)	2	17		6	14	11	50
friuli venezia giulia (60)					1		1
lazio (120)	15	5	7	12	14	22	75
liguria (70)	2						2
lombardia (30)	18	10	3	18	8	16	73
marche (110)				12			12
molise (140)				2			2
piemonte (10)	2	2		4	2		10
prov.aut. trento (42)					2		2
sicilia (190)	2						2
toscana (90)		2		4	2	11	19
veneto (50)	8			8	8	4	28
Totale	363	40	27	129	57	150	766

Rete Oncologica Pugliese

N. prestazioni SPET per mille abitanti residenti

ASL Residenza	prestazioni in autoconsumo	prestazioni in mobilità passiva	prestazioni totali a residenti	pop residente	spet x 1000 abitanti
ba (160114)	2.631	363	2.994	1.266.379	2,4
br (160106)	573	40	613	400.721	1,5
bt (160113)	1.156	27	1.183	394.387	3,0
fg (160115)	2.649	129	2.778	633.839	4,4
le (160116)	2.158	57	2.215	806.412	2,7
ta (160112)	1.018	150	1.168	588.367	2,0
tot	10.185	766	10.951	4.090.105	2,7

Indice di fuga per prestazioni SPET

ASL Residenza	prestazioni in autoconsumo	prestazioni in mobilità passiva	prestazioni totali a residenti	pop residente	indice di fuga
ba (160114)	2.631	363	2.994	1.266.379	12,1
br (160106)	573	40	613	400.721	6,5
bt (160113)	1.156	27	1.183	394.387	2,3
fg (160115)	2.649	129	2.778	633.839	4,6
le (160116)	2.158	57	2.215	806.412	2,6
ta (160112)	1.018	150	1.168	588.367	12,8
tot	10.185	766	10.951	4.090.105	7,0

Indice di attrazione per prestazioni SPET

Provincia di erogazione	prestazioni in autoconsumo	prestazioni in mobilità attiva	pop residente	indice di attrazione (%)
ba (160114)	2.631	19	1.266.379	0,7
br (160106)	573	1	400.721	0,2
bt (160113)	1.156	6	394.387	0,5
fg (160115)	2.649	183	633.839	6,5
le (160116)	2.158	14	806.412	0,6
ta (160112)	1.018	5	588.367	0,5
tot	10.185	228	4.090.105	2,2



Rete Oncologica Pugliese

Prestazioni di Radioterapia oncologica erogate nel 2013 in Puglia in regime ambulatoriale pubblico a cittadini residenti

Prestazioni
Categoria ErogatoreRTO 2013
ospedaliera

Struttura erogante	Asl Residenza						Auto consumo
	ba (160114)	br (160106)	bt (160113)	fg (160115)	le (160116)	ta (160112)	
ao cons. policlinico - bari (964621)	737	73	105	30	61	132	1.138
ao ospedali riuniti - foggia (964082)	2.089	12	2.006	22.180	170	36	26.493
ee cardinale panico - tricase (969332)		1			21		22
ee casa sollievo - san giovanni rotondo (969320)	10.617	329	2.232	14.585	144	513	28.420
ee ospedale miulli - acquaviva delle fonti (969304)	679	1	35			139	854
irccs oncologico - bari (965604)	24.035	241	484		103	310	25.173
irccs s. de bellis - castellana (964047)	390	199	15		32	150	786
ospedale barletta (969063)	16.178		15.469	359	91	146	32.243
ospedale bisceglie (trani) (969064)			4				4
ospedale castellaneta (967005)	18	1			8	209	236
ospedale civile - martina franca (964886)	52	20			5	463	540
ospedale della murgia fabio perinei - altamura (969336)	63					1	64
ospedale di venere - bari (triggiano) (969337)	1.373	53	94	5		28	1.553
ospedale francavilla fontana (966997)	4	135					139
ospedale l. bonomo - andria (canosa) (969060)			82				82
ospedale m. giannuzzi - manduria (964912)		3				12	15
ospedale monopoli (969339)	50	2					52
ospedale perrino - brindisi (mesagne-san pietro v.co) (966996)	5.057	20.116	14		957	1.743	27.887
ospedale putignano (969340)	29						29
ospedale san paolo - bari (corato-molfetta-terlizzi) (969338)	286						286
ospedale ss. annunziata - taranto (moscati) (967006)	3.175	581	53			28.625	32.434
ospedale teresa masselli - san severo (lucera) (969341)				148			148
ospedale vito fazzi - lecce (san cesario) (969346)	817	3.919	15		52.452	1.943	59.146
po canosa-minervino...(bat1) (969061)			1				1
po corato-ruvo di puglia*ba (969333)	13						13
po molfetta-terlizzi (ex bit.) (971225)	1						1
Totale complessivo	65.663	25.686	20.609	37.307	54.044	34.450	237.759

Rete Oncologica Pugliese

Prestazioni di Radioterapia oncologica erogate nel 2013 fuori Puglia in regime ambulatoriale a cittadini residenti

Prestazioni RTO 2013
 Categoria Erogatore ospedaliera

Regione erogante	ASL Residenza						Mob Passiva
	ba (160114)	br (160106)	bt (160113)	fg (160115)	le (160116)	ta (160112)	
abruzzo (130)	94			53		1	148
bambin gesu' (per mobilita') (121)	10		11	6	12	1	40
basilicata (170)	1.142	61	3.499	1.413	11	2.095	8.221
campania (150)	52	16		1.376	46		1.490
emilia romagna (80)	279	78	46	109	195	154	861
friuli venezia giulia (60)	86		23	51	31	9	200
lazio (120)	1.582	466	912	586	1.455	1.247	6.248
liguria (70)	91	86	12	11	206	324	730
lombardia (30)	296	73	154	78	205	167	973
marche (110)			6	45	9	3	63
molise (140)	1.831		75	5.304		209	7.419
piemonte (10)	4	18	36	58	21	9	146
prov.aut. trento (42)	16				30	34	80
sardegna (200)				34		3	37
sicilia (190)				3			3
toscana (90)	451	19	96	219	29	77	891
umbria (100)	7	22	11	88	71		199
veneto (50)	27	144		18	33	12	234
Totale	5.968	983	4.881	9.452	2.354	4.345	27.983

N. prestazioni RTO per mille abitanti residenti

ASL Residenza	prestazioni in autoconsumo	prestazioni in mobilità passiva	prestazioni totali a residenti	pop residente	prest RTO x 1000 abitanti
ba (160114)	65.663	5.968	71.631	1.266.379	56,6
br (160106)	25.686	983	26.669	400.721	66,6
bt (160113)	20.609	4.881	25.490	394.387	64,6
fg (160115)	37.307	9.452	46.759	633.839	73,8
le (160116)	54.044	2.354	56.398	806.412	69,9
ta (160112)	34.450	4.345	38.795	588.367	65,9
tot	237.759	27.983	265.742	4.090.105	65,0

Rete Oncologica Pugliese

Indice di fuga per prestazioni RTO

ASL Residenza	prestazioni in autoconsumo	prestazioni in mobilità passiva	prestazioni totali a residenti	pop residente	indice di fuga (%)
ba (160114)	65.663	5.968	71.631	1.266.379	8,3
br (160106)	25.686	983	26.669	400.721	3,7
bt (160113)	20.609	4.881	25.490	394.387	19,1
fg (160115)	37.307	9.452	46.759	633.839	20,2
le (160116)	54.044	2.354	56.398	806.412	4,2
ta (160112)	34.450	4.345	38.795	588.367	11,2
tot	237.759	27.983	265.742	4.090.105	10,5

Prestazioni di Radioterapia oncologica erogate nel 2013 in Puglia in regime ambulatoriale a cittadini non residenti

Prestazioni RTO 2013
 Categoria Erogatore ospedaliera

Regione di residenza	Azienda Erogante										Mob Attiva
	ao cons. policlinico - bari (160907)	ao ospedali riuniti - foggia (160910)	ba (160114)	br (160106)	bt (160113)	fg (160115)	irccs oncologico - bari (160901)	irccs s. de bellis - castellana (160902)	le (160116)	ta (160112)	
abruzzo (130)						106			32		138
basilicata (170)	17	125	70	45	73	320	293	20		1.303	2.266
calabria (180)	4	9	24			536	158	10	225	300	1.266
campania (150)	2	305				683					990
friuli venezia giulia (60)				1							1
lazio (120)		113	7	38		16					174
liguria (70)									23		23
lombardia (30)			2	45		42			26	12	127
marche (110)		18			20						38
molise (140)		61				139					200
non specificata (-2)		47	2		72	57	156				334
piemonte (10)		1							228		229
prov.aut. bolzano (41)				47							47
sconosciuta (-1)	5	303	17	16	9	130	135	5	35	218	873
sicilia (190)		18		1		40					59
toscana (90)	1					12					13
Totale	29	1.000	122	193	174	2.081	742	35	569	1.833	6.778

Indice di attrazione per prestazioni RTO

Provincia di erogazione	prestazioni in autoconsumo	prestazioni in mobilità attiva	pop residente	indice di attrazione (%)
ba (160114)	65.663	928	1.266.379	1,4
br (160106)	25.686	193	400.721	0,7
bt (160113)	20.609	174	394.387	0,8
fg (160115)	37.307	3.081	633.839	7,6
le (160116)	54.044	569	806.412	1,0
ta (160112)	34.450	1.833	588.367	5,1
tot	237.759	6.778	4.090.105	2,8

la Asl BA comprende l'AO Policlinico, l'IRCCS oncologico e l'IRCCS De Bellis; la Asl FG comprende l'AO Ospedali Riuniti

AReS Puglia – Agenzia Regionale Sanitaria



u3