REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
Sezione Strategie e Governo dell'Offerta

Assegnato a Servizio.....

Provvedimento adottato in aggiunta agli argomenti iscritti all'o.d.g.; ai sensi dell'art.3, ultimo comma, del Regolamento interno.

REGIONE PUGLIA

Deliberazione della Giunta Regionale

N. 221 del 23/02/2017 del Registro delle Deliberazioni

Codice CIFRA: SGO/DEL/2017/00012

OGGETTO: Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) – Approvazione modello organizzativo e principi generali di funzionamento. Recepimento Accordo Stato – Regioni concernente il "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il Burden del cancro - Anni 2014-2016" (Rep. n. 144/CSR del 30 ottobre 2014)

L'anno 2017 addì 23 del mese di Febbraio, in Bari, nella Sala delle adunanze, si è riunita la Giunta Regionale, previo regolare invito nelle persone dei Signori:

Sono presenti:		Sono assenti:	
V.Presidente	Antonio Nunziante	Presidente	Michele Emiliano
Assessore	Anna Maria Curcuruto	Assessore	Loredana Capone
Assessore	Giovanni Giannini	Assessore	Leonardo di Gioia
Assessore	Sebastiano Leo	Assessore	Raffaele Piemontese
Assessore	Salvatore Negro		
Assessore	Domenico Santorsola		

Assiste alla seduta il Segretario redigente: Dott.a Carmela Moretti

REGIONE PUGLIA
22 MAR. 2017
Prot. AOO 151/ n° 2966

REGIONE PUGLIA SEGRETARIATO GENERALE

Assente

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal responsabile A.P. e confermate dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, riferisce quanto segue. L'Assessore al Welfare avv. Salvatore Negro.

Visto:

- Il D.Lgs. 502/1992 s.m.i., all'art. 2, co. 1, attribuisce alle Regioni l'esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali.
- l'Accordo Stato – Regioni - Rep. n. 21/CSR del 10 febbraio 2011 - ad oggetto: "Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro - Anni 2011-2013".
- l'Accordo Stato – Regioni - Rep. n. 144/CSR del 30 ottobre 2014- ad oggetto: "Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il Burden del cancro - Anni 2014-2016";
- Il Decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 con cui è stato definito il "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", acquisita l'intesa in sede di Conferenza Stato – Regioni (Rep. Atti n. 198/CSR del 13 gennaio 2015);
- la deliberazione di Giunta regionale n. 895 del 22/06/2016 ad oggetto: "Trasferimento di funzioni di competenza oncologica e relative Unità Operative dalla ASL di Bari all'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari", con la quale si è inteso procedere al potenziamento delle attività dell'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari, indissolubilmente legato ad una progressiva revisione dell'offerta in campo oncologico dell'intera rete assistenziale;
- le deliberazioni di Giunta regionale n. 161/2016, n. 265/2016 e n. 1933/2016 con cui è stato approvato il Regolamento regionale di riordino della rete ospedaliera, in attuazione del D.M. n. 70/2015 e della Legge di Stabilità 2016, in fase di adozione definitiva.

Atteso che:

a) il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" e, specificamente, il punto 8 "Reti ospedaliere" prevede (cfr. 8.1.1.) che all'interno del disegno globale della rete ospedaliera è necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale con particolare riferimento alle reti infarto, ictus, traumatologica, neonatologica e punti nascita, medicine specialistiche, oncologica, pediatrica, trapiantologica, terapia del dolore e malattie rare;

REGIONE PUGLIA SEGRETARIATO GENERALE

b) lo stesso D.M. n.70/2015 prevede altresì che "per la definizione delle reti sopra elencate le regioni adottino specifiche disposizioni tenendo conto delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni già contenute negli appositi Accordi sanciti in sede di Conferenza Stato-regioni sulle rispettive materie. Relativamente alle reti sopra elencate, per le quali non siano disponibili linee guida e raccomandazioni, è istituito uno specifico tavolo tecnico presso AGENAS composto da rappresentanti del Ministero della salute, di AGENAS, regioni e province autonome, con il compito di definire entro un anno dalla data di approvazione del presente decreto le relative linee guida e raccomandazioni, nonché di aggiornare quelle già esistenti, da sancire tramite Accordi in sede di Conferenza Stato-Regioni";

c) Il Tavolo Istituzionale per la revisione delle Reti cliniche (TI), istituito e coordinato da AGENAS e composto da rappresentanti di AGENAS, del Ministero della Salute, delle Regioni e delle Province autonome, che opera con il supporto del Coordinamento Tecnico-Scientifico (CTS) che a sua volta coordina i Gruppi di Lavoro di Rete Clinica delle singole reti cliniche, si è dotato di uno strumento condiviso con Ministero della salute e Regioni e validato dal CTS nella riunione del 30 giugno 2016, denominato "Griglia di rilevazione delle Reti Cliniche";

d) con note prot. n. P-9470 – PG e n. 9471 – PG del 10/11/2016 il Direttore Generale dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali ha trasmesso la Griglia, corredata di un documento esplicativo, che ha la finalità di rilevare lo stato di implementazione delle reti clinico-assistenziali da parte delle Regioni e P.A. e di monitorare, per ciascuna rete, l'effettiva aderenza dei requisiti e dei percorsi e il mantenimento degli stessi, alle linee guida e alle raccomandazioni esistenti a livello nazionale, nonché il suo funzionamento.

Preso atto:

- che nella Regione Puglia ogni anno si ammalano di tumori 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;

- della necessità che la Regione Puglia organizzi e disciplini la rete oncologica, sulla base della normativa vigente in materia e secondo un modello organizzativo che favorisca la collaborazione e la sinergia tra i professionisti mediante la diffusione di conoscenze e la condivisione collegiale di protocolli di procedura, definiti in base a best practice, per un'opzione terapeutica sempre più efficace, appropriata e sostenibile allo scopo anche di:

a) sviluppare la conoscenza sulla patologia neoplastica;

b) ridurre l'incidenza dei tumori;

c) sviluppare la diagnosi precoce e tempestiva.

- da un'adeguata organizzazione della rete oncologica integrata per l'assistenza ai malati oncologici possa derivarne prioritariamente un miglioramento della qualità assistenziale con una possibile conseguente riduzione della mobilità passiva extra- regionale;

- l'Agenzia Regionale Sanitaria A.Re.S. ha predisposto il documento, di cui all'Allegato A al presente schema di provvedimento, nel quale si 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;

- Il Tavolo istituzionale per la Revisione delle reti cliniche D.M. n. 70/2015 dell'Age.Na.S. in data 22/09/2016 ha approvato la griglia di rilevazione contenente quanto segue:

a) **Struttura di base:**

1. ***Organizzazione e Direzione/Sistema di Governo***: formalizzazione di un modello organizzativo di riferimento (es.: Hub&Spoke, poli/antenne, misto; altro ecc.) con la descrizione delle componenti/nodi della RSR (es.: definizione dei centri Hub e dei centri Spoke);
2. ***Meccanismi operativi - Processi assistenziali***: PDTA - Clinical Pathway: programma di peer review (audit interno) annuale interdisciplinare/interprofessionale per la valutazione del grado di applicazione dell'Assigned Pathway e sono valutati gli eventuali motivi di scostamento dal PDTA stesso;
3. ***Meccanismi Operativi - Processi assistenziali:*** Dimissioni protette e/o assistite: definizione e applicazione di programmi di dimissione ospedaliera protetta e/o assistita in particolare per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post acuta e per i pazienti in fase terminale (Hospice).
4. ***Meccanismi Operativi - Processi assistenziali*** - monitoraggio qualità: un sistema formalizzato di monitoraggio e valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni/servizi erogati nonché dei meccanismi di integrazione/continuità assistenziale della rete.
5. ***MECCANISMI OPERATIVI - Processi di supporto: Formazione***: Il Piano di Rete deve prevedere lo sviluppo di programmi di formazione di livello regionale sviluppati in modalità integrata (multiprofessionale e multidisciplinare) per gli operatori della rete che

comprendano lo sviluppo e potenziamento delle competenze ed abilità di organizzazione e gestione (networking ed attività di Rete).

6. *MECCANISMI OPERATIVI - Processi strategico gestionali- monitoraggio:* partecipazione a sistemi di monitoraggio nazionali delle reti (qualora esistenti).

b) **Processi sociali:** deve essere prevista una valutazione formalizzata e periodica dell'integrazione dei servizi e dei PDTA dal punto di vista dei professionisti.

c) **Risultati:**

1. **RISULTATI - Prestazioni: output e outcome.** I dati (di processo ed esito) rilevati dai sistemi di monitoraggio della qualità dell'assistenza e del benessere dei professionisti:

- vengono portati a conoscenza e discussi con gli operatori con cadenza periodica (es.: una volta all'anno);
- vengono individuate possibili aree di criticità e relative azioni di miglioramento;
- vengono monitorate nel tempo le azioni di miglioramento;
- viene monitorata la mobilità interregionale (pubblica e privata) dei pazienti per le patologie inerenti la rete quale indicatore di efficienza della Rete.

2. **RISULTATI - Esperienza del paziente e Soddisfazione dei pazienti/utenti/cittadini**

- Vengono descritte le modalità con cui sono resi pubblici i dati/informazioni relativi a:

a) attività della Rete (volumi ed esiti)

b) qualità percepita

c) umanizzazione dell'assistenza

e) azioni di miglioramento

f) coinvolgimento delle associazioni di pazienti e/o cittadini.

Si propone di:

1. recepire l'Accordo Stato – Regioni Stato – Regioni - Rep. n. 144/CSR del 30 ottobre 2014- ad oggetto: "Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il - Documento tecnico di indirizzo per ridurre il Burden del cancro - Anni 2014-2016", di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento;

2. di approvare il documento ad oggetto "La Rete oncologica pugliese (R.O.P.)", predisposto dall'Agenzia Regionale Sanitaria "A.Re.S. – PUGLIA" e condiviso con il Dipartimento "Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello sport per tutti", di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento;

3. di stabilire, in ottemperanza al punto 5.5 "Disposizioni transitorie", previste dal Documento di cui al punto 2. predisposto dal A.Re.S.:

a) l'individuazione, entro 60 giorni dall'approvazione della Rete Oncologica Pugliese, su proposta dell'Agenzia Regionale Sanitaria e del Dipartimento "Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello sport per tutti" della composizione della "Consulta Oncologica Regionale", dell' "Unità di Coordinamento di Rete" e dei "Dipartimenti Integrati di Oncologia";

b) che 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 Gruppi di Patologia Interdisciplinari (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'A.Re.S., a supporto dell'UCooR.

4. di stabilire che la Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) rispetti nell'articolazione organizzativa e di funzionamento le caratteristiche descritte nella griglia di rilevazione approvata in data 22/09/2016 dal Tavolo istituzionale dell'Age.Na.S per la Revisione delle reti cliniche D.M. n. 70/2015.

L'Assessore

~~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. k.

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. 118/2011

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.

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore ~~Presidente~~;
- viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal responsabile A.P. e dal Dirigente di Sezione;

a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. di recepire l'Accordo Stato – Regioni Stato – Regioni - Rep. n. 144/CSR del 30 ottobre 2014- ad oggetto: "Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il Burden del cancro - Anni 2014-2016", di cui all'Allegato A, che composto da n. 46 (quarantasei) pagine è parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

2. di approvare il documento ad oggetto "La Rete oncologica pugliese (R.O.P.)", predisposto dall'Agenzia Regionale Sanitaria A.Re.S. – PUGLIA" e condiviso con il Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello sport per tutti", di cui all'Allegato A, che composto da n. 55 (cinquantacinque) fogli è parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

3. di stabilire, in ottemperanza al punto 5.5 "Disposizioni transitorie", previste dal Documento di cui al punto 2 predisposto dal A.Re.S.:

a) l'individuazione, entro 60 giorni dall'approvazione della Rete Oncologica Pugliese, su proposta dell'Agenzia Regionale Sanitaria e del Dipartimento "Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello sport per tutti" della composizione della "Consulta Oncologica Regionale", dell' "Unità di Coordinamento di Rete" e dei "Dipartimenti Integrati di Oncologia";

b) che entro 90 giorni dall'approvazione della Rete Oncologica Pugliese l'Unità di Coordinamento di Rete, sentiti i Consigli dei Dipartimenti Integrati di Oncologia, proponga 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 Gruppi di Patologia Interdisciplinari (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'A.Re.S, a supporto dell'UCooR.

4. di stabilire che la Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) rispetti nell'articolazione organizzativa e di funzionamento le caratteristiche descritte nella griglia di rilevazione approvata in data 22/09/2016 dal Tavolo istituzionale dell'Age.Na.S per la Revisione delle reti cliniche D.M. n. 70/2015;

5. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta" alla Sezione "Risorse strumentali e tecnologiche", ai Direttori Generali delle ASL, Aziende Ospedaliero Universitarie, IRCCS pubblici e privati, Enti Ecclesiastici nonché alle Associazioni di categoria della sanità ospedaliera privata pugliese;

6. di notificare il presente provvedimento alle Case di Cura private accreditate, per il tramite dei Direttori Generali delle ASL territorialmente competenti;

7. di notificare il presente provvedimento, per il tramite del Dipartimento "Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello sport per tutti" ai Ministeri affiancanti;

8. di pubblicare il presente atto sul BURP.

Il Segretario Generale della Giunta Regionale
Dott.a CARMELA MORETTI

IL Segretario della Giunta

IL Presidente della Giunta
dott. Antonio NUNZIANTE

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato e' stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento, predisposto dal Responsabile A.P. e quindi dalla Sezione Strategia Governo dell'Offerta, ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, e' conforme alle risultanze istruttorie.

IL RESPONSABILE A.P.: **Antonella CAROLI**

IL DIRIGENTE di Sezione: **Giovanni CAMPOBASSO**

IL DIRETTORE di Dipartimento Promozione della salute, del benessere sociale e dello sport per tutti: **Giancarlo RUSCITTI**

IL PRESIDENTE: **Michele EMILIANO**

Il Presente provvedimento è esecutivo
Il Segretario della Giunta
Dott.a CARMELA MORETTI

REGIONE PUGLIA SEGRETARIATO GENERALE

REGIONE PUGLIA
ASSESSORATO ALLA SANITÀ

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

ALLEGATO A

Il presente allegato è composto da

n. 101 (centouno) fogli, (escluso il presente)

di cui

- n. 46 (quarantasei) fogli contenente l'Accordo Stato Regioni "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il Burden del cancro - Anni 2014-2016" (Rep. n. 144/CSR del 30 ottobre 2014)
- n. 55 (cinquantacinque) fogli contenente il documento: "Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.)

Il Dirigente del Sezione
(dott. Giovanni CAMPOBASSO)

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il burden del cancro - Anni 2014-2016"

Rep. n. 144/CSR del 30 ottobre 2014

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nell'odierna seduta del 30 ottobre 2014:

VISTO l'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, che prevede la possibilità per il Governo di promuovere, in sede di Conferenza Stato-Regioni o di Conferenza Unificata, la stipula di intese dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

VISTA l'Intesa del 10 febbraio 2011, riguardante il "Documento Tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro" per gli anni 2011-2013, che stabilisce l'impegno a costituire gruppi di lavoro misti, composti da rappresentanti del Ministero della salute e delle Regioni, al fine di definire un documento di linee-guida per l'implementazione delle reti oncologiche (Allegato 2), un documento di indirizzo dell'uso delle risorse (Allegato 3), un documento metodologico health technology assessment (Allegato 4);

VISTA la nota del 29 settembre 2014, con la quale il Ministero della salute ha inviato un documento tecnico di indirizzo per ridurre il burden del cancro per gli anni 2014 – 2016, comprensivo dei tre summenzionati allegati;

VISTA la lettera in data 6 ottobre 2014, con la quale il documento di cui trattasi è stato diramato alle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, con contestuale convocazione di una riunione tecnica per il suo esame;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione tecnica svoltasi il 21 ottobre 2014, le Regioni e le Province autonome hanno espresso parere favorevole sul documento in epigrafe;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo e delle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta di intesa;

ROMA 2014 - ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO S.p.A. - S.

REGIONE PUGLIA SEGRETARIATO GENERALE

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta REGIONE PUGLIA

SANCISCE INTESA

nei termini di cui in premessa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nei termini di seguito riportati:

Articolo 1

("Documento Tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro - Anni 2014-2016")

E' prorogata al 31 dicembre 2016 la validità del "Documento Tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro", di cui all'Allegato 1, parte integrante del presente atto.

Articolo 2

(Guida per la costituzione di reti oncologiche regionali)

Al fine di consentire alle Regioni e Province autonome di utilizzare al meglio – nell'ambito della propria autonoma attività di programmazione – le proprie risorse per la lotta contro il cancro, si recepisce il documento "Guida per la costituzione di reti oncologiche regionali" di cui all'Allegato 2, parte integrante del presente atto, come strumento di riferimento nella programmazione ed attuazione delle reti oncologiche.
Tale attuazione dovrà essere specificamente monitorata dal Ministero sulla base di una proposta operativa predisposta da AGENAS.

Articolo 3

(Buon uso delle risorse in oncologia)

Al fine di consentire a Ministero, Regioni e Pubbliche Amministrazioni di utilizzare al meglio – nell'ambito della propria autonoma attività di programmazione – le proprie risorse per la lotta contro il cancro, si recepisce il documento sul buon uso delle risorse di sistema di cui all'Allegato 3, parte integrante del presente atto, con l'impegno da parte delle Regioni e Pubbliche Amministrazioni a verificare per un periodo di massimo tre anni l'appropriatezza dell'uso delle tecnologie di seguito specificate, con la prospettiva di dovere, in relazione ad applicazioni specifiche, essere considerate pratiche dismissibili: Procedure relative al tumore mammario: follow-up intensivo nelle donne asintomatiche con neoplasia mammaria precoce operata a basso rischio di recidiva; follow-up delle pazienti con neoplasia mammaria operata eseguito in parallelo da più specialisti (chirurgo, radioterapista, oncologo medico); impiego sistematico dell'ecografia

ROMA 2014 - ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO S.p.A. - S

REGIONE PUGLIA
Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti
Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA

mammaria esclusiva quale strumento di screening del carcinoma mammario; impiego sistematico della RMN mammaria rispetto alla mammografia convenzionale nella diagnosi precoce del carcinoma mammario. Procedure relative al carcinoma colonrettale: impiego del CEA o del CA 19.9 nel soggetto asintomatico nella diagnosi
precoce del carcinoma colon rettale; impiego della chemioterapia locoregionale rispetto alla chemioterapia sistemica o non trattamento nella terapia delle metastasi epatiche da tumore del colon operate; impiego della chemioterapia locoregionale rispetto alla chemioterapia sistemica nel trattamento delle metastasi epatiche da tumore del colon non operabili; impiego della colonscopia virtuale rispetto alla colonscopia convenzionale nella diagnosi precoce del carcinoma colo rettale; impiego della sola radioterapia preoperatoria rispetto alla chemio- radioterapia nel carcinoma rettale operabile. Procedure relative al carcinoma polmonare: impiego della chirurgia up front nel trattamento nel paziente con neoplasia polmonare localmente avanzata (stadio IIIA o IIIB). Procedure relative al carcinoma prostatico: impiego della prostatectomia radicale in pazienti con carcinoma prostatico localizzato e con aspettativa di vita <10 anni; impiego del PSA nel maschio asintomatico ai fini di diagnosi precoce; impiego della scintigrafia ossea nella stadi azione del carcinoma prostatico localizzato indipendentemente dal rischio di recidiva. Altre procedure: impiego della radioterapia panencefalica dopo resezione o radiochirurgia stereotassica in pazienti con metastasi cerebrali; impiego profilattico di antibioticoterapia dopo posizionamento di catetere venoso centrale.

Articolo 4
(Health technology assessment e oncologia")

Al fine di consentire a Ministero Regioni e Pubbliche Amministrazioni di utilizzare al meglio - nell'ambito della propria autonoma attività di programmazione – le proprie risorse per la lotta contro il cancro, si recepisce il "Documento metodologico health technology assessment e oncologia" di cui all'Allegato 4, parte integrante del presente atto, con l'impegno a considerarlo di orientamento alle valutazioni di health technology assessment eventualmente promosse da Ministero, Regioni e Pubbliche Amministrazioni.

Articolo 5
(Sostegno al contrasto del cancro)

Il Centro per la prevenzione e controllo delle malattie contribuisce al contrasto alle patologie tumorali prevedendo specifiche aree di intervento all'interno dei propri programmi annuali, con particolare riferimento alla diffusione di buone pratiche e modelli organizzativi virtuosi ed al consolidamento degli assetti di sistema in particolare in collaborazione con AGENAS.

IL SEGRETARIO
Antonio Naddeo

IL PRESIDENTE
Maria Carmela Lanzetta

ROMA, 2004 - ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO S.p.A. - S.

ALLEGATO 2

GUIDA PER LA COSTITUZIONE DI RETI ONCOLOGICHE REGIONALI

In attuazione del disposto dell'Intesa Stato Regioni e PPAA del 10 febbraio 2011

PREMESSA

L'Intesa Stato-Regioni stipulata il 10/2/2011 ha riguardato l'approvazione del *Documento Tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro per gli anni 2011-2013* – il cosiddetto "Piano oncologico nazionale".
Questa Intesa prevede, all'art 2, che, al fine di consentire a Regioni e Provincie Autonome di utilizzare al meglio le indicazioni programmatiche del citato *Documento Tecnico*, Ministero e Regioni si impegnino a costituire con propri rappresentanti un Gruppo di lavoro, che ha come obiettivo quello di redigere un documento di linee-guida per lo sviluppo delle reti oncologiche, con contenuti sia tecnico-scientifici che organizzativi, basati sull'analisi delle evidenze e delle buone pratiche.
Nel presente documento, risultato di tale gruppo di lavoro, al posto del termine 'linea-guida', si è utilizzato quello di 'Guida' che sembra più coerente col fatto di avere raccolto elementi basati prevalentemente sulle 'buone pratiche'.

Una delle caratteristiche salienti del *Documento Tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro* è costituita dalla reiterata indicazione a definire percorsi di qualità per il cittadino/paziente, rispetto ai quali integrare competenze e risorse. Fra queste indicazioni c'è quella di "Sviluppare reti oncologiche con modelli tipo "Hub & Spoke", dedicate in particolare allo sviluppo e all'applicazione di nuove metodologie diagnostiche e terapeutiche ad alto contenuto tecnologico".
Ne deriva pertanto la necessità per ogni Regione di fare una ricognizione delle risorse già disponibili sul proprio territorio, su cui realizzare una eventuale strutturazione tipo "hub&spoke", la cui responsabilità rimane in capo alle Regioni.
Tuttavia, la strutturazione tipo "Hub&spoke" è in effetti la declinazione di un modello specifico di rete; quindi, il presente documento intende applicare l'invito e i principi del "Documento tecnico di indirizzo" assumendo un'ottica più allargata, che possa identificare gli elementi costitutivi di una rete costo-efficace comuni a qualsivoglia modello organizzativo venga ritenuto dalle Regioni più idoneo al proprio contesto.
Quindi, le indicazioni di criteri per la creazione di reti, che siano anche diverse nei modelli organizzativi deliberati dalle singole Regioni, intendono favorire un approccio coerente a livello nazionale; ciò è deliberatamente preso in considerazione nella prospettiva della costruzione di 'reti nazionali' che in ogni caso si propongono già attualmente come sfide organizzative per la gestione di tumori rari o per la gestione della mobilità transfrontaliera.

STRUTTURAZIONE DELLE GUIDA

Il presente documento enuncia innanzitutto quali sono gli **obiettivi** che le reti oncologiche devono assumere nel contesto del servizio sanitario devoluto ai sensi della riforma del Titolo V della Costituzione.
Successivamente, in ossequio al mandato dell'Intesa del 10/2/2011, identifica i **criteri** che, per il Gruppo di lavoro, sono considerati come caratterizzanti una rete oncologica di buona qualità.
Per ogni criterio sono poi enunciate una o più **raccomandazioni,** al fine di favorire l'operatività delle Regioni che intendano organizzare una rete oncologica. Alcune di tali raccomandazioni sono graduate come " fortemente raccomandate" per una 'strutturazione di base delle reti', in base alla loro incisività nel favorire l'organizzazione di una rete efficace ed efficiente, sulla scorta delle esperienze nel frattempo maturate in alcune Regioni.
Infine viene affrontato il problema della organizzazione di tali reti regionali in un Network nazionale che consenta l'utilizzo ottimale delle risorse e una riduzione delle eventuali diseguaglianze nell'accesso alle cure su tutto il territorio nazionale.

CONSIDERAZIONI GENERALI

Il cancro costituisce per tutti i paesi occidentali una delle due principali cause di mortalità, insieme alle malattie cardiovascolari; per tale motivo gran parte dei Paesi della Comunità Europea hanno definito, secondo differenti articolazioni, atti di pianificazione tendenti a rendere più efficace ed efficiente la lotta contro tale malattia[1]. Si sono così messe in evidenza caratteristiche essenziali di un servizio sanitario che intenda rispondere pienamente ai bisogni dei malati di cancro, così come delle persone a rischio e dei loro familiari.
Fra queste è importante ricordare:

- servizi (ospedalieri, territoriali, domiciliari) di alto livello sia come strutture che come personale addetto
- personale altamente competente e affidabile
- appropriatezza di cura ed assistenza erogata in ogni momento della malattia
- disponibilità delle tecnologie più innovative sia per la diagnosi che per la terapia
- possibilità di accedere facilmente per tutti i pazienti eleggibili e desiderosi di parteciparvi alla ricerca clinica e ai "clinical trials".

La "mission", affidata dalla legislazione al nostro servizio sanitario, comporta la necessità che abbia queste caratteristiche e che le metta a disposizione di tutti i cittadini in modo equo.
Sfide di tale portata non possono che basarsi su modelli di integrazione delle risorse disponibili, condizione essenziale per ottenere risultati ottimali.
In questo scenario, l'Oncologia si caratterizza come una disciplina che presenta particolari caratteristiche in termini assistenziali. Infatti, in buona parte, è "generica" di tipo territoriale (ducazione sanitaria, prevenzione primaria, prevenzione secondaria, ospedale a domicilio, follow up, terminalità), in parte è specialistica di tipo ospedaliero (diagnosi e cura primaria, adiuvante, avanzata, integrata) ed in parte contiene un'area importante di ricerca (università, IRCCS, ospedali ed anche territorio). Coordinando ed integrando la fase di diagnosi precoce si avranno meno ammalati in fase avanzata; riorganizzando la fase di cura, comprendendo anche la possibilità di cura a domicilio sotto controllo specialistico oncologico nel contesto della rete, con la utilizzazione dei nuovi farmaci anche target, si decongestionerà l'accesso alle di cure in ospedale nel cui contesto dovrà essere prevista una scala gerarchica di prestazioni in base alla complessità del caso trattato.
È evidente, quindi, che la "rete" deve ben coordinare tutti questi ambiti. La programmazione di una rete deve tenere anche conto della sostenibilità in termini economici del progetto, stante la limitatezza di risorse disponibili, ed il progetto può divenire sostenibile solo se si organizzano e coordinano le aree territoriali, specialistiche ospedaliere e di ricerca.
In definitiva, la cura del cancro costituisce un esempio paradigmatico della possibile integrazione delle risorse disponibili con la finalità di ottenere risultati ottimali ed è possibile identificare due componenti principali che dovrebbero rappresentarne i presupposti gestionali:

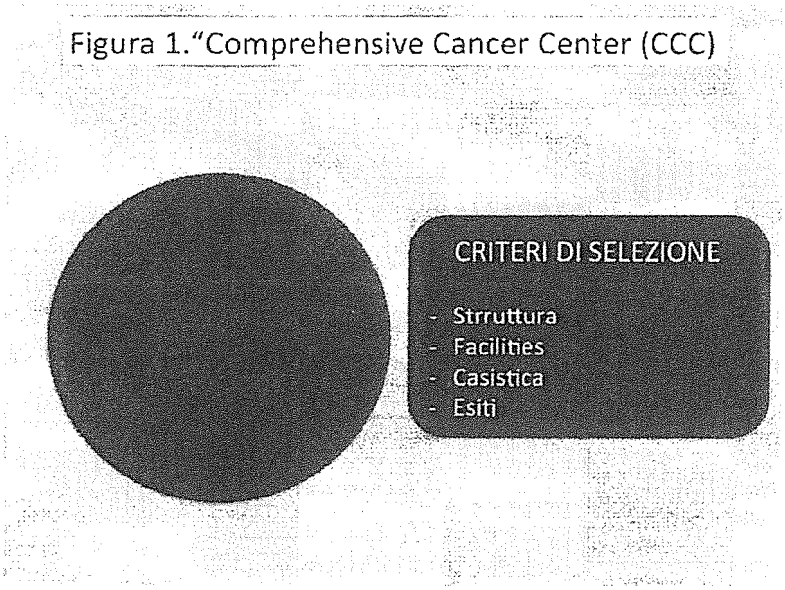
- L'approccio multidisciplinare con integrazione delle differenti professionalità (chirurgia, oncologia medica, radioterapia, cure palliative, scienze infermieristiche, psico-oncologia ecc.) in un "disease management team" formalmente costituito. Tali team dovrebbero essere tumore-specifici, come avviene in maniera particolarmente 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.

[1] Joint Action europea 2010-13 EPAAC: preliminary report

MODELLI ORGANIZZATIVI

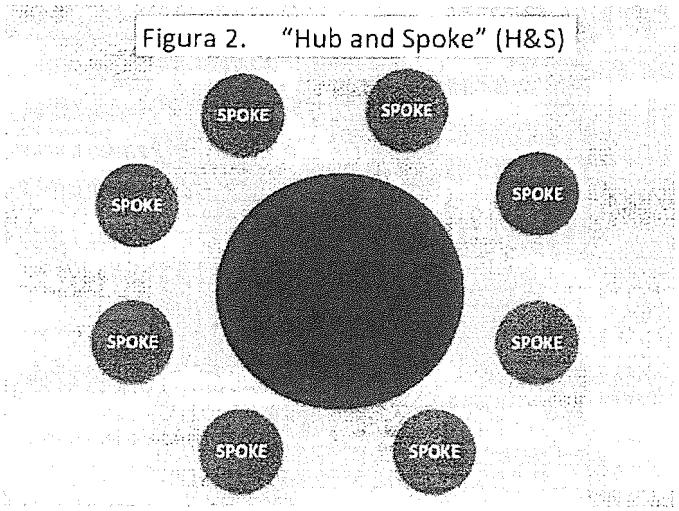
L'approccio multidisciplinare può essere variamente declinato in base alla "distribuzione", sul territorio regionale, in un ampio spettro di soluzioni organizzative (cfr Fig 1-3), che vede in linea di massima tre principali modelli organizzativi fondamentali:

1. **strutture tipo "Comprehensive Cancer Center" (CCC) (Figura 1)**



In questa strutturazione le principali competenze e risorse sono concentrate in unico centro che, rispetto ad un determinato territorio, sviluppa un'autonoma forza attrattiva basata principalmente sui livelli di competenza tecnico-professionale. Possono eventualmente essere attivati accordi sostanzialmente non strutturati con altri professionisti (od eventualmente strutture) sulla base di specifici contenuti tecnico-professionali.

2. **modello tipo "Hub and Spoke" (H&S) (Figura 2)**



Il modello Hub & Spoke vede una serie di strutture di primo livello (Spoke),generalmente i dipartimenti oncologici intraospedalieri, collegati managerialmente a centri sovraordinati, di maggiore specializzazione diagnostica o terapeutica (Hub), che vengono identificati sulla base di specifiche caratteristiche e competenze. Ogni spoke deve avere la possibilità di una assistenza qualificata completa che copra la massima parte della diagnosi e cura delle principali patologie oncologiche con la stessa qualità di prestazione degli HUB .
Va in ogni caso considerato che questo modello possa non essere esclusivamente strutturale ma possa realizzarsi con modalità in tutto o in parte 'funzionali' (integrazione interdisciplinare di più strutture che agiscono in modo iperspecialistico sullo stesso ambito territoriale).

3. organizzazioni tipo "Cancer Care Network (CCN)[2]".(Figura 3)

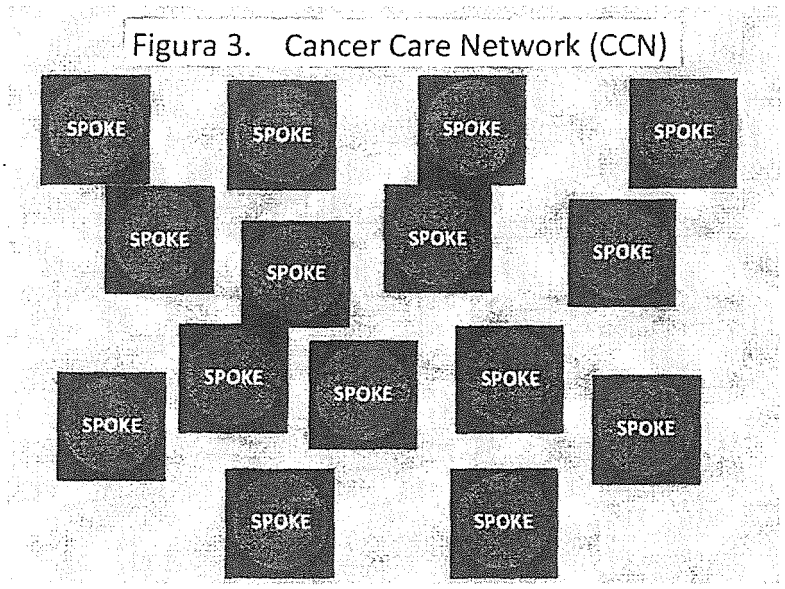


Figura 3. Cancer Care Network (CCN)

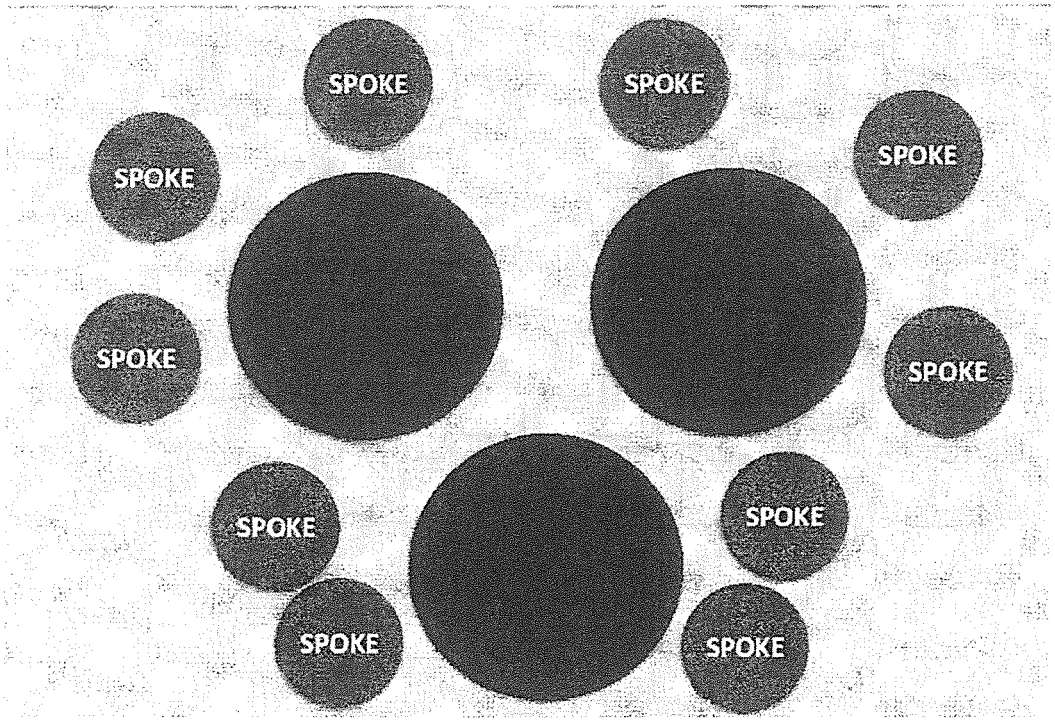
Questo modello privilegia l'integrazione organizzativa senza definire una chiara gerarchia fra strutture; in linea di massima il network organizza l'offerta di servizi di strutture specializzate in particolare nell'assistenza. È comunque presente un'autorità centrale che regola e orienta la offerta di servizi, stabilendo quindi le 'regole' di collaborazione.

Ognuno di questi modelli può avere delle applicazioni interessanti in contesti diversi.
Comunque l'esigenza di, mettere insieme risorse disponibili ed un largo bacino d'utenza porta a privilegiare un modello tipo CCCN (Fig. 4), che potenzialmente rende il sistema capace di una più razionale pianificazione sia di breve che di medio-lungo periodo. Tale modello è inoltre in grado di aumentare l'efficacia e l'efficienza perché tende ad evitare duplicazioni e permette reingegnerizzazioni secondo modelli più cost-effective.

[2] Il termine "network" è usato in molti contesti e può esprimere connessioni reamente molto deboli e aleatorie; in questa sede viene usato ovviamente per significare la flessibilità, che è la sua caratteristica più peculiare, ma anche nell'accezione di una relazione strutturata di un certo numero di istituzioni, complementari, organizzate per un medesimo obiettivo (cure di alta qualità) .

4. modello tipo Comprehensive Cancer Care Network (CCCN) ,(Figura 4)

Fig 4. "Comprehensive Cancer Care Network(CCN)



Si tratta innanzitutto di un network gestito (managed) da un'autorità centrale.
Tende ad includere tutte le strutture presenti nel territorio a vario titolo competenti per la prevenzione, cura e riabilitazione del cancro; in questo senso può incorporare strutturazioni già esistenti (per es. hub&spoke) e risorse già disponibili (per es. CCC) . Ne sono caratteristiche essenziali l'esistenza di legami organizzati (più o meno stringenti) tra le varie strutture e una pianificazione regionale (ed eventualmente nazionale) dell'uso delle risorse spiccatamente inclusiva e tendente alla individuazione di funzioni e ruoli specializzati..

È fondamentale anche considerare che un modello tipo CCCN ha il valore aggiunto di garantire una assistenza di eccellenza "vicino casa" perché si basa sulla valorizzazione e specializzazione di tutte le strutture presenti su un dato territorio, integrandole in percorsi al servizio dei cittadini/pazienti e dei loro familiari. Infine tale modello sembra essere quello più facilmente sostenibile, anche se è evidente la necessità di valutazioni formali[3] .
É indispensabile, in tale contesto, raggiungere specifici obiettivi come:

- adottare in modo condiviso linee-guida (o percorsi diagnostico-terapeutici) tecnico-professionali che siano 'mandatorie' per i professionisti di tutte le varie strutture;
- promuovere l'introduzione e l'uso ottimale di tecnologie avanzate, spesso anche costose;

[3] Va riconosciuta la opportunità fornita da un modello di valutazione e finanziamento di CCCN che incentivi comportamenti virtuosi in un'ottica di popolazione per aumentare la conoscenza empirica rispetto a temi critici come: governo e contenimento dei costi oncologici pro-capite, massimizzazione di appropriatezza e accessibilità ed equità, livelli di assistenza ed out come.

- 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 patologie rare o situazioni di particolare complessità;
- uniformare l'equità dell'accesso;
- facilitare l'attuazione di una logistica comune con economie di scala;
- facilitare la ricerca;
- selezionare strutture di eccellenza a cui delegare la gestione di farmaci e/o procedure di alto costo.

Tenendo anche a modello casi come il *National Comprehensive Cancer Network* statunitense, ci si deve porre nella prospettiva di migliorare l'organizzazione esistente, che complessivamente in Italia è di alto livello nel settore oncologico ed emato-oncologico.
Varie opzioni sono possibili:

1) Trasformare ospedali già esistenti, non necessariamente oncologici , in un *Comprehensive Cancer Center* (CCC)
2) Creare ex-novo dei CCC
3) Attivare un network regionale dei CCC
4) Integrare tali network regionali in un network nazionale (CCCN)
5) Migliorare e potenziare i servizi oncologici già esistenti integrandoli nel CCCN
6) Facilitare i percorsi di ricerca clinica sia dal punto di vista gestionale che amministrativo (ad es. fondi di ricerca istituzionale ad hoc; semplificazione delle procedure di approvazione da parte dei Comitati etici; semplificazioni amministrative).

I potenziali vantaggi di tale sistema (CCCN) possono essere così riassunti:

- le strutture e i servizi sottoutilizzati possono essere pienamente utilizzati nel network funzionale, come può avvenire per attività di "nicchia" o di alta complessità;
- il network nel suo complesso può essere capace di acquisire nuove tecnologie insostenibili per una singola struttura ospedaliera;
- il network risponde, mediante l'integrazione funzionale dei percorsi, in modo capillare ai bisogni dei pazienti e delle loro famiglie;
- si evitano duplicazioni di servizi e apparecchiature;
- si rende possibile un'efficiente programmazione a breve e medio-lungo termine capitalizzando al meglio le risorse (in particolare professionali) disponibili;
- la organizzazione di percorsi e di network garantisce una minore disuguaglianza nell'accesso alle cure, in particolare per quanto riguarda l'accessibilità a prestazioni di alta complessità
- la creazione di reti regionali integrate in un network nazionale permette di ridurre il problema della migrazione sanitaria.

Peraltro, occorre tenere in conto che il processo di riorganizzazione dell'assistenza pone alcune sfide non eludibili:

- gli obiettivi di qualità sono realistici solo se il network è in grado di gestire una "massa critica" di pazienti;
- allocare risorse in modo selettivo (per es. per rafforzare determinati team multidisciplinari o per l'innovazione tecnologica) con decisioni condivise nel sistema (in particolare con i professionisti);

- rendere operativa l'integrazione non solo tra strutture ospedaliere ma anche del cosiddetto 'territorio' (cure primarie, campagne di prevenzione primaria, programmi di screening, 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;
- essere in grado di garantire nella pratica l'equità di accesso;
- sviluppare strategie di alleanza ed empowerment.

In generale, qualsiasi processo di ri-organizzazione pone delle sfide in termini di programmazione e di consenso. In letteratura sono stati identificate (v. Lega-Sartirana in Bibliografia essenziale) delle condizioni favorenti il processo di creazione delle reti che dipendono dal contesto:

- pre-esistenza sul territorio di un centro di eccellenza clinica riconosciuto
- pre-esistenza di relazioni informali, soprattutto di tipo tecnico-professionale
- disponibilità di leadership con una chiara visione dell'integrazione delle cure
- stabilità del management
- risorse finanziarie per l'implementazione e il mantenimento delle reti
- supporto politico

Al di là delle diverse declinazioni regionali, sembra opportuno introdurre un unico sistema di governo per l'oncologia ed emato-oncologia, in grado di garantire coerenza e compatibilità delle azioni nei diversi settori.

MONITORAGGIO

Un programma di questo tipo non può prescindere dalla necessita di un sistema di monitoraggio della sua implementazione. Tale monitoraggio dovrà basarsi su una serie di indicatori relativi alle raccomandazioni emesse. La attivazione di queste raccomandazioni costituisce un prerequisito che deve essere messo a punto in tempi brevi e, comunque, prima della attivazione del network stesso.
Il monitoraggio deve essere anche indirizzato ai percorsi di cura all'interno della rete, con indicatori in grado di valutare l'effettiva omogeneità dei comportamenti e le criticità da riallineare con azioni mirate di sistema

APPLICAZIONE

L'utilità pratica di una guida come la presente dipende dalla sua 'operatività' e quindi dalla sua valorizzazione in atti programmatori nonché dalla esplicitazione di cronogrammi per i progetti operativi delle varie Regioni. Naturalmente questi aspetti attengono a un livello istituzionale specifico che non può essere definito in queste sede.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

Boland GM, Chang GJ, Haynes AB, Chiang YJ, Chagpar R, Xing Y, Hu CY, Feig BW, You YN, Cormier JN. Association between adherence to National Comprehensive Cancer Network treatment guidelines and improved survival in patients with colon cancer. *Cancer. 2012 Dec 21.*

Borras, N., Boyd, A., Martinez-Villacampa, M., Brunet, J., Colomer, R., Ramon GermaLessons, J. (2009). Implementation of a cancer care network in Catalonia. Journal of Management & Marketing in Healthcare 2 (2) 174–183

Bravi F., Gibertoni D., Marcon A., Sicotte C., Minvielle E., Rucci P., Angelastro A., Carradori T., Fantini M.P. Hospital network performance: A survey of hospital stakeholders' perspectives *Health Policy, Vol. 109, Issue 2, 2013: 150-157*

Busse R, Blümel M, Scheller-Kriesenen D, Zentner A. Tackling chronic disease in Europe Strategies, interventions and challenges *European Observatory on health systems and policies Series*, 2010

Caldarella A, Amunni G, Angiolini C, Crocetti E, Di Costanzo F, Di Leo A, Giusti F, Pegna AL, Mantellini P, Luzzatto L, Paci E. Feasibility of evaluating quality cancer care using registry data and electronic health records: a population-based study. *Int J Qual Health Care. 2012 Aug;24(4):411-8.*

CarradoriT, Bravi F, Altini M. Le reti: opportunità per una migliore composizione tra le ragioni della qualità e quelle dell'efficienza. *Medicimanager,* 2010: 22-27

Lega F , Sartirana M *Determinants and distinctive collaboration mechanisms of Managed Clinical Networks. Procedings of the 14th IRSPM Conference The Crisis: Challenges for Public Management.* Berne, 7-9 April, 2010

Lega F., M. Sartirana, V. Tozzi, L'osservazione continua delle reti cliniche in oncologia: evidenze da un'indagine qualitativa, in Anessi Pessina E., Cantù E. (editors), *L'Aziendalizzazione della Sanità in Italia. Rapporto Oasi 2010*, Milano, Egea, 2010.

McCarthy M, Gonzalez-Izquierdo A, Sherlaw-Johnson C, Khachatryan A, Coleman MP and Rachet B, Comparative indicators for cancer network management in England: Availability, characteristics and presentation. *BMC Health Services Research* 2008, 8:45

Nolte E & McKee M (Edited by) Caring for people with chronic conditions *European Observatory on Health Systems and Policies Series*, 2008

Patel A, Ozsahin M, Mirimanoff RO, Bhatia S, Chang K, Miller RC The Rare Cancer Network: achievements from 1993 to 2012 *Rare Tumors 2012; volume 4:e35*

Wagner EH , Greene SM , Hart G , Field TS et al. Building a Research Consortium of Large Health Systems: The Cancer Research Network *Journal of the National Cancer Institute Monographs, No. 35, 2005*

WEB SITES

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23280510

http://salute24.ilsole24ore.com/articles/7740-piano-oncologico-la-lotta-al-cancro-parte-dalle- reti

http://www.ittumori.it/ITA/chisiamo/documenti_istitutivi.shtml

http://www.nccn.org/index.asp

http://globocan.iarc.fr/

http://www.oecd.org/

OBIETTIVI DELLE RETI

Gli obiettivi della rete si possono distinguere in generali e specifici.

Gli obiettivi generali sono:

1. **Efficacia**
   La rete consente di migliorare le performance in oncologia mediante la promozione di una relazione strutturata di varie istituzioni complementari, che condividono la casistica regionale.
   Si fa carico, infatti, di un intero territorio garantendo prestazioni omogenee e di qualità.
   Inoltre, rende fruibili, in maniera condivisa e governata, l'alta specializzazione, l'innovazione tecnologica e la ricerca indipendentemente dall'area geografica in cui si determina il bisogno.

2. **Efficienza**
   Grazie a un governo riconosciuto, con disponibilità di strumenti di condivisione, ed alla creazione di infrastrutture di sistema, la rete consente una organizzazione competitiva rispetto a modelli mono-istituzionali
   La rete favorisce, infatti, sinergie di percorso, condivisione di un ampia casistica, continuità di cura, fruibilità dell'alta specializzazione, economia di scala e volumi critici di casistica per la complessità. L'adesione pluristituzionale alla rete e la individuazione di un unico sistema di coordinamento per l'oncologia consentono un più ampio governo dell'appropriatezza e una efficace razionalizzazione degli investimenti. Inoltre, grazie a casistiche di più vasta portata, può facilitare l'adesione a sperimentazioni sia accademiche che sponsorizzate.

Gli obiettivi specifici sono:

1. **Dare risposta ai bisogni del paziente**
   Attraverso il modello organizzativo di rete è possibile favorire una maggiore capacità di intercettare i bisogni e la domanda nel territorio di riferimento, con l'obiettivo di creare un sistema di accessi diffusi nel territorio, accreditati dalla rete, in grado di prendere in carico il singolo caso e allocarlo nella sede appropriata in funzione della complessità del bisogno. È possibile, inoltre, garantire la valutazione multidisciplinare e la programmazione del percorso secondo standard condivisi.
   Infine, la rete dei servizi oncologici è più efficace nel drenare la domanda a partire dal territorio in cui si determina, evitando la "ricerca spontanea" del luogo di cura che può ingenerare situazioni di disequità.

2. **Potenziare e strutturare le collaborazioni inter-istituzionali**
   Mediante l'integrazione dei diversi attori istituzionali (SSR, Università, IRCS, volontariato, privato), che agiscono nella rete, si possono prevedere, nei vari ambiti territoriali, offerte articolate e coerenti rispetto alla domanda, anche per l'alta specializzazione. La rete deve promuovere rapporti strutturati tra istituzioni oncologiche, nell'ottica sia della continuità di cura sia della definizione di percorsi condivisi per la casistica più complessa o che richieda particolari dotazioni con coerente governo della casistica.
   Le collaborazioni interaziendali condivise attivano specifici meccanismi di remunerazione (DRG di percorso).

3. **Ottimizzare gli investimenti in alta specializzazione**
   Il governo unitario della rete oncologica consente investimenti più coerenti con una programmazione di sistema. L'alta specializzazione, così come l'innovazione tecnologica, diventano infrastrutture della rete e si avvalgono, come riferimento, dell'intera casistica

regionale. L'accesso all'alta specializzazione secondo un governo condiviso della casistica, avviene come "secondo livello", coinvolgendo le strutture della rete nel triage delle indicazioni. L'alta specializzazione diventa strumento di formazione per la rete e si può avvalere anche di aspetti legati alla mobilità dei professionisti.

4. **Aumentare la capacità del sistema di modularsi in base alla variabilità della domanda**

La rete può essere uno strumento di riequilibrio e riallineamento del rapporto domanda-offerta. La messa in rete di erogatori omogenei (ad es. Radioterapia), consente di superare criticità nei tempi di attesa indirizzando la casistica secondo criteri di tempestività e rapidità di esecuzione. La messa in rete di erogatori, con diversi livelli di specializzazione e di dotazione tecnologica, consente di indirizzare la casistica verso l'offerta più adeguata secondo criteri di appropriatezza condivisi dall'intero sistema.

5. **Aumentare la capacità di fornire informazioni al paziente e ai suoi familiari**

La diffusione di accessi al sistema nel territorio consente di fornire una informazione più capillare sia su temi di prevenzione che di opportunità di cura. La rete viene presentata come un sistema complesso e articolato che va dalla risposta di base all'alta specializzazione, dalla ricerca di base alla traslazionale. La presa in carico è l'occasione per un'informazione ampia sull'insieme della struttura. Appare utile la creazione di un numero telefonico unico (centralizzato) in grado di fornire le informazioni di "orientamento".

6. **Perseguire la sostenibilità istituzionale delle reti (flessibilità)**

La rete si presenta come insieme di istituzioni che afferiscono giuridicamente ad enti autonomi (Az. Sanitarie, IRCSS, etc.). Occorre prevedere uno strumento di programmazione di competenza della rete cui i diversi enti si riferiscano, in un'ottica di sinergia e di coerenza. Alcuni atti di programmazione aziendale devono specificamente fare riferimento agli indirizzi regionali (alta specializzazione, infrastruttura di sistema, campagna di informazione etc.). Il finanziamento regionale si attua attraverso le Aziende, ma occorre prevedere una quota legata alle attività infrastrutturali che hanno carattere di "extraterritorialità". La rete favorisce una opportuna mobilità dei professionisti nell'ottica sia della formazione sia degli aspetti organizzativi.

7. **Perseguire la sostenibilità economica delle reti**

La rete consente economie di scala e razionalizzazione degli investimenti anche utilizzando criteri di maggiore flessibilità e mobilità (sia dei professionisti che degli utenti). La rete non è tuttavia a costi zero. Anche da un punto di vista della "compliance" del modello è necessario rendere evidenti alcuni vantaggi che la rete può produrre. Promuovere i *link* tra ricercatori, garantire infrastrutture (dal registro, al laboratorio di ricerca, all'informatizzazione, alla telemedicina, alla piattaforma per le sperimentazioni cliniche, alla innovazione tecnologica), sono interventi che hanno un costo cui si aggiunge il "valore" del tempo che ogni singolo professionista dedica alla rete (*second opinion*, videoconferenze, etc.).

CRITERI

I 'criteri' sono letti nella chiave di "garantire", per sottolineare la responsabilità (accountability) di cui il sistema sanitario è investito dalla società sul tema delicato della lotta al cancro, ai vari livelli: erogazione dei servizi, programmazione regionale, pianificazione nazionale. La numerazione dei criteri non vuole esprimere una scala di priorità.

1. GARANTIRE LA MOLTEPLICITA' DI ACCESSI

La maggior capacità della rete di intercettare la domanda si esplica con la disponibilità sul territorio di accessi riconosciuti.
Si raccomanda di considerare come requisiti necessari:

- Copertura del territorio e accessibilità
- Afferenza Aziendale (almeno una per Azienda o per dipartimento oncologico)
- Organizzazione omogenea (orari, responsabilità, dotazioni)
- Disponibilità di procedure cliniche e organizzative comuni e condivise
- Evidenza dell'appartenenza alla rete e della condivisione a linee guida (o di percorsi diagnostico-terapeutici) di sistema
- Competenza nella valutazione multidisciplinare, nel completamento della stadiazione e nell'avvio del percorso
- Link tra servizi Aziendali e accessi di altre Aziende

Fortemente raccomandato per una 'strutturazione di base delle reti'

2. GARANTIRE UN SISTEMA CENTRALIZZATO DI INFORMAZIONE

La rete necessita, più che di un sistema monoistituzionale, di una forte struttura di informazione, in grado di fornire all'utenza (e ai professionisti) un quadro completo di tutte le articolazioni del sistema e delle modalità per raggiungerle. Sono parte integrante di questo obiettivo:

- la disponibilità di un *call center*,
- un sito web adeguato,
- un diario clinico informatizzato che si implementa ad ogni accesso.

Sono strumenti particolarmente rivolti ai professionisti:

- un registro tumori dinamico che si alimenta negli episodi di cura
- un sistema efficace e riconosciuto di collegamento in rete (informatica) tra i diversi servizi.

Fortemente raccomandato per una 'strutturazione di base delle reti'

3. GARANTIRE LE "GERARCHIE DI PERCORSO"

I nodi della rete devono garantire l'appropriata presa in carico della patologia oncologica in maniera omogenea. Parte rilevante della domanda deve trovare adeguata risposta nell'ambito delle diverse Aziende Sanitarie (e relativi Dipartimenti Oncologici) secondo procedure condivise e monitorate. Per patologie rare o particolarmente complesse o che necessitano di adeguate dotazioni tecnologiche, si devono prevedere "nodi di riferimento[4]" verso cui centralizzare la casistica, in stretto collegamento col criterio 8) .

[4] La identificazione dei tumori per i quali sia necessario definire 'nodi di riferimento' dovrebbe essere compiuta sulla base di criteri espliciti e solidi in modo da conservare la garanzia di efficacia e il consenso necessario alla costituzione di tali percorsi 'privilegiati'. A tal fine possono essere indicati tre tipi di criteri principali:

A. Definire percorsi basati sula forza delle evidenze scientifiche

Le procedure che definiscono i percorsi e la loro strutturazione operativa devono essere basati su evidenze scientifiche rese disponibili soprattutto mediante linee-guida. Tale criterio è di particolare ulteriore rilevanza per alcune tipologie di pazienti come quelli altamente complessi o gli anziani affetti da gravi co-morbilità.

B. Competenza tecnico-professionale

L'*expertise* del professionista per specifiche procedure è uno dei requisiti che definiscono un centro di riferimento (o unità di competenza). Sono condizioni necessarie per dare pienezza a questo criterio:

- la predeterminazione delle modalità di valutazione, la loro oggettività e il riferimento a parametri internazionali
- il costante monitoraggio della "tenuta" del requisito
- la opportunità di acquisire tale *expertise* per professionisti da formare secondo una programmazione di rete.

C. Bacini di utenza di riferimento

Alcune patologie oncologiche mostrano un rapporto lineare tra prognosi e volume di casi trattati. Per questo appare opportuno prevedere le definizioni di centri che possono gestire adeguate casistiche. La distribuzione territoriale di questi definisce contestualmente bacini di utenza di riferimento che indirizzano la casistica e collaborano nella definizione di punti del percorso di diagnosi e cura.

Sono da definire:

- tipologie dei bacini di utenza di riferimento (interaziendali, di area omogenea, interregionali)
- meccanismi incentivanti / disincentivazione nel governo della casistica per le patologie complesse.

D. Risorse disponibili

La corretta gestione di alcune patologie richiede la presenza di specialisti non diffusi nel territorio (neurochirurgia, etc,). Analogamente in altre situazioni assume rilevanza una particolare dotazione tecnologica sia in campo diagnostico che terapeutico (con particolare riferimento a procedure chirurgiche o radioterapiche). L'analisi epidemiologica della casistica potenziale crociata con la soglia di attività, consente una programmazione degli investimenti adeguata (per una lista provvisoria di patologie tumorali da gestire con meccanismi di reingegnerizzazione/concentrazione).

E Scelte strategiche regionali

La rete è l'ambito in cui si realizzano scelte strategiche regionali in tema di prevenzione, cura e ricerca oncologica.

Le scelte strategiche dovrebbero riguardare:

- lo sviluppo di modelli organizzativi (tipo *breast unit*),

- Tumori rari (come da normativa specifica)
- Indicazioni normative
- Evidenze da processi di valutazione formale. A questo riguardo il Programma Nazionale Esiti ha evidenziato differenze di esiti (aumento della mortalità intraospedaliera a 30 giorni) a seconda del volume di casi trattati chirurgicamente; tale dato consiglia quindi di concentrare il trattamento chirurgico dei seguenti tumori: colon-retto, esofago, fegato, mammella , pancreas, polmone, prostata, rene, stomaco, vescica

- interventi di promozione (prevenzione primaria e/o secondaria),
- investimenti in tecnologie pesanti (per es. radioterapia, robotica),
- azioni mirate, legate a *cluster* "territoriali".
- adesione e promozione di progetti di ricerca clinica

Le scelte strategiche fanno parte di programmi speciali condivisi con i professionisti.

Fortemente raccomandato per una 'strutturazione di base delle reti'

4. GARANTIRE L' INTEGRAZIONE CON L' ASSISTENZA DISTRETTUALE

Il percorso oncologico si svolge solo in quota parte in ambito ospedaliero. Sia per gli interventi di prevenzione (individuale e collettiva, primaria e secondaria) che per quelli di raccordo con il piano di cura e/o di assistenza domiciliare, appare opportuno prevedere una integrazione strutturata con i servizi territoriali. E' noto come una delle criticità più importanti avvertite dai pazienti sia proprio rappresentata dalle "soluzioni di continuo", tra ospedale e territorio e dalla mancanza di una regia unica di questi momenti.

4.1. Primaria

Il M.M.G., i servizi socio-sanitari del territorio in senso lato, sono parte della rete oncologica e afferiscono al dipartimento oncologico intra-aziendale (per quanto di competenza) che appare integrato anche con le attività extra-ospedaliere.

Risultano strategici:

- la programmazione delle prestazioni domiciliari o territoriali che è definita colla condivisione dei professionisti ospedalieri e extraospedalieri;
- la individuazione di un *tutor* (tipo case-manager) che si fa garante di questa integrazione.

4.1.1. Ospedale a Domicilio

La riorganizzazione dei piani di assistenza con la previsione di una fase terapeutica al domicilio del paziente con una stretta collaborazione tra MMG e specialista oncologo nel contesto della rete (chemioterapici orali e nuovi farmaci target) alleggerirà di prestazioni le UU.OO di cure in ospedale, consentirà un recupero di risorse economiche ed asseconderà la compliance dei pazienti.

4.2. Riabilitativa

La riabilitazione oncologica è una componente necessaria del percorso di cura, specie con il miglioramento della prognosi per numerose neoplasie. L'offerta riabilitativa deve essere prospettata al momento della presa in carico del paziente e si svolge sia in fase precoce (contestualmente al trattamento primario), che tardiva, fino alla fase di *follow-up*. La riabilitazione oncologica attiva quindi anche i servizi territoriali, si integra con le attività di psico-oncologia e riceve interessanti opportunità del mondo del volontariato e dell'associazionismo.

4.3. Fine-vita

La rete si fa carico di tutte le fasi di malattia oncologica ed in particolare di quella terminale. L'accesso ai servizi territoriali competenti (assistenza domiciliare, *hospice*) viene programmato direttamente dai servizi di cura oncologica secondo valutazioni condivise dai diversi professionisti coinvolti.

5. GARANTIRE L'INTEGRAZIONE CON I PROGRAMMI DI PREVENZIONE SECONDARIA

Le attività di screening sono parte integrante della rete oncologica che assume come obiettivo :

- livelli omogenei di estensione e adesione nonché di controllo di qualità del processo;
- automatismi che consentano di inserire tempestivamente il caso screenato nel percorso di stadiazione e cura;
- procedure di screening specifiche per l'alto rischio genetico o su ambiti territoriali potenzialmente a rischio.

Fortemente raccomandato per una 'strutturazione di base delle reti'

6. GARANTIRE IL MONITORAGGIO SISTEMATICO DEI PERCORSI

La rete deve mostrare particolare attenzione sulla omogeneità, la qualità e l'appropriatezza dei percorsi. Strumenti fondamentali sono i documenti condivisi (linee guida, raccomandazioni cliniche, indicazioni per l'utilizzo delle innovazioni tecnologiche) che definiscono le procedure (cliniche e organizzative) nelle diverse patologie oncologiche. Tali documenti devono prevedere indicatori specifici in grado di monitorare i comportamenti per aree di residenza o per erogatori. Occorre prevedere una struttura centralizzata di settore (ragionevolmente in rapporto con il Registro Tumori) in grado di produrre periodicamente analisi da cui individuare eventuali azioni di riallineamento.

7. GARANTIRE LA RACCOLTA, FRUIBILITA' E UTILIZZO (strategico, organizzativo, di valutazione, per la ricerca) DELLE INFORMAZIONI DI PROCESSO, OUTPUT, E OUTCOME

Un sistematico monitoraggio mediante indicatori delle attività è lo strumento con cui il governo clinico istituisce le azioni strategiche di sistema. Le informazioni devono considerare in maniera adeguata e unitaria tutti gli ambiti dell'oncologia, dalla prevenzione alla cura, dalla ricerca alla comunicazione e sono la base di piani pluriennali di intervento.

Fortemente raccomandato per una 'strutturazione di base delle reti'

8. GARANTIRE LA PARTECIPAZIONE ATTIVA DEI PROFESSIONISTI (tempo per la rete)

La funzionalità della rete passa attraverso il coinvolgimento dei professionisti, sia nei livelli direzionali che di elaborazione delle scelte. Oltre alla valorizzazione del ruolo che ciascuno copre all'interno della rete, risulta particolarmente efficace il loro coinvolgimento nelle infrastrutture di sistema (accesso alla ricerca, partecipazione a *trials* di rete, analisi del monitoraggio, discussione in rete etc.). Le attività di rete (dalle funzioni di *second opinion* alla definizione di percorsi innovativi) devono essere quantizzati e valorizzati. In quest'ottica sono da incentivare mobilità e flessibilità del personale.

Fortemente raccomandato per una 'strutturazione di base delle reti'

9. GARANTIRE LA FLESSIBILITA' E MOBILITA' DEI PROFESSIONISTI

La rete è un sistema unitario con diverse articolazioni cui possono e devono contribuire tutti i professionisti. Pur mantenendo l'appartenenza alle diverse Aziende i professionisti possono dedicare quota parte del loro tempo a infrastrutture della rete (con funzioni di data management per *trials* di sistema, collaborazione a centri di alta specializzazione, *second opinion* per la complessità).

Deve essere inoltre consentita una più efficace mobilità all'interno della rete sia per finalità formative che per la creazione di equipe itineranti per specifici interventi. Alcuni professionisti possono infine essere comandati alla struttura direzionale della rete.

10. GARANTIRE LA PARTECIPAZIONE ATTIVA DELLE ASSOCIAZIONI DEI PAZIENTI

Il volontariato, e più in generale l'associazionismo in campo oncologico, sono una delle componenti formalmente riconosciute dalla rete. Oltre a disporre di un tavolo permanente, questo partecipa ai livelli rappresentativi e direzionali definendo di concerto con il coordinamento regionale gli ambiti di integrazione operativa. A questo proposito sono periodicamente individuati sedi e fasi del percorso di cura in cui il volontariato, "accreditato" dalla rete, svolge specifiche funzioni di integrazione e/o completamento dell'offerta istituzionale.

11. GARANTIRE L'INTEGRAZIONE INTER-ISTITUZIONALE (accordi, contratti, DRG di percorso ecc.)

La rete si basa su accordi interistituzionali in grado di favorire percorsi di cura e di qualità. Ogni Azienda risponde ad un grado di domanda oncologica di base, mentre sono necessarie sinergie tra istituzioni per le patologie più rare, o più complesse o che necessitano di particolare dotazione tecnologica. E' opportuno prevedere ambiti territoriali costituiti da più aziende in cui si ricerchi l'equilibrio domanda/offerta anche per l'alta specializzazione. La rete identifica e promuove percorsi interistituzionali superando logiche di competizione interna. A sostegno di questa logica virtuosa, la Regione dovrebbe definire DRG che si riferiscono al percorso, più che alle singole prestazioni.

Fortemente raccomandato per una 'strutturazione di base delle reti'

12. GARANTIRE L'INTEGRAZIONE INTERREGIONALE

L'adozione di criteri comuni di riferimento ,come quelli presentati in questa guida) tendono a definire una realtà di sinergia e coesione che è preparatoria della costruzione di una rete nazionale. Questo criterio si concretizza quindi nella verifica sistematica delle caratteristiche delle reti delle altre regioni al fine di integrare primariamente i percorsi tecnico-professionali. Ulteriore elemento di prioritarizzazione è l'analisi delle mobilità interregionale di pazienti con cancro al fine di identificare, gestire e monitorare i flussi spontaneamente più rilevanti, riconducendoli a principi di appropriatezza e di fondamento scientifico (v. Criterio 3).

13. GARANTIRE LO SVILUPPO DELLA RICERCA

- La ricerca è parte integrante della rete, si avvale delle sue articolazioni e della sua casistica e si impegna a trasferirvi con rapidità l'innovazione che produce.
- Occorre garantire un sostegno anche economico delle attività diffuse di ricerca, favorendo e incentivando le sinergie tra ricercatori con costante censimento degli studi in corso.
- Particolare importanza assume la individuazione di una infrastruttura comune per le sperimentazioni cliniche in grado di valorizzare il pieno utilizzo della casistica regionale promuovendo la partecipazione a *trials* anche nelle realtà più periferiche.
- Definire modalità diverse di approvazione da parte dei Centri di Eccellenza (CE) ; ad es l'approvazione di un CE di un centro della Rete ha valore per tutti i centri aderenti alle reti, fermo restando l'autorizzazione della Direzione Generale di ogni centro

- E' opportuno inoltre un investimento su uno o più laboratori di ricerca di fase avanzata con caratteristiche di "*open space*" per tutta la rete.
- Facilitare la creazione di una rete di biobanche per le quali deve essere previsto adeguato supporto economico
- Creare una rete di reparti/strutture di farmacologia clinica per lo sviluppo di farmaci sin dalle fasi più precoci (Fasi 1)
- Valutare la centralizzazione di prestazioni diagnostiche di laboratorio di alta specializzazione (ad es. Biologia molecolare; Citogenetica, etc)
  (vedere anche Criterio 15).

14. GARANTIRE LA QUALITA' MEDIANTE PROGRAMMI REGIONALI DI: MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITA', SITE VISIT, ACCREDITAMENTO DELL'ECCELLENZA, *CLINIAL RISK MANAGEMENT*

La ricerca di effettive omogeneità dell'offerta, all'interno della rete, è un obiettivo centrale che garantisce la legittimazione del modello tra gli utenti. E' fondamentale garantire una costante azione di monitoraggio mediante indicatori sui comportamenti clinici adottati in tutti gli snodi della rete, con periodico aggiornamento delle procedure, secondo criteri di qualità e innovazione. La rete adotta meccanismi di controllo periodico in sede, finalizzati alla tenuta dei livelli organizzativi e alla loro coerenza con le funzioni interne e interistituzionali, con particolare riferimento all'alta specializzazione.

15. GARANTIRE IL MIGLIORAMENTO DELLA LOGISTICA MEDIANTE REINGEGNERIZZAZIONE DEI SERVIZI (centralizzazione dei laboratori ecc)

- La rete è uno strumento di razionalizzazione delle risorse umane e strutturali, secondo criteri di economie di scala.
- Si debbono prevedere infrastrutture, specie in campo diagnostico, che si arricchiscano di funzioni di alta specializzazione o si specializzino su settori con ampi bacini di utenza
- Per l'innovazione tecnologica si devono prevedere dotazioni "di rete" con accessi valutati nella struttura di residenza. La tecnologia può garantire una condivisione della diagnostica, una specializzazione di alcune sedi, un uso più facile delle *second opinion.*

Gruppo di lavoro "Buon uso delle risorse in oncologia"

Relazione finale

A cura di Roberto Grilli [1], Maurizio Leoni [2] e Roberto D'Amico [3]

[1] **Direttore, Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia-Romagna**
[2] **Area di Programma Governo Clinico, Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia-Romagna**
[3] **Direttore, Centro Cochrane Italiano, Università di Modena e Reggio Emilia**

20 febbraio 2014

Introduzione

I sistemi sanitari nazionali stanno affrontando un difficile periodo caratterizzato da una forte contrazione economica e dalla conseguente necessità di mantenere un equilibrio tra esigenze di copertura, qualità dell'assistenza e la loro sostenibilità. Tra le diverse misure proposte per affrontare questo problema, alcune iniziative più mirate all'identificazione di procedure diagnostiche e di trattamenti di scarso valore clinico, ma a elevato consumo di risorse, potrebbero consentire una significativa riduzione di costo e al tempo stesso un mantenimento (o anche un miglioramento) dei livelli qualitativi dell'assistenza. Queste iniziative rientrano nel novero di quelle attualemente definite "di *disinvestment*".

Per disinvestimento s'intende quel processo di rimozione parziale o completa di risorse sanitarie da quegli interventi, programmi e/o da quelle tecnologie, che sebbene siano utilizzati nella pratica sono considerati fornire un beneficio nullo o modesto per il loro costo e quindi non rappresentano un'efficiente allocazione di risorse sanitarie.

Definire questo tipo d'interventi in campo sanitario è un esercizio complesso che richiede la considerazione di una molteplicità di fattori e di punti di vista. La comunità scientifica internazionale raccomanda che alla base di ogni decisione ci debba essere sempre un'attenta, rigorosa e sistematica valutazione delle migliori evidenze disponibili. Tuttavia, le esperienze realizzate con successo sono al momento piuttosto limitate e molto dipendenti dal contesto (1).

L'identificazione delle procedure dismissibili, il processo della loro rimozione/sostituzione e il reinvestimento delle risorse così liberate, anche nell'innovazione e nella ricerca, è un percorso che diversi Servizi Sanitari stanno affrontando.

Nel Regno Unito, ad esempio, il *National Institute for health and Clinical Excellence* (NICE) ha recentemente redatto una guida per il contenimento dei costi sanitari (http://guidance.nice.org.uk). Il NICE promuove la migliore pratica clinica attraverso l'uso d'interventi che sono costo-efficaci e avversa l'utilizzo di quelli non efficaci o considerati non sostenibili. Il NICE ha iniziato nel 2006 con il Centro Cochrane Inglese un percorso per l'individuazione delle procedure potenzialmente dismissibili (2). In Spagna, nel 2006, una legge nazionale ha riconosciuto l'importanza del processo di rimozione di tecnologie considerate non efficaci, non efficienti o con un rapporto rischio-beneficio sfavorevole (3,4). Nel 2007 due agenzie regionali di HTA hanno iniziato un progetto di ricerca mirato all'identificazione, prioritarizzazione e valutazione di

tecnologie potenzialmente obsolete. Nel 2010 è stata pubblicata la prima linea guida per il de-finanziamento di tali tecnologie nei sistemi sanitari, tuttavia, l'implementazione di tali politiche tuttavia è ancora in corso. In Australia, nel 2009, il Dipartimento della Salute e della Terza Età ha condotto una valutazione delle attività di HTA e ha chiesto una formale revisione di tutti le procedure in corso utilizzate per individuare gli interventi su cui disinvestire (3). Nello stesso anno il governo ha finanziato un programma di ricerca con l'obiettivo di sviluppare uno strumento, in grado di agevolare l'individuazione di tali interventi sulla base delle evidenze. Sempre in Australia, con lo stesso obiettivo è stato finanziato il progetto ASTUTE Health Study che aggiunge nello strumento considerazioni etiche, economiche, coinvolgendo nel processo di sviluppo anche pazienti, cittadini, clinici e decisori sanitari (5). In Canada, le attività di disinvestimento sono oggetto di studio da più di 20 anni.

Dal punto di vista metodologico sono diversi gli approcci utilizzati per l'individuazione degli interventi potenzialmente dismissibili. Brevemente, questi possono essere suddivisi in metodi che individuano questi interventi sulla base dalle informazioni scientifiche disponibili o dalle segnalazioni dei professionisti sanitari. Il progetto di collaborazione tra il NICE e il Centro Cochrane Inglese, ad esempio, rappresenta il primo caso. Lo studio prevede un sistema di monitoraggio della sezione "Implications for practice" delle nuove revisioni sistematiche Cochrane grazie al quale vengono individuati quegli interventi per i quali il revisore non ne raccomanda l'uso. Il progetto Choosing Wisely (6), invece rappresenta la seconda tipologia. Questa iniziativa coinvolge le società scientifiche americane e utilizza un processo che a partire dalla consultazione della letteratura e passando per procedure per ottenere decisioni condivise, individua una lista di 5 interventi da non effettuare.

Questo documento illustra i metodi ed i risultati di un progetto sviluppato attraverso la collaborazione tra l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia-Romagna ed il Centro Cochrane Italiano, collaborazione resa possibile dal supporto economico fornito da AGEnas. Questo progetto è stato proposto e condiviso nell'ambito del Gruppo di Lavoro sul buon uso delle risorse economiche in ambito oncologico, formalmente istituito dal Ministero della Salute, Dipartimento Generale della Prevenzione. In quel contesto infatti, si è convenuto sulla opportunità che il tema dell'uso delle risorse economiche fosse affrontato dal punto di vista della concreta individuazione di modalità assistenziali la cui dismissione dalla pratica clinica potesse essere effettivamente contemplata, alla luce di un loro documentato scarso o nullo valore clinico.

A partire da questa premessa, il progetto ha avuto l'obiettivo di individuare, attraverso una consultazione degli specialisti clinici ed una valutazione delle evidenze empiriche disponibili in letteratura, interventi sanitari il cui impiego nella pratica clinica potesse avere i profili di un uso improprio/inefficiente di risorse economiche, essendo queste ultime impiegate per interventi a) dismissibili, poiché di documentata inefficacia/inutilità; b) ad alto rischio d'inappropriatezza, poiché clinicamente utili solo in specifiche e circoscritte condizioni cliniche; c) considerabili solo in un contesto di ricerca, poiché di ancora incerto valore clinico.

Il progetto ha quindi cercato di produrre una lista d'interventi, che tenesse tenga conto, oltre che del giudizio degli oncologi, anche della letteratura scientifica, in particolare delle evidenze provenienti dalle revisioni sistematiche (RS) e da Linee-Guida (LG).

Materiali e Metodi

Il progetto, avviato a partire dall'aprile 2013, ha avuto le seguenti fasi:

- Individuazione di modalità di assistenza "problematiche", sulla base delle opinioni dei professionisti

La Commissione Oncologica Regionale della Regione Emilia Romagna è stata attivata, mediante un apposito questionario (vedi Appendice 1) indirizzato ai suoi componenti (30 professionisti, di cui 27 clinici e 3 direttori sanitari) con il quale si chiedeva di segnalare interventi utilizzati in campo oncologico ritenuti essere di scarso valore clinico, di incerto valore clinico o ad alto rischio di inappropriatezza. Il questionario chiedeva di concentrare l'attenzione in particolare sulle patologie oncologiche più frequenti (mammella, polmone, colon-retto, prostata), pur lasciando la possibilità di fare riferimento anche a interventi relativi ad altri tipi di tumore.

- Verifica delle evidenze empiriche disponibili

Per ciascuna delle pratiche assistenziali individuate nel modo sopra descritto, è stata successivamente condotta una ricerca bibliografica indirizzata alla individuazione di revisioni sistematiche o linee-guida pertinenti. In particolare, per ogni intervento è stato definito un corrispondente PICO (un quesito clinico che esplicita oltre all'intervento in questione anche la tipologia di pazienti interessata, gli esiti di interesse ed eventuali modalità di assistenza alternative) sulla base del quale sono state ricercate evidenze a supporto della sua dismissibilità, nella forma di revisioni sistematiche, sia Cochrane sia non Cochrane, le Linee Guida indicizzate in PUBMED e la lista lista Do-not-do del NICE.
E' stato inoltre valutato il grado di sovrapposizione tra il quesito individuato dal panel e quello valutato nella RS o LG. La procedura seguita ha previsto la ricerca prima delle revisioni sistematiche Cochrane, poi di quelle non Cochrane e infine delle LG.

- Definizione di un consenso circa la possibile dismissibilità delle modalità di assistenza individuate

Infine, a completamento del percorso progettuale, le modalità di assistenza segnalate dalla Commissione Oncologica della Regione Emilia Romagna per le quali sono state effettivamente rintracciate evidenze empiriche sono state poi sottoposte alla valutazione di un panel multidisciplinare nazionale, i cui componenti sono stati individuati tra i membri dei tre gruppo di lavoro costituiti in ambito oncologico presso il Dipartimento Generale della Prevenzione. In particolare, 11 componenti sono stati individuati (vedi elenco in Appendice 2) a cui, utilizzando una metodologia Delphi è stato chiesto di esprimere il proprio grado di accordo/disaccordo con la effettiva dismissibilità delle pratiche assistenziali in questione. I componenti hanno quindi proceduto a due successive valutazioni su una scala da 1 a 9, laddove i valori 1 e 9 corrispondevano rispettivamente ad un totale disaccordo e accordo con l'ipotesi di dismissione. Valori compresi tra 1 e 3 corrispondevano ad un diverso grado di disaccordo sulla dismissione, valori tra 7 e 9 a diversi gradi di accordo e, infine, quelli compresi tra 4 e 6 ad un diverso grado di incertezza rispetto al quesito posto.

Risultati

Il questionario rivolto ai componenti della Commissione Oncologica Regionale della Emilia Romagna ha portato alla individuazione di 37 interventi/modalità di assistenza, 11 dei quali riguardavano il tumore alla mammella, 5 il colon-retto, 5 il polmone, 5 la prostata e 11 altri tipi di tumore. L'elenco completo dei quesiti clinici derivati dalle risposte al questionario è riportato in Appendice 3.
Tra gli interventi così individuati, il 49%(18) non avevano né il supporto di RS né di LG, il 30% (11) avevano il supporto di RS Cochrane, l'11% (4) di RS non Cochrane e l'11% (4) di LG. Circa la meta' di questi interventi avevano un buon grado di sovrapposizione con i quesiti affrontati da RS e LG.

Le Tabelle I-IV riportano infine i risultati della valutazione fatta dal panel nazionale di esperti circa la effettiva dismissibilità delle modalità di assistenza e degli interventi sottoposti alla loro attenzione.
Come si vede, in 15 casi vi è stata una convergenze delle opinioni degli esperti coinvolti sulla loro dismissibilità, mentre nei rimanenti 4 si è riscontrato un disaccordo.

In Box 1 è riportata la lista degli interventi sulla cui potenziale dismissibilità è stato rilevato un accordo.

Discussione e conclusioni

Come nelle intenzioni, il lavoro condotto ha effettivamente portato alla individuazione di alcune pratiche assistenziali utilizzate in ambito oncologico per le quali potrebbe essere utile, anche al fine di un eventuale risparmio di risorse, considerare l'adozione di politiche di attivo disinvenstimento. Questo risultato è stato conseguito attraverso un processo che ha cercato di tenere conto sia del punto di vista degli esperti e degli operatori del settore, sia delle evidenze empiriche effettivamente disponibili in relazione alla efficacia clinica delle modalità di assistenza individuate. da questo punto di vista, come sarà stato certamente notato, solo 19 delle 37 modalità di assistenza originariamente individuate sono state sottoposte al vaglio finale del panel nazionale di esperti, cui è stato affidato il compito di partecipare ad un esercizio strutturato di individuazione di un consenso circa la loro effettiva dismissibilità. Questa selezione è stata motivata dalla decisione, condivisa in seno al Gruppo di lavoro sul buon uso delle risorse economiche, di concentrare prioritariamente l'attenzione su quelle modalità di assistenza per le quali fossero effettivamente disponibili informazioni empiriche sufficientemente robuste (nella forma di revisioni sistematiche o linee-guida). In altri termini, vista la complessità, sotto il profilo tecnico scientifico e non solo, insita nell'avvio di politiche di attivo disinvestimento, è stato ritenuto utile che queste ultime partissero da aspetti sui quali tali politiche potessero risultare relativamente meno discutibili e controverse. Nelle altre circostanze, laddove evidenze empiriche non sono state rintracciate, è possibile che ci si trovi di fronte a modalità di assistenza che sarebbero meritevoli di conseguenti investimenti in iniziative di ricerca orientate a colmare il gap informativo relativo a interventi/pratiche utilizzate nella pratica clinica ma, appunto, non supportate da robuste evidenze sulla loro reale efficacia.
I risultati qui presentati non possono essere visti come esaustivi. Vi sono con ogni probabilità altre modalità di assistenza meritevoli di essere considerate criticamente ai fini di un possibile disinvestimento che in

questo contesto non sono state considerate. E' ad esempio il caso dei marcatori tumorali, già oggetto di significative iniziative nazionali finalizzate ad indirizzarne l'impiego in modo appropriato e, proprio per questo, non considerate nel presente lavoro.

I risultati di questo lavoro vanno anche interpretati criticamente e con cautela. Nel contesto di questa iniziativa sono mancate le risorse ed i tempi necessari per integrare il lavoro condotto con una analisi della effettiva frequenza di ricorso nella pratica clinica corrente delle modalità di assistenza individuate. Questo è evidentemente un aspetto non secondario, dal momento che l'impatto economico di politiche di attivo disinvestimento o dismissione è condizionato dai costi assorbiti dalla erogazione delle modalità di assistenza qualificate come di scarso o nullo valore clinico e, quindi, in ultima istanza, dalla loro prevalenza nella pratica clinica.

L'assenza di informazioni circa la frequenza di impiego delle modalità di assistenza e degli interventi in questione sarebbe particolarmente importante per l'individuazione, nell'ambito della lista prodotta da questo lavoro, di priorità, vale a dire di ambiti su cui concentrare l'attenzione in ragione anche della entità di risorse assorbite.

Un ulteriore elemento a supporto della individuazione di priorità di intervento è rappresentato dal grado di condivisione riscontrato sulla opportunità di farne oggetto di politiche di disinvestimento.

Su questo aspetto almeno questo progetto è effettivamente in grado di portare alcuni significativi elementi informativi. Infatti, la metodologia impiegata per il lavoro del panel nazionale di esperti ha consentito non soltanto di individuare formalmente la presenza di un accordo sulla dismissibilità, ma anche di rilevare in modo trasparente la robustezza di questo accordo, evidenziando la variabilità tra le opinioni degli esperti coinvolti (si vedano a questo proposito le Tabelle I-IV). Effettivamente vi sono modalità di assistenza per le quali tutti gli esperti coinvolti nel panel finale hanno espresso parere favorevole alla loro dismissibilità (ricorrendo a voti tutti compresi tra 7 e 9, secondo la metodologia impiegata) . Queste circostanze rappresentano quindi ambiti su cui è lecito attendersi che l'avvio di politiche di dismissione generi relativamente meno controversie ed opinioni contrarie.

Questo lavoro, che ha avuto la necessità di dover essere condotto in tempi rapidi e con risorse molto scarse, ha molti limiti. Questi limiti hanno, tra le altre cose, reso impossibile un lavoro più analitico sulle evidenze empiriche disponibili, che avrebbe consentito di rintracciare non soltanto informazioni provenienti da forme di ricerca secondaria (revisione sistematiche), ma anche studi primari eventualmente presenti. Per le stesse ragioni, infine, non è stato possibile nel nostro contesto avviare alcuna iniziativa che tenesse conto del punto di vista dei pazienti.

Un'ultima importante considerazione riguarda la necessità di tenere conto del significato insito nel termine "dismissione" o "disinvestimento" quanto concretamente accostato a specifici interventi o modalità di assistenza. Come appare ben visibile ad un esame degli item assistenziali riportati nelle Tabelle I-IV, ci si trova di fatto di fronte ad interventi che non sono semplicemente "rimuovibili" dalla pratica clinica in quanto qualificati come inutili/inefficaci in senso assoluto, ma ad interventi il cui impiego è posto in discussione in specifiche circostanze cliniche ed altrettanto specifiche categorie di pazienti. In questo senso, i termini "dismissione" e "disinvestimento" vanno letti in senso per così dire relativo, dal momento che il problema fondamentale è quello di preservarne un uso appropriato, dismettendo invece le modalità di utilizzo considerate inappropriate. E' questo, riteniamo, un aspetto particolarmente rilevante di cui le politiche di disinvestimento dovranno tenere conto.

Bibliografia

1. Haas M, Hall J, Viney R, Gallego G. Breaking up is hard to do: why disinvestment in medical technology is harder than investment. Australian Health Review, 2012, 36,148-152.

2. Garner S, Docherty M, Somner J, Sharma T, Choudhury M, Clarke M, Littlejohns P. Reducing ineffective practice: challenges in identifying low-value health care using Cochrane systematic reviews. J Health Serv Res Policy. 2013 Jan;18(1):6-12. doi: 10.1258/jhsrp.2012.012044.

3. Gerdvilaite, J., Nachtnebel, A. Disinvestment: overview of disinvestment experiences and challenges in selected countries. HTA- Projektbericht. 2011; Nr. 57. Wien: Ludwig Boltzmann Institut fur Health Technology Assessment.

4. Ruano Raviña A, Velasco González M, Varela Lema L, Cerdá Mota T, Ibargoyen Roteta N, Gutiérrez Ibarluzea I, et al. Identification, prioritisation and assessment of obsolete health technologies. A methodological guideline. Quality Plan for the National Health System. Galician Health Technology Assessment Agency; 2007. HTA.

5. Watt et al. The Astute Health study protocol: Deliberative stakeholder engagements to inform implementation approaches to healthcare disinvestment. Implementation Science 2012 7:101.

6. Schnipper LE, Smith TJ, Raghavan D, Blayney DW, Ganz PA, Mulvey TM, Wollins DS. American Society of Clinical Oncology identifies five key opportunities to improve care and reduce costs: the top five list for oncology, J Clin Oncol 2012;30:1715-24.

Tabella I: risultati della valutazione sulla effettiva dismissibilità delle modalità di assistenza/interventi relativi al tumore della mammella . Il numero cerchiato indica il valore mediano tra i voti espressi, la linea orizzontale il range dei voti osservati.

Modalita' di cura o di assistenza classificate come potenzialmente dismissibili	Giudizio espresso
patologia 1 - carcinoma mammario -	
patologia 1-01 Sei d'accordo sul dismettere l'impiego del follow-up intensivo nelle donne asintomatiche con neoplasia mammaria precoce operata a basso rischio di recidiva rispetto ad un follow-up minimalista comprendente mammografia ed esame clinico?	esito 2° round: 1 2 3 4 5 6 7 8 (9) accordo su: appropriatezza della dismissione
patologia 1-02 Sei d'accordo sul dismettere l'impiego del follow-up delle pazienti con neoplasia mammaria operata eseguito in parallelo da piu' specialisti (chirurgo, radioterapista, oncologo medico) rispetto a quello eseguito dal solo oncologo medico considerato lo specialista di riferimento cui affidare questa attività?	esito 2° round: 1 2 3 4 5 6 7 8 (9) accordo su: appropriatezza della dismissione
patologia 1-03 Sei d'accordo sul dismettere l'impiego sistematico dell'ecografia mammaria esclusiva quale strumento di screening del carcinoma mammario?	esito 2° round: 1 2 3 4 5 6 7 8 (9) accordo su: appropriatezza della dismissione
patologia 1-04 Sei d'accordo sul dismettere l'impiego sistematico della RMN mammaria rispetto alla mammografia convenzionale nella diagnosi precoce del carcinoma mammario?	esito 2° round: 1 2 3 4 5 6 7 8 (9) accordo su: appropriatezza della dismissione
patologia 1-05 Sei d'accordo sul dismettere l'impiego di chemioterapia e immunoterapia adiuvante con Trastuzumab in donne con carcinoma mammario operate HER2 positive con stadio pT1aN0M0?	esito 2° round: 1 2 3 4 5 6 7 8 (9) disaccordo
patologia 1-06 Sei d'accordo sul dismettere l'impiego di chemioterapia neoadiuvante in donne con carcinoma mammario operabile d'ambit' in modo conservativo e con T < 3 cm rispetto alla chirurgia conservativa upfront?	esito 2° round: 1 2 3 4 5 6 7 8 (9) disaccordo
patologia 1-07 Sei d'accordo sul dismettere l'impiego della dissezione ascellare sistematica nelle donne sottoposte a SLNB con LN sentinella positivo nel carcinoma mammario operato?	esito 2° round: 1 2 3 4 5 (6) 7 8 9 accordo su: incertezza sulla dismissione

Tabella II: risultati della valutazione sulla effettiva dismissibilità delle modalità di assistenza/interventi relativi al tumore colon-retto Il numero cerchiato indica il valore mediano tra i voti espressi, la linea orizzontale il range dei voti osservati.

patologia 2 - carcinoma colonrettale -	
patologia 2-08 Sei d'accordo sul dismettere l'impiego del CEA o del CA 19.9 nel soggetto asintomatico nella diagnosi precoce del carcinoma colon rettale rispetto alla ricerca del sangue occulto fecale e/o colonscopia?	esito 2° round: 1 2 3 4 5 6 7 8 (9) accordo su: appropriatezza della dismissione
patologia 2-09 Sei d'accordo sul dismettere l'impiego della chemioterapia locoregionale rispetto alla chemioterapia sistemica o non trattamento nella terapia delle metastasi epatiche da tumore del colon operate?	esito 2° round: 1 2 3 4 5 6 7 8 (9) accordo su: appropriatezza della dismissione
patologia 2-10 Sei d'accordo sul dismettere l'impiego della chemioterapia locoregionale rispetto alla chemioterapia sistemica nel trattamento delle metastasi epatiche da tumore del colon non operabili?	esito 2° round: 1 2 3 4 5 6 7 8 (9) accordo su: appropriatezza della dismissione
patologia 2-11 Sei d'accordo sul dismettere l'impiego della colonscopia virtuale rispetto alla colonscopia convenzionale nella diagnosi precoce del carcinoma colo rettale?	esito 2° round: 1 2 3 4 5 6 7 (8) 9 accordo su: appropriatezza della dismissione
patologia 2-12 Sei d'accordo sul dismettere l'impiego della sola radioterapia preoperatoria rispetto alla chemio-radioterapia nel carcinoma rettale operabile?	esito 2° round: 1 2 3 4 5 6 7 8 (9) accordo su: appropriatezza della dismissione

Tabella III: risultati della valutazione sulla effettiva dismissibilità delle modalità di assistenza/interventi relativi ai tumori del polmone e della prostata. Il numero cerchiato indica il valore mediano tra i voti espressi, la linea orizzontale il range dei voti osservati.

patologia 3 - carcinoma polmonare -	
patologia 3-13 Sei d'accordo sul dismettere l'impiego della chirurgia up front nel trattamento nel paziente con neoplasia polmonare localmente avanzata (stadio IIIA o IIIB)?	esito 2° round: 1 2 3 4 5 6 7 8 (9) accordo su: appropriatezza della dismissione
patologia 4 - carcinoma prostatico -	
patologia 4-14 Sei d'accordo sul dismettere l'impiego della prostatectomia radicale in pazienti con carcinoma prostatico localizzato e con aspettativa di vita >10 anni?	esito 2° round: 1 2 3 4 5 6 7 (8) 9 accordo su: appropriatezza della dismissione
patologia 4-15 Sei d'accordo sul dismettere l'impiego del PSA nel maschio asintomatico ai fini di diagnosi precoce?	esito 2° round: 1 2 3 4 5 6 7 8 (9) accordo su: appropriatezza della dismissione
patologia 4-16 Sei d'accordo sul dismettere l'impiego della scintigrafia ossea nella stadiazione del carcinoma prostatico localizzato indipendentemente dal rischio di recidiva?	esito 2° round: 1 2 3 4 5 6 7 (8) 9 accordo su: appropriatezza della dismissione

Tabella IV: risultati della valutazione sulla effettiva dismissibilità delle modalità di assistenza/interventi relativi ad altri tipi di neoplasie. Il numero cerchiato indica il valore mediano tra i voti espressi, la linea orizzontale il range dei voti osservati.

patologia 5-17 Sei d'accordo sul dismettere l'impiego della radioterapia panencefalica dopo resezione o radiochirurgia stereotassica in pazienti con metastasi cerebrali?	esito 2° round: 1 2 3 4 5 6 7 8 (9) accordo su: appropriatezza della dismissione
patologia 5-18 Sei d'accordo sul dismettere l'impiego profilattico di antibioticoterapia dopo posizionamento di catetere venoso centrale?	esito 2° round: 1 2 3 4 5 6 7 8 (9) accordo su: appropriatezza della dismissione
patologia 5-19 Sei d'accordo sul dismettere l'impiego della chemioterapia ad alte dosi con supporto midollare autologo nei tumori solidi sia in fase avanzata che come trattamento precauzionale rispetto alla chemioterapia a dosi convenzionali in neoplasie solide operate a elevato rischio di recidiva?	esito 2° round: 1 2 3 4 5 6 7 8 (9) disaccordo

BOX 1

Lista degli interventi sulla cui dismissibilità vi è stato accordo. In rosso sono indicati quelli per i quali tutti gli esperti coinvolti hanno espresso parere favorevole alla dismissione

	Carcinoma mammario
1	follow-up intensivo nelle donne asintomatiche con neoplasia mammaria precoce operata a basso rischio di recidiva
2	follow-up delle pazienti con neoplasia mammaria operata eseguito in parallelo da più specialisti (chirurgo, radioterapista, oncologo medico)
3	impiego sistematico dell'ecografia mammaria esclusiva quale strumento di screening del carcinoma mammario
4	impiego sistematico della RMN mammaria rispetto alla mammografia convenzionale nella diagnosi precoce del carcinoma mammario
	Carcinoma colonrettale
1	impiego del CEA o del CA 19.9 nel soggetto asintomatico nella diagnosi precoce del carcinoma colon rettale
2	impiego della chemioterapia locoregionale rispetto alla chemioterapia sistemica o non trattamento nella terapia delle metastasi epatiche da tumore del colon operate
3	impiego della chemioterapia locoregionale rispetto alla chemioterapia sistemica nel trattamento delle metastasi epatiche da tumore del colon non operabili
4	impiego della colonscopia virtuale rispetto alla colonscopia convenzionale nella diagnosi precoce del carcinoma colo rettale
5	impiego della sola radioterapia preoperatoria rispetto alla chemio- radioterapia nel carcinoma rettale operabile
	Carcinoma polmonare
1	impiego della chirurgia up front nel trattamento nel paziente con neoplasia polmonare localmente avanzata (stadio IIIA o IIIB)
	Carcinoma prostatico
1	impiego della prostatectomia radicale in pazienti con carcinoma prostatico localizzato e con aspettativa di vita <10 anni
2	impiego del PSA nel maschio asintomatico ai fini di diagnosi precoce
3	impiego della scintigrafia ossea nella stadiazione del carcinoma prostatico localizzato indipendentemente dal rischio di recidiva
	Altro
1	impiego della radioterapia panencefalica dopo resezione o radiochirurgia stereotassica in pazienti con metastasi cerebrali
2	impiego profilattico di antibioticoterapia dopo posizionamento di catetere venoso centrale

Appendice 1

Questionario utilizzato per l'iniziale individuazione di modalità di assistenza potenzialmente problematiche ed oggetto di politiche di disinvestimento

INTERVENTI SANITARI DI SCARSO VALORE CLINICO MA ANCORA PRESENTI NELLA PRATICA CLINICA

Vi chiediamo di segnalare fino ad un massimo di 3 interventi sanitari (questa definizione va intesa in modo ampio, includendo non soltanto farmaci, tecnologie terapeutiche o diagnostiche, ma anche modalità organizzative, ecc) a Vostro giudizio ancora utilizzati nella pratica clinica corrente, ma che ritenete non abbiano alcuna efficacia o la loro efficacia sia assolutamente limitata, oppure interventi che ritenete siano stati superati da opzioni alternative in termini di efficacia clinica e sicurezza e/o costo-efficacia.

Intervento

1:_____

_____

_____

_____

Patologia oncologica in cui viene impiegato :

/_1_/ tumore della mammella /_2_/ tumore del colon-retto

/_3_/ tumore polmonare /_4_/ tumore della prostata

/_5_/ altra patologia oncologica (specificare _____)

Fase

/_1_/ diagnosi precoce /_2_/ prima diagnosi

/_3_/ intervento primario /_4_/ follow-up

/_5_/ trattamento secondario o successivo /_6_/ palliazione

/_7_/altro_____

_____

Motivazione della segnalazione (anche con l'esplicitazione degli interventi alternativi a quello segnalato, se disponibili)

_____

_____

_____

_____

INTERVENTI SANITARI DI INCERTO VALORE CLINICO IMPIEGATI NELLA PRATICA CLINICA

Vi chiediamo di segnalare fino ad un massimo di 3 interventi sanitari (questa definizione va intesa in modo ampio, includendo non soltanto farmaci, tecnologie terapeutiche o diagnostiche, ma anche modalità organizzative, ecc) utilizzati nella pratica clinica corrente, ma che ritenete abbiano un profilo di efficacia clinica e sicurezza e/o costo-efficacia ancora incerto o non sufficientemente documentato da significative evidenze empiriche.

Intervento

1:_____

_____

_____

_____

Patologia oncologica in cui viene impiegato :

/_1_/ tumore della mammella /_2_/ tumore del colon-retto

/_3_/ tumore polmonare /_4_/ tumore della prostata

/_5_/ altra patologia oncologica (specificare _____)

Fase

/_1_/ diagnosi precoce /_2_/ prima diagnosi

/_3_/ intervento primario /_4_/ follow-up

/_5_/ trattamento secondario o successivo /_6_/ palliazione

/_7_/altro_____

_____

Motivazione della segnalazione

_____

_____

_____

_____

INTERVENTI SANITARI AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA

Vi chiediamo di segnalare fino ad un massimo di 3 interventi sanitari (questa definizione va intesa in modo ampio, includendo non soltanto farmaci, tecnologie terapeutiche o diagnostiche, ma anche modalità organizzative, ecc) ad alto rischio di in appropriatezza, in quanto impiegati al di fuori delle specifiche circostanze cliniche per le quali la loro efficacia, sicurezza, costo-efficacia è stata dimostrata.

Intervento

1:_____
_____
_____
_____

Patologia oncologica in cui viene impiegato :

/_1_/ tumore della mammella /_2_/ tumore del colon-retto

/_3_/ tumore polmonare /_4_/ tumore della prostata

/_5_/ altra patologia oncologica (specificare _____)

Fase

/_1_/ diagnosi precoce /_2_/ prima diagnosi

/_3_/ intervento primario /_4_/ follow-up

/_5_/ trattamento secondario o successivo /_6_/ palliazione

/_7_/altro_____
_____

Motivazione della segnalazione

_____
_____
_____
_____

Appendice 2

Componenti del gruppo di esperti che ha partecipato alla valutazione finale per l'individuazione di un consenso sulla effettiva dismissibilità delle modalità di assistenza e degli interventi individuati

Attolini Ettore, Bertetto Oscar, Bruzzi Paolo, Dallocco Franca, Giovanni Caracci, Fasola Gianpiero, Gensini Gianfranco, Roila Fausto, Santoro Armando, Virgilio Michele

Appendice 3

Questi clinici derivati dalle risposte al questionario

Carcinoma mammario

1. E' raccomandabile il follow-up intensivo nelle donne asintomatiche con neoplasia mammaria precoce operata rispetto ad un follow-up minimalista comprendente mammografia ed esame clinico?
2. E' raccomandabile che il follow-up delle pazienti con neoplasia mammaria operata sia eseguito in parallelo da più specialisti (chirurgo, radioterapiasta, oncologo medico) o l'oncologo medico dovrebbe essere considerato lo specialista di riferimento cui affidare questa attività?
3. E' raccomandabile l'impiego sistematico dell'ecografia mammaria esclusiva quale strumento di screening del carcinoma mammario?
4. E' raccomandabile l'impiego sistematico della RMN mammaria rispetto alla mammografia convenzionale nella diagnosi precoce del carcinoma mammario o quali selezionate categorie di pazienti ne possono beneficiare?
5. E' raccomandabile l'impiego dell'ecografia trans vaginale rispetto alla astensione diagnostica in assenza di sintomi nelle donne con neoplasia mammaria operata in trattamento precauzionale con Tamoxifene?
6. E' raccomandabile nella pratica clinica l'impiego di chemioterapia ed immunoterapia adiuvante con Trastuzumab in donne con carcinoma mammario operate HER2 positive con stadio pT1aN0M0?
7. E' raccomandabile nella pratica clinica l'impiego di ormonoterapia adiuvante con inibitori dell'aromatasi rispetto al tamoxifene nelle donne con carcinoma mammario operate con recettori ormonali positivi con amenorrea chemioindotta? (Ci sono LG ASCO)
8. E' raccomandabile nella pratica clinica l'impiego di ormonoterapia adiuvante con LHRH analoghi in associazione al tamoxifene rispetto al solo tamoxifene in donne con carcinoma mammario operate con recettori ormonali positivi e con linfonodi negativi?
9. E' raccomandabile nella pratica clinica l'impiego di chemioterapia adiuvante in donne con carcinoma mammario operato con età superiore ai 70 anni?
10. E' raccomandabile nella pratica clinica l'impiego di chemioterapia neoadiuvante in donne con carcinoma mammario operabile d'amblè in modo conservativo e con T< 3cm rispetto alla chirurgia conservativa upfront?
11. E' raccomandabile nella pratica clinica l'impiego della dissezione ascellare sistematica nelle donne sottoposte a SLNB con LN sentinella positivo nel carcinoma mammario operato?

Carcinoma colorettale

12. E' raccomandabile l'impiego del CEA o del CA 19.9 nel soggetto asintomatico nella diagnosi precoce del carcinoma colo rettale rispetto alla ricerca del sangue occulto fecale e/o colonscopia?
13. E' raccomandato l'impiego della chemioterapia locoregionale rispetto alla chemioterapia sistemica o non trattamento nel terapia delle metastasi epatiche da tumore del colon operate?
14. E' raccomandato l'impiego della chemioterapia locoregionale rispetto alla chemioterapia sistemica nel trattamento delle metastasi epatiche da tumore del colon non operabili?
15. E' raccomandabile l'impiego della coloscopia virtuale rispetto alla coloscopia convenzionale nella diagnosi precoce del carcinoma colo rettale?
16. E' raccomandabile l'impiego del CA 19.9 in aggiunta o in sostituzione del CEA nel soggetto asintomatico nel follow-up del carcinoma colo rettale operato? (Vi è la delibera regionale sull'uso appropriato dei marcatori tumorali serici)?
17. E' raccomandabile, e per quali stadi, l'impiego della sola radioterapia preoperatoria versus la chemio radioterapia nel carcinoma rettale operabile?

Carcinoma polmonare

18. E' raccomandabile l'impiego della TC-PET nella valutazione della risposta terapeutica al trattamento antineoplastico nel paziente con neoplasia polmonare avanzata rispetto alla sola TC?

19. E' raccomandabile l'impiego del Radiografia Torace e citologia dell'espettorato nella diagnosi precoce del carcinoma polmonare in soggetti asintomatici ad elevato rischio (fumatori o ex fumatori)?
20. E' raccomandabile l'impiego della HRTC toracica nella diagnosi precoce del carcinoma polmonare in soggetti asintomatici ad elevato rischio (fumatori o ex fumatori)?
21. E' raccomandabile l'impiego della chemioterapia neoadiuvante nel trattamento antineoplastico nel paziente con neoplasia polmonare localmente avanzata (stadio IIIB o IV localmente avanzato)?
22. E' raccomandabile l'impiego della chirurgia nel trattamento nel paziente con neoplasia polmonare localmente avanzata (stadio IIIA o IIIB)?
23. E' raccomandabile l'impiego della chemioterapia oltre la seconda linea nel carcinoma polmonare non microcitoma avanzato?
24. E' raccomandabile l'impiego dell'Erlotinib nella seconda linea nel carcinoma polmonare non microcitoma avanzato EGFR wt?

Carcinoma prostatico

25. E' raccomandabile nella pratica clinica l'impiego della prostatectomia radicale in pazienti con carcinoma prostatico localizzato e con aspettativa i vita <10 anni?
26. E' raccomandabile l'impiego del PSA nel maschio asintomatico ai fini di diagnosi precoce?
27. E' raccomandabile l'impiego della radioterapia postoperatoria e con quali timing (precoce o tardiva a fronte dell'incremento del PSA) nel carcinoma prostatico operato non radicalmente ?
28. E' raccomandabile nella pratica clinica l'impiego della TC-PET con colina nel follow-up del carcinoma prostatico in assenza di elementi clinici-laboratoristici-strumentali di dubbio di recidiva neoplastica?
29. E' raccomandabile nella pratica clinica l'impiego della scintigrafia ossea nello staging del carcinoma prostatico localizzato indipendentemente dal rischio di recidiva?

Altro

30. E' raccomandabile l'esecuzione di chirurgia ginecologica per neoplasia ovarica presso qualsiasi centro indipendentemente dal volume dei casi trattati?
31. E' raccomandabile l'impiego del CA 19.9 nel soggetto asintomatico nella diagnosi precoce di tumori solidi? (Vi è la delibera regionale sull'uso appropriato dei marcatori tumorali serici)
32. E' raccomandabile nella pratica clinica l'impiego della chemio-ipertermia e peritonectomia in pazienti con carcinosi peritoneale o neoplasia primitiva peritoneale (mesotelioma peritoneale)?
33. E' raccomandabile nella pratica clinica a fini palliativi l'impiego della radiochirurgia stereotassica in pazienti con multiple lesioni cerebrali secondarie?
34. E' raccomandabile nella pratica clinica l'impiego della radioterapia panencefalica dopo resezione o radiochirurgia stereotassica in pazienti con metastasi cerebrali?
35. E' raccomandabile nella pratica clinica l'impiego della PET nella valutazione precoce della risposta terapeutica a trattamenti antitumorali in pazienti con patologia neoplastica avanzata/metastatica?
36. E' raccomandabile nella pratica clinica l'impiego dei farmaci antiemetici antiserotoninergici nella chemioterapia a basso potere emetogeno?
37. E' raccomandabile nella pratica clinica l'impiego dei fattori di crescita granulocitari in tutti i trattamenti con farmaci antiblastici, indipendentemente dalla tossicità ematologica attesa?
38. E' raccomandabile nella pratica clinica l'impiego profilattico di antibioticoterapia dopo posizionamento di catetere venoso centrale?
39. E' raccomandabile nella pratica clinica l'impiego di guida ecografica nel posizionamento di catetere venoso centrale in alternativa al posizionamento in assenza di guida ecografica?
40. E' raccomandabile nella pratica clinica l'impiego di radioterapia ipofrazionata versus convenzionale nel trattamento palliativo di metastasi da tumore solido ?
41. E' raccomandabile la chemioterapia ad alte dosi con supporto midollare autologo nei tumori solidi sia in fase avanzata che come trattamento precauzionale rispetto alla chemioterapia a dosi convenzionali in neoplasie solide operate ad elevato rischio di ricaduta?
42. In quali malattie oncoematologiche o tumori solidi in fase avanzata è raccomandabile la chemioterapia mieloablativa con trapianto di midollo allogenico rispetto alla chemioterapia a dosi convenzionali?

ALLEGATO 4

DOCUMENTO METODOLOGICO di HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT in ONCOLOGIA ai sensi dell'Intesa Stato Regioni e PPAA del 10/2/11

Introduzione

In tutti i Sistemi Sanitari dei Paesi sviluppati negli ultimi anni si è creata la condizione per cui l'assicurazione della tutela sanitaria per tutti i cittadini debba essere garantita pur disponendo di volumi di risorse inadeguate. Molti di questi Paesi si sono impegnati tra gli anni '80 e '90 a razionalizzare l'utilizzo delle risorse, rafforzando l'efficienza delle organizzazioni erogatrici dei servizi.

Recentemente la comunità internazionale ha cominciato ad affrontare il problema anche in termini di definizione di priorità, per conseguire un razionamento delle prestazioni assicurate ai cittadini attraverso il finanziamento pubblico. Tale processo implica la possibilità di valutare l'efficacia delle tecnologie e dei percorsi terapeutici rispetto alla popolazione interessata, senza tralasciare i costi di erogazione dei servizi.

Anche in Italia negli ultimi decenni è stata attuata una politica per la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.) assicurati dal SSN e che rappresentano il primo passo verso un necessario processo di razionalizzazione che si basa su criteri espliciti, definiti come priorità, e condivisi. Attualmente, infatti, i Sistemi Sanitari devono far fronte ad una domanda crescente di forme assistenziali innovative e ad elevato contenuto tecnologico, garantendo l'equilibrio tra incremento della tecnologia e bisogni assistenziali dei pazienti (Figure 1 e 2).

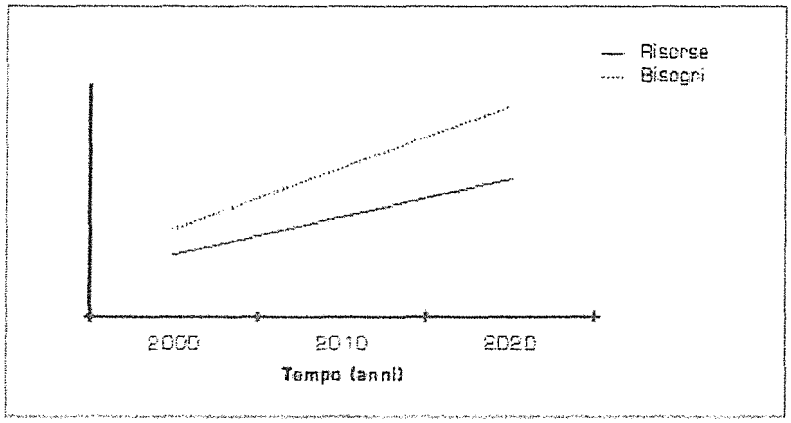


Figura 1
Il gap crescente tra risorse e bisogni

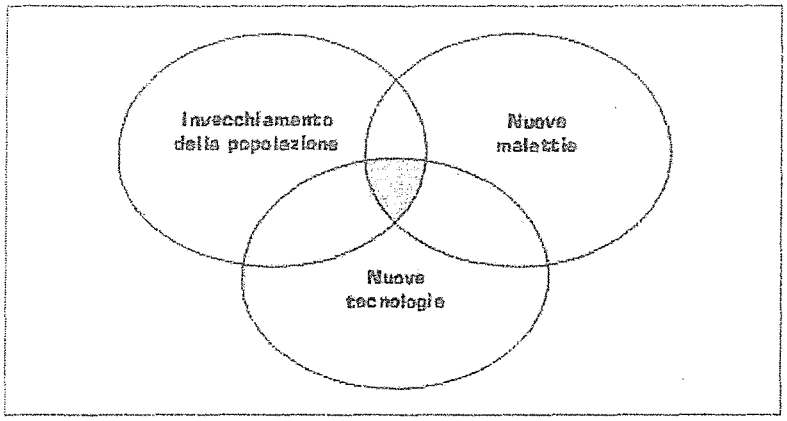


Figura 2
Le cause dell'aumento dei bisogni

In questo contesto l'Health Technology Assessment (HTA), in quanto strumento multidisciplinare di valutazione, risulta necessario per fornire ai decisori le prove scientifiche al fine di intraprendere le scelte migliori in termini di efficacia, efficienza ed equità nel contesto sanitario, e questo appare particolarmente vero nel nostro Servizio Sanitario, o meglio nei nostri Servizi Sanitari Regionali.

Per quanto riguarda nello specifico questo documento, rispetto al mandato dell'Intesa sono stati identificate due fasi: la prima, più teorica, ha come obiettivo la precisazione della metodologia e dei criteri di utilizzo dell'HTA in oncologia (a seguito di una specifica riflessione sugli aspetti peculiari dell'oncologia); la seconda, più pratica e attuativa, si propone l'elaborazione di valutazioni di HTA, le quali tuttavia necessitano di risorse definite e di una programmazione specifica.

Di seguito verranno maggiormente approfonditi i concetti relativi alla prima fase, con la definizione della metodologia di HTA, l'applicazione all'oncologia e la relazione con le Reti oncologiche e la dismissione delle tecnologie, che costituiscono importanti spunti di riflessione per la seconda fase.

Definizione

L'Health Technology Assessment (HTA) si sviluppa come la complessiva e sistematica valutazione multidimensionale e multidisciplinare delle conseguenze assistenziali, economiche, sociali ed etiche provocate in modo diretto e indiretto, nel breve e nel lungo periodo, dalle tecnologie sanitarie esistenti, da quelle di nuova introduzione e dalla dismissione di quelle obsolete o non più efficienti (Tabella 1).

Tabella 1. HTA: definizioni, principi e aree di interesse.

CARATTERISTICHE DELL'HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT	
Finalità	Elaborare informazioni e fornire supporto ai policy markers ai fini decisionali in ambito sanitario.
Ambiti di applicazione	Si applica alle tecnologie sanitarie. Ampio significato del termine tecnologia. Si intendono infatti per tecnologia tutti i mezzi tecnici e procedurali finalizzati alle attività sanitarie e che, pertanto, in questa accezione vanno compromesse non solo le apparecchiature biomedicali, ma anche l'insieme dei presidi sanitari e farmacologici unitamente agli strumenti organizzativi che sottendono al sistema delle cure.
Metodologia di lavoro	Approccio multidisciplinare alla valutazione per produrre informazioni che valutino le tecnologie e le modalità di intervento in sanità da diversi punti di vista (scientifico, economico, organizzativo, etico, sociologico,...).
Peculiarità	Finalizzazione alla decisione di allocazione delle risorse. Utilizzo delle metodologie di sintesi dell'informazione per poter produrre report facilmente leggibili e utilizzabili dai decisori della politica sanitaria.

L'HTA è quindi una forma di ricerca che esamina le conseguenze a breve e lungo termine dell'uso o della dismissione di una tecnologia sanitaria. Esso riassume le informazioni sugli aspetti medici, sociali, economici, organizzativi ed etici connessi all'uso di una tecnologia sanitaria in modo sistematico, trasparente, non distorto e solido. Come riportato in tabella1, è importante sottolineare che il termine "tecnologia sanitaria" include ogni aspetto dell'assistenza sanitaria.

L'obiettivo dell'HTA è quello di stimolare lo sviluppo di politiche sanitarie sicure, efficaci e focalizzate sulla persona e di rispondere a domande quali:

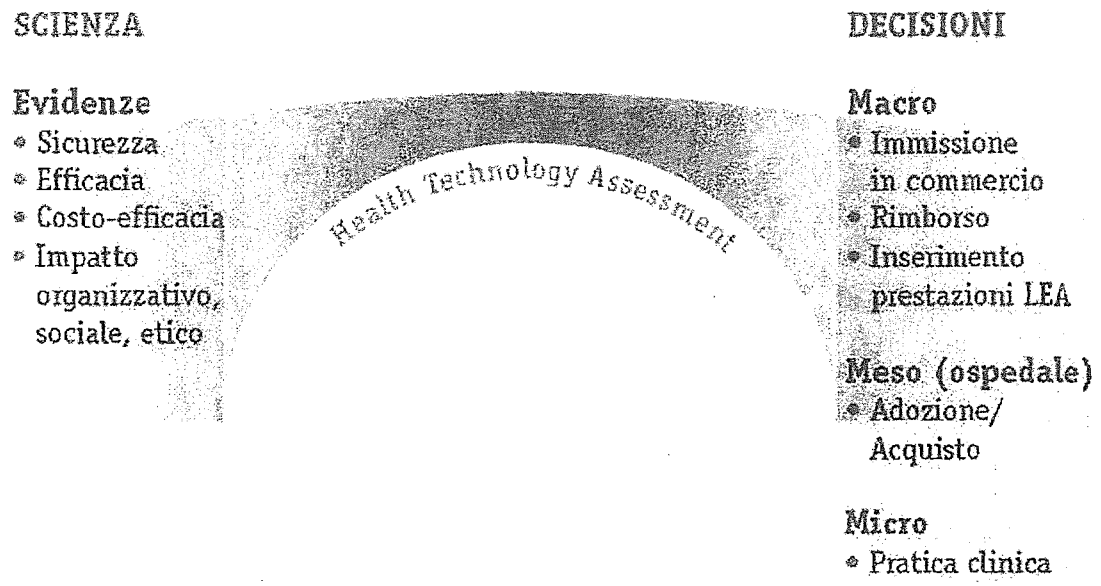
- un determinato trattamento dovrebbe essere rimborsato in un sistema sanitario nazionale?
- per quali pazienti dovrebbe essere previsto?
- per quanto tempo i pazienti dovrebbero essere sottoposti al trattamento?

La valutazione di una tecnologia sanitaria va inquadrata nell'ambito di un moderno approccio di sanità pubblica e di modello generale di funzionamento dei sistemi sanitari e delle strutture che ne fanno parte.

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
REGIONE PUGLIA

L'HTA ha quindi il compito di funzionare da **"ponte" tra il mondo della ricerca e quello del policy-making** e, come ha scritto Goodman, «ha contribuito in molti modi all'incremento della qualità dell'assistenza sanitaria, specialmente supportando lo sviluppo e l'aggiornamento di un ampio spettro di standard, linee guida e altre norme sanitarie» (Figura 3).

Figura 3. HTA come ponte tra scienza e decisioni.



L'HTA per l'oncologia

Quanto appena affermato è naturalmente applicabile in ambito oncologico. La letteratura a disposizione per quanto riguarda le tecnologie valutate in quest'ambito è prevalentemente rivolta ai farmaci; pochi sono invece gli studi disponibili inerenti l'impiego di test diagnostici, sia per quanto riguarda la diagnostica per immagini che i marker.

Per quanto attiene ai farmaci antineoplastici, è necessario considerare tre momenti distinti e scarsamente coordinati, in cui a livello di (i) FDA ed EMA, di (ii) AIFA e di (iii) Enti Regionali e Locali sono richieste informazioni mirate agli obiettivi, rispettivamente, di valutazione di efficacia e sicurezza, di definizione di prezzi e rimborsi, di identificazione sia del ruolo terapeutico che dell'impatto sul budget. Il percorso di ricerca e sviluppo finalizzato all'approvazione del farmaco prevede l'ottenimento di dati su *quality*, *safety* ed *efficacy*. La valutazione dell'efficacia, almeno nel

contesto del regolare processo di approvazione, implica l'esecuzione di un trial clinico randomizzato con la produzione di dati di beneficio clinico, e ciò può richiedere tempi anche notevolmente lunghi. Sempre più frequentemente si fa ricorso all'*accelerated approval*, ovvero la richiesta di approvazione basata su end point surrogati e vincolata alla dimostrazione del reale beneficio in trial post-commercializzazione. Un punto critico del processo di ricerca e sviluppo, nel contesto delle valutazioni di HTA, è costituito dal fatto che l'industria farmaceutica produce la minima quantità di evidenze necessarie a confrontarsi con le Agenzie regolatorie.

A fronte della richiesta di informazioni che consentano di valutare il prodotto e di predirne l'effetto sulla salute e l'impatto sui budget, questa scarsità dei dati comporta una negoziazione complessa, poco trasparente e molto lunga, che annulla i benefici in termini di tempo ottenuti dalle procedure accelerate.

L'importanza delle valutazioni di HTA si evidenzia soprattutto dalla prospettiva del pagatore, essendo peraltro i farmaci antineoplastici molto costosi.

Questo elevato costo ha un impatto negativo sul sistema; inoltre il prezzo è generalmente noto a priori della negoziazione, tanto da diventare esso stesso un determinante del valore, complicando la valutazione successiva dell'impatto che la sua introduzione avrebbe nel sistema.

Criteri di prioritarizzazione in oncologia

Il contenimento della spesa sanitaria in ambito oncologico si dovrebbe basare sull'utilizzo di farmaci equivalenti o biosimilari, la riduzione dello spreco di farmaco attraverso la collaborazione con il farmacista ospedaliero, l'intervento nel percorso registrativo e post-registrativo al fine di ottenere maggiori consenso e peso decisionale prima e dopo l'immissione del farmaco sul mercato, il *risk sharing* con le aziende farmaceutiche, l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali allo scopo di eliminare i costi evitabili e l'adozione di strumenti per la verifica dell'appropriatezza, secondo le logiche dell'HTA.

Sarebbe quindi auspicabile l'applicazione della metodologia dell'HTA attraverso un processo analogo a quello di seguito riportato:

1. Individuazione dei farmaci oncologici (e delle combinazioni), per indicazione, da sottoporre alla valutazione HTA: un criterio può essere l'inclusione di tutti i farmaci approvati in Italia da una certa data, al fine di includere i più importanti farmaci biologici. La lista andrebbe anche confrontata con i farmaci che già siano stati valutati con HTA o, in assenza di tali report, solamente con valutazione economica in altri paesi di riferimento (indicativamente Regno Unito, Germania, Svezia, Olanda, Canada, Australia).

2. Raccolta e valutazione dei dati epidemiologici e del carico di malattia relativi alla patologia oncologica per la quale il farmaco oggetto del report HTA è indicato.
3. Rassegna delle evidenze cliniche di efficacia e di sicurezza per ciascun farmaco/indicazione. La *sopravvivenza* è l'indicatore principale, ma ove non sia disponibile si ricorre a quello impiegato negli studi registrativi.
4. Valutazione degli aspetti biotecnologici della tecnologia oggetto del report.
5. Rassegna delle valutazioni economiche e di HTA per farmaco/indicazione. Ove i comparators non siano rappresentativi delle alternative terapeutiche praticate in Italia, si apporteranno delle correzioni in base allo standard indicato dagli oncologi.
6. Elaborazione di schede per farmaco/condizione ove siano presentati indicatori di efficacia e di costo, gli ICER (Incremental Cost-Effectiveness Ratio), il numero di pazienti trattati/anno, la spesa annuale e, se disponibile, l'impatto sul budget (inteso come il differenziale per tutte le voci di spesa sanitaria attribuibile all'utilizzo del farmaco in esame quando confrontato con le altre alternative).
7. Valutazione degli aspetti organizzativi e gestionali relativi alla tecnologia oggetto di indagine, con particolare evidenza sull'impatto per il Servizio Sanitario Nazionale, sulla possibilità di creare percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali e sulle modalità di erogazione del farmaco.
8. Disamina degli aspetti etico-sociali e legali correlati alla tecnologia oggetto di indagine.
9. Elementi chiave per il decisore, in cui si riportano sinteticamente i risultati fondamentali del report.

L'HTA e le Reti oncologiche

Per quanto riguarda la valutazione degli aspetti organizzativo-gestionali, come previsto dalla stessa Intesa Stato-Regioni stipulata il 10/2/2011 ed evidenziato nella "Guida per la costituzione di Reti oncologiche regionali" in attuazione del disposto dell'Intesa Stato Regioni e PPAA del 10 febbraio 2011, sarà importante sottolineare l'importanza dell'implementazione e miglioramento delle Reti oncologiche: la casistica del paziente oncologico è infatti complessa e spesso dispersa tra le varie figure e aree sanitarie, tra cui si ritrovano lo specialista oncologo, il chirurgo, il radioterapista, collocati tra i vari dipartimenti ospedalieri e territoriali. In questo quadro i trattamenti erogati finiscono per essere spesso disomogenei, soprattutto tra le diverse Regioni, e viene a mancare l'equità di accesso.

Le Reti oncologiche consentono di superare questi problemi, garantendo una presa in carico globale, multidisciplinare e multidimensionale del malato sostenuta da un'organizzazione dipartimentale delle attività intraospedaliere, e la continuità assistenziale tra servizi ospedalieri e territoriali (cure palliative, medico di medicina generale). Nella già citata "Guida per la costituzione di Reti oncologiche regionali", vengono proposti diversi modelli organizzativi multidisciplinari, tra cui strutture tipo "Comprehensive Cancer Center" (CCC), modelli tipo "Hub and Spoke" (H&S) e organizzazioni tipo "Cancer Care Network (CCN) ". Ognuno di questi modelli può avere delle applicazioni interessanti in contesti diversi; tuttavia, l'esigenza di, mettere insieme risorse disponibili ed un largo bacino d'utenza porta a privilegiare un modello tipo Comprehensive Cancer Care Network (CCCN), che potenzialmente rende il sistema capace di una più razionale pianificazione sia di breve che di medio-lungo periodo. Programmi di questo tipo non possono prescindere dalla necessita di un sistema di monitoraggio, che dovrà basarsi su una serie di indicatori relativi alle raccomandazioni emesse. Il monitoraggio deve essere anche indirizzato ai percorsi di cura all'interno della rete, con indicatori in grado di valutare l'effettiva omogeneità dei comportamenti e le criticità da riallineare con azioni mirate di sistema.

In un contesto di questo tipo, l'HTA può costituire un valido supporto per analizzare e monitorare l'implementazione delle Reti oncologiche stesse in maniera multidisciplinare e multidimensionale, in particolar modo nel loro possibile impatto dal punto di vista organizzativo-gestionale, nonché economico, sul Servizio Sanitario Nazionale e Regionale e le conseguenze in termini di accessibilità ed equità di accesso per i pazienti.

L'HTA e la dismissione delle tecnologie

Importante è infine considerare anche la potenziale dismissione di una tecnologia, soprattutto se parliamo di apparecchiature biomedicali, particolarmente utilizzate per la diagnosi e la terapia oncologica.

La dismissione delle strumentazioni all'interno di un'Azienda ospedaliera viene effettuata secondo una precisa procedura, che ha l'obiettivo di fornire, periodicamente o su richiesta, la situazione riguardante la convenienza o la necessità di una dismissione di una o più apparecchiature e/o eventuali nuovi acquisti, dunque, di conoscere meglio la realtà operativa delle apparecchiature sanitarie appartenenti ad un'Azienda Sanitaria ed agire di conseguenza, per evitare inutili sprechi sia di risorse che di denaro.

Le apparecchiature, gli impianti e gli altri beni strumentali vengono dismessi ed estromessi dal processo di cura quando esauriscono la loro funzione produttiva nell'ambito dell'azienda sanitaria. La richiesta di dismissione di una apparecchiatura biomedicale può scaturire da:

- frequenza e/o costi eccessivi degli interventi di manutenzione;
- elevati costi di mantenimento;
- mancato utilizzo dell'apparecchiatura;
- obsolescenza;
- possibili rischi connessi all'utilizzo dell'apparecchiatura.

In questo contesto, l'HTA costituisce una risorsa importante, in quanto può consentire una valutazione che tenga conto di 3 fondamentali obiettivi nel processo di dismissione di una tecnologia:

1. la valutazione o rivalutazione di tecnologie al fine di determinarne l'efficacia pratica, i costi e le implicazioni in relazione alle alternative correntemente impiegate (che possono essere diverse rispetto a quelle che erano disponibili quando la tecnologia era stata introdotta);
2. le decisioni sull'utilizzo ottimale (ottimizzazione) delle tecnologie, basate sull'estrapolazione delle evidenze da una o più valutazioni o rivalutazioni condotte da altri gruppi;
3. l'implementazione delle decisioni per promuovere l'utilizzo ottimale all'interno dei sistemi, fornendo informazioni ai pazienti, ai clinici, e al pubblico; linee guida, percorsi e sistemi che supportino le decisioni; standard di qualità; formazione; riorganizzazione dello staff, dell'attrezzatura, etc.

L'HTA ha quindi un ruolo chiave nella promozione ed il supporto di un approccio basato sulle evidenze per l'ottimizzazione delle tecnologie, al fine di migliorare la sicurezza, la qualità e l'uso appropriato delle risorse.

Per raggiungere questi obiettivi e tutti quelli precedentemente menzionati, appare quindi indispensabile una forte collaborazione tra clinici, stakeholder, decisori e altri rappresentanti del sistema sanitario.

Bibliografia

1. Ricciardi W, La Torre G. Health Technology Assessment. Principi, dimensioni e strumenti. SEEd Torino, 2010.
2. Goodman CS (2004). HTA 101: Introduction to health technology assessment. Disponibile su http://www.nlm.nih.gov/nichsr/hta101/hta101.pdf (ultimo accesso novembre 2009)
3. Casula M. Health Technology Assessment in oncologia. Giornale Italiano di Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione 2012;4(2):5-24.
4. Cognetti F. Reti oncologiche Nazionali e Regionali. 25 gennaio 2013.
5. "Guida per la costituzione di Reti oncologiche regionali" in attuazione del disposto dell'Intesa Stato Regioni e PPAA del 10 febbraio 2011.
6. Bonilini, Manuale di diritto ereditario e delle donazioni, 4a ed., Torino, 2006, 381.
7. Henshall C, Mardhani-Bayne L, Schuller T. Using Health Technology Assessment to Support Optimal Use of Technologies in Current Practice: The Challenge of "Disinvestment". International Journal of Technology Assessment in Health Care,28:3(2012).

REGIONE
PUGLIA

AReS PUGLIA
Agenzia Regionale Sanitaria

RETE ONCOLOGICA PUGLIESE

REGIONE PUGLIA
SEGRETARIATO GENERALE

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, mortalita' 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

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, mortalita' 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.

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 (2006-2008)	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 ItaCarn (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 colon-

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.

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.*

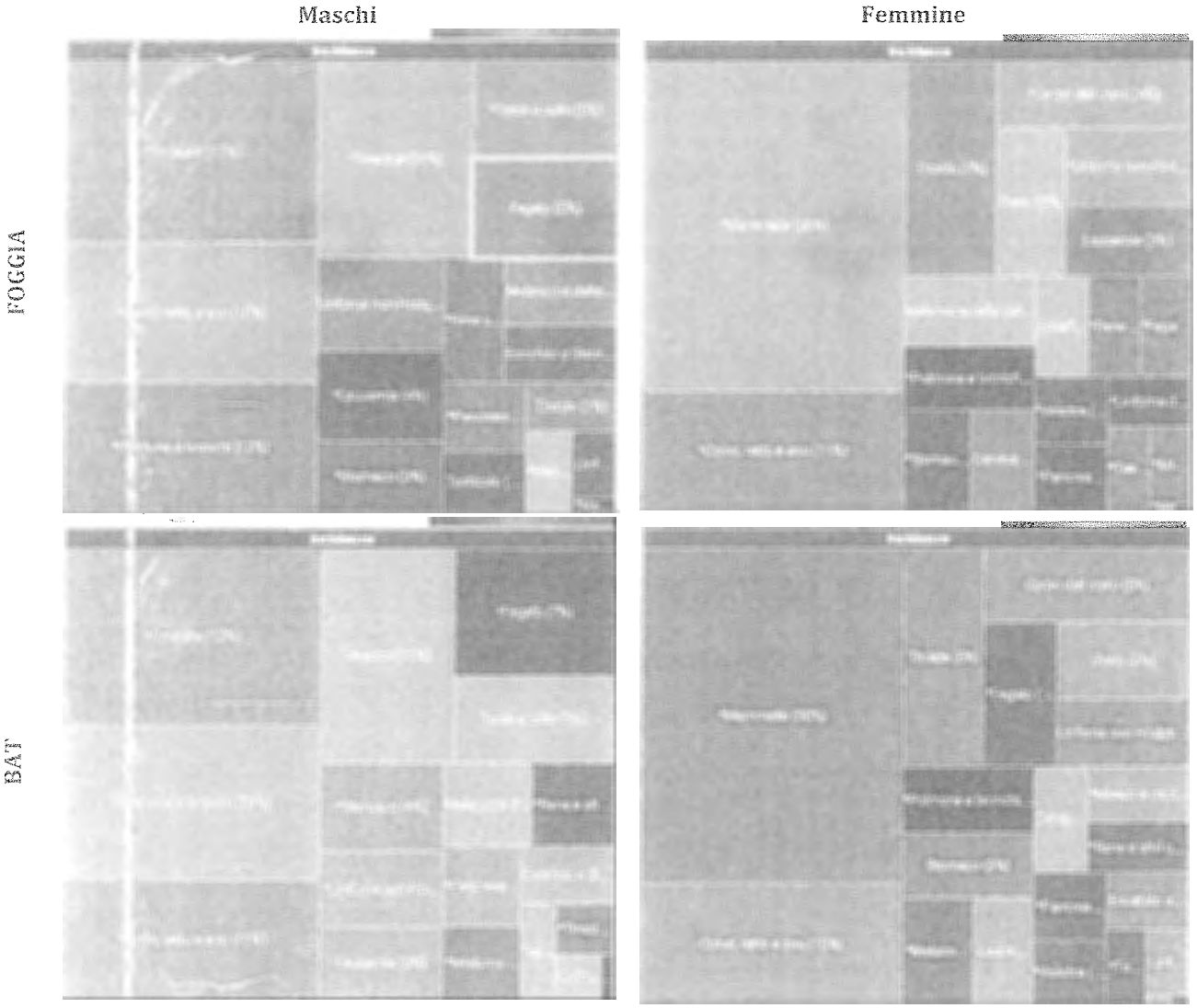


Grafico 1 – Tree Map della frequenza per provincia dei nuovi casi, fonte Rapporto Registro Tumori Puglia 2015

Il colore dignodante 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.*

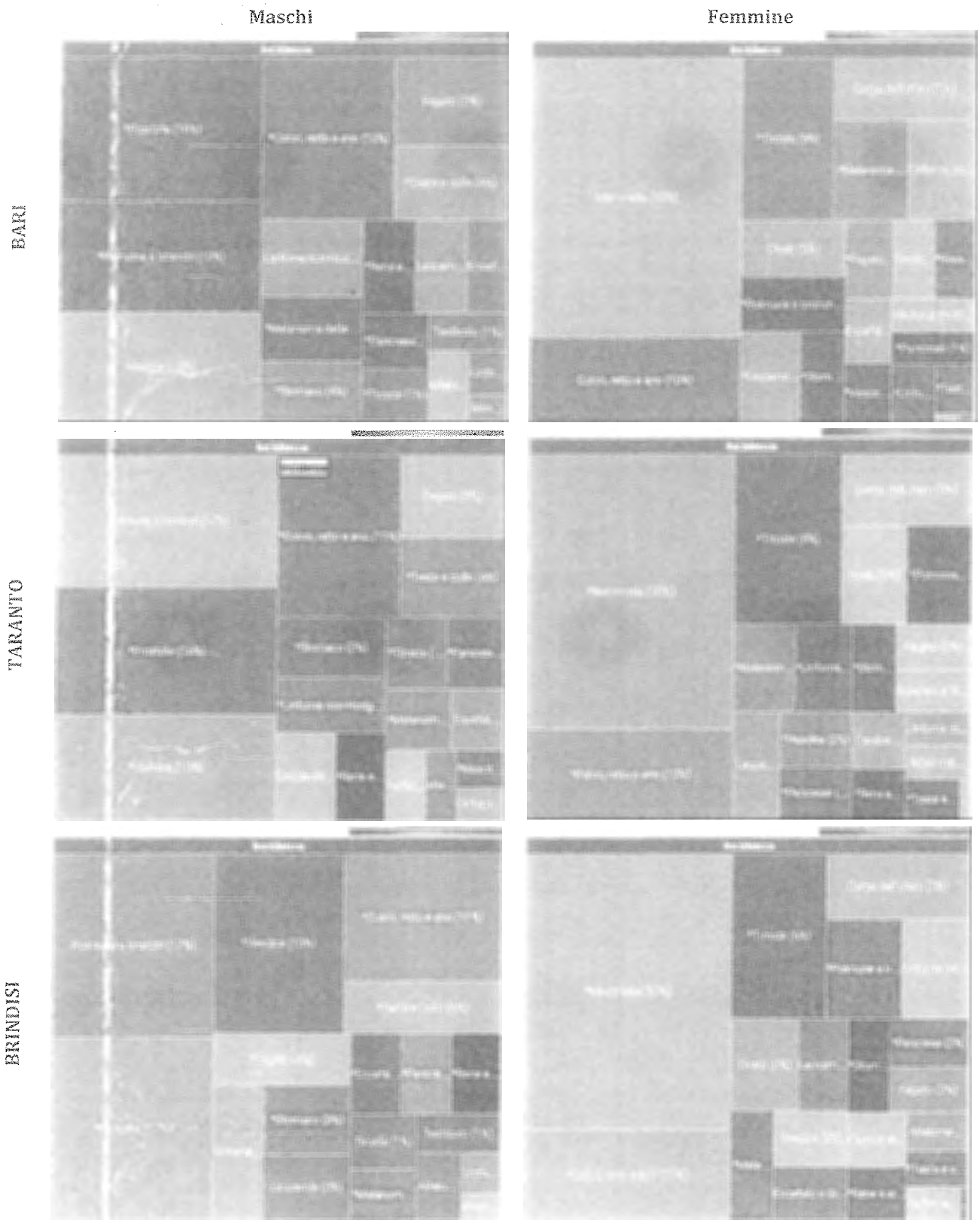
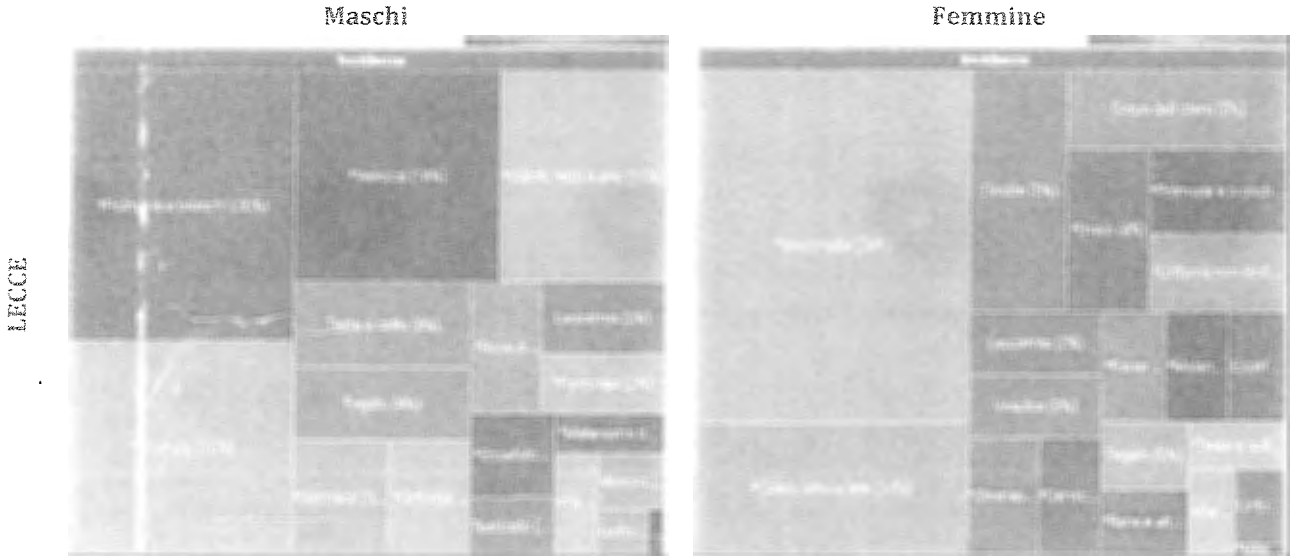


Grafico 1 – Tree Map della frequenza per provincia dei nuovi casi, fonte Rapporto Registro Tumori Puglia 2015

Il colore degradante 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.

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.

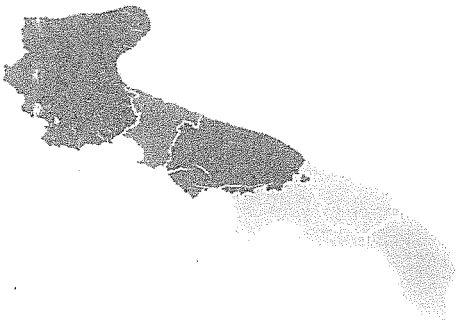
Grafico 2 – Incidenza Puglia per tumore del fegato, fonte Rapporto Registro Tumori Puglia 2015

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)*

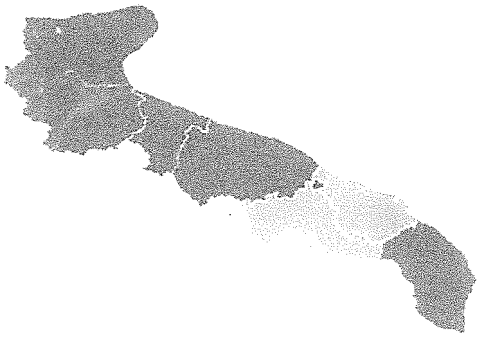
Tra gli uomini sembra tuttavia evidenziarsi un andamento in riduzione sia per l'incidenza che per la mortalità, con un dato di sopravvivenza a 5 anni lievemente superiore a quello nazionale (17%). In provincia di Brindisi tuttavia la sopravvivenza si attesta su valori più bassi del pool Puglia e dei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

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

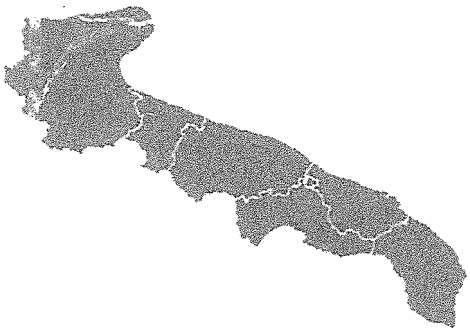
Maschi



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%).

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

Area geografica	Casi/anno	Tasso	Confronto
Bari (2006-2008)	818	129.4	▲
BAT (2006-2010)	236	103.7	●
Brindisi (2006-2009)	279	103.2	●
Foggia (2006-2008)	342	105.2	●
Lecce (2003-2008)	505	96.5	●
Taranto (2006-2011)	407	104.9	●
*Italia (Airtum 38)**	-	112.2	-

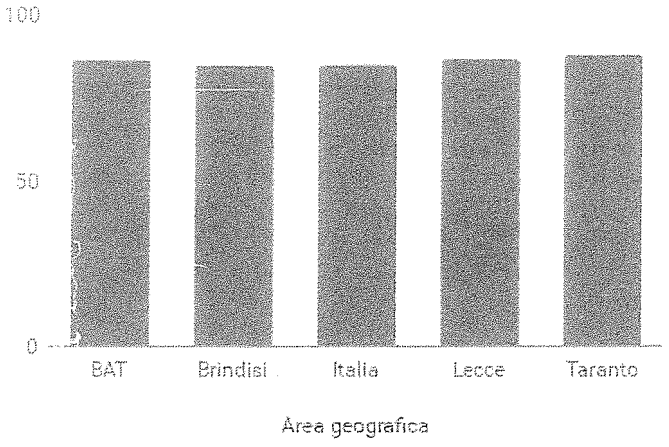
**Fonte ItaCan (2006-2009)*

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 una 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.

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

Femmine



Area geografica

BAT (2006-2010)

Brindisi (2006-2009)

Lecce (2003-2008)

Taranto (2006-2011)

Italia (Airtum 38)*

**Fonte ItaCan (2005-2007)*

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

Maschi

Area geografica	Casi/anno	Tasso	Confronto
Bari (2006-2008)	347	57.6	●
BAT (2006-2010)	110	48.6	●
Brindisi (2006-2009)	126	48.0	●
Foggia (2006-2008)	169	54.5	●
Lecce (2003-2008)	266	51.4	●
Taranto (2006-2011)	190	48.7	●
*Italia (Airtum 38)**	-	64.2	-

**Fonte ItaCan (2006-2009)*

Femmine

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

Area geografica	Casi/anno	Tasso	Confronto
Bari (2006-2008)	252	39.9	☺
BAT (2006-2010)	102	37.6	☺
Brindisi (2006-2009)	117	34.2	●
Foggia (2006-2008)	123	37.9	●
Lecce (2003-2008)	243	36.0	●
Taranto (2006-2011)	166	34.7	●
*Italia (Airtum 38)**	-	40.3	-

**Fonte ItaCan (2006-2009)*

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

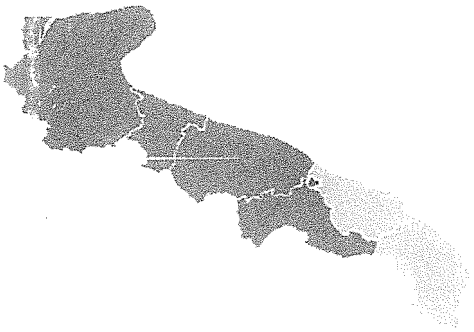
Maschi

Area geografica	Casi/anno	Tasso	Confronto
Bari (2006-2008)	352	58.4	☺
BAT (2006-2010)	103	44.5	☺
Brindisi (2006-2009)	145	55.6	●
Foggia (2006-2008)	147	47.4	●
Lecce (2003-2008)	330	63.2	●
Taranto (2006-2011)	219	56.5	●
*Italia (Airtum 38)**	-	47.9	-

**Fonte ItaCan (2006-2009)*

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

Femmine



Area geografica	Casi/anno	Tasso	Confronto
Bari (2006-2008)	40	6.3	●
BAT (2006-2010)	17	5.7	●
Brindisi (2006-2009)	27	7.6	▲
Foggia (2006-2008)	20	6.0	●
Lecce (2003-2008)	60	8.3	▲
Taranto (2006-2011)	35	7.3	●
*Italia (Airtum 39)**	-	8.9	-

**Fonte ItaCan (2006-2009)*

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.

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 – AReS 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**

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

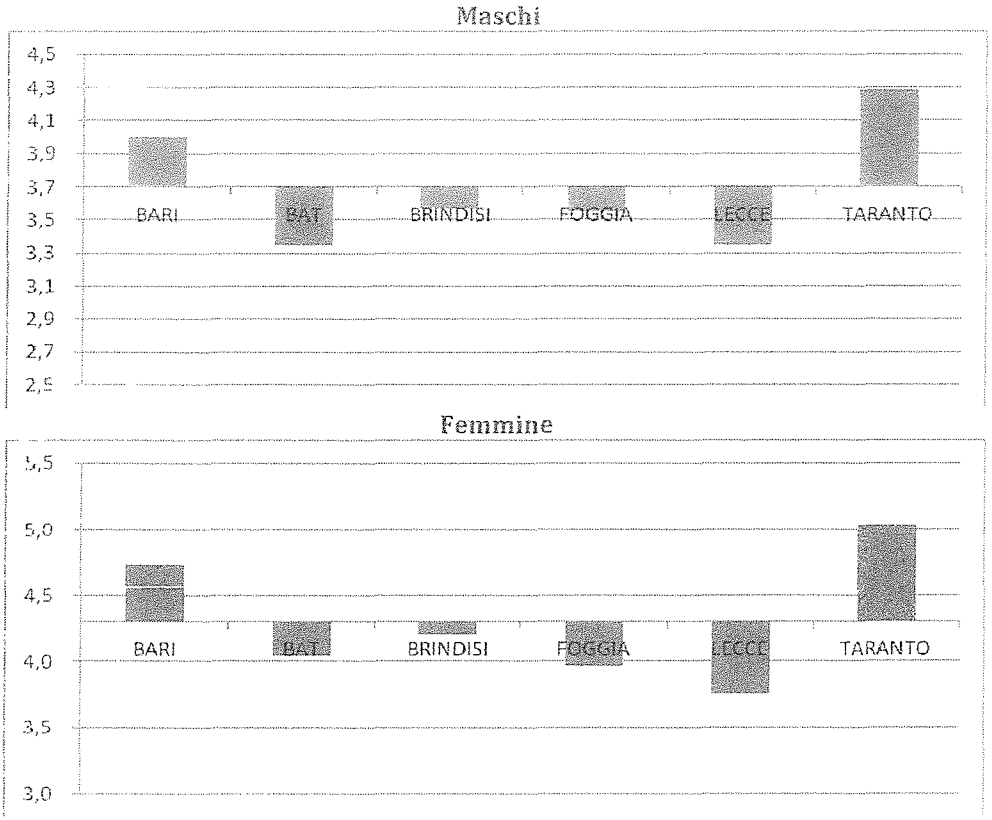
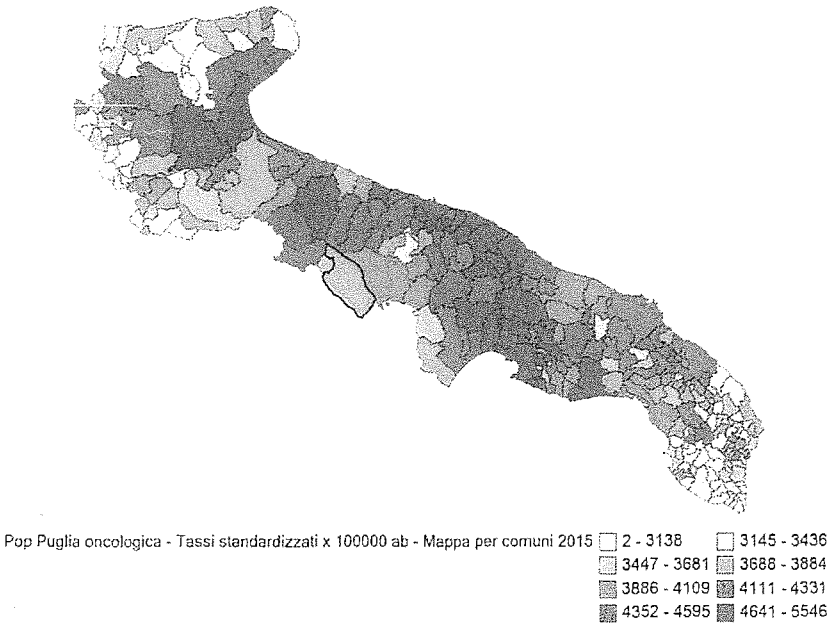


Grafico 9 – Distribuzione di frequenza per comune del dato di prevalenza di tumore, fonte BDA AReS Puglia



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 TOTALE RESIDENTI	Ordinari	Day Hospital	Medici	Chirurgici	RICOVERI TOTALE IN REGIONE	Ricoveri in Mobilità Attiva	% MA	Ordinari	% Ord	Day Hospital	Medici	Chirurgici	% Chirurgici
TUMORI MALIGNI DELL	LABBRA, DELLA CAVITÀ ORALE, DELLA FARINGE (140-149)	584	433	148	284	297	628	39	6%	469	76%	151	302	318	51%
TUMORI MALIGNI	L APPARATO DIGERENTE E DEL PERITONEO (150-159)	7.771	7.012	759	4.470	3.301	8.208	437	5%	7.436	91%	772	4.715	3.493	43%
TUMORI MALIGNI DELL'A	ARATO RESPIRATORIO E DEGLI ORGANI INTRATORACICI (160-165)	3.448	3.001	447	2.509	939	3.626	178	5%	3.170	87%	456	2.627	999	28%
TUMORI MALIGNI DEL	OSSA, DEL TESSUTO CONNETTIVO, DELLA CUTE E DELLA MAMMELLA (170-176)	7.543	5.660	1.883	1.305	6.238	7.868	305	4%	5.839	74%	2.029	1.361	6.508	83%
TUMORI M	GNI DEGLI ORGANI GENITOURINARI (179-189)	9.169	7.808	1.252	2.448	6.652	9.606	585	6%	8.353	89%	1.333	2.561	7.129	74%
TUMORI MA	NI DI ALTRE E NON SPECIFICATE SEDI (190-199)	5.747	5.300	447	3.798	1.849	6.243	496	8%	5.782	93%	461	4.155	2.088	33%
TUMORI MALIGI	DEL TESSUTO LINFATICO ED EMOPOIETICO (200-208)	4.666	3.248	1.418	3.427	1.296	5.158	472	9%	3.628	70%	1.530	3.723	1.435	28%
	TOTALE	38.896	32.382	6.514	18.241	20.655	41.410	2.514	6%	34.677	84%	6.733	19.444	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	Ordinari	Day Hospital	Medici	Chirurgici	RICOVERI TOTALI REGIONE	Di cui in Mobilità Attiva	% MA	Ordinari	% Ord	Day Hospital	Medici	Chirurgici	% chirurgici
TUMORI MALIGNI DELLE LABBRA, DELLA CAVITÀ ORALE, DELLA FARINGE (140-149)	140--	Tumori maligni delle labbra	34	26	8	3	31	34	-	0%	26	76%	8	3	31	91%
	141--	Tumori maligni della lingua	123	96	27	42	81	135	12	9%	108	80%	27	43	92	68%
	142--	Tumori maligni delle ghiandole salivari maggiori	73	66	7	22	51	76	3	4%	69	91%	7	23	53	70%
	143--	Tumori maligni delle gengive	26	22	4	13	13	28	2	7%	23	82%	5	10	18	64%
	144--	Tumori maligni del pavimento della bocca	23	15	8	10	13	25	2	8%	17	68%	8	14	11	44%
	145--	Tumori maligni di altre e non specificate parti della bocca	84	49	35	36	48	92	8	9%	56	61%	36	38	54	59%
	146--	Tumori maligni dell'orofaringe	102	75	27	56	46	104	2	2%	77	74%	27	57	47	45%
	147--	Tumori maligni del rinofaringe	54	36	18	41	13	60	6	10%	41	68%	19	50	10	17%
	148--	Tumori maligni dell'ipofaringe	36	30	6	28	8	40	4	10%	34	85%	6	32	8	20%
	149--	Tumori maligni di altre e mal definite sedi delle labbra, della cavità orale e della faringe	26	18	8	24	2	26	-	0%	18	69%	8	24	2	8%
TUMORI MALIGNI DELLE LABBRA, DELLA CAVITÀ ORALE, DELLA FARINGE (140-149)			581	433	148	284	297	620	39	6%	469	76%	151	302	318	51%
TUMORI MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE E DEL PERITONEO (150-159)	150--	Tumori maligni dell'esofago	154	145	9	133	21	162	8	5%	153	94%	9	140	22	14%
	151--	Tumori maligni dello stomaco	898	833	65	513	385	954	56	6%	889	93%	65	537	417	44%
	152--	Tumori maligni dell'intestino tenue, compreso il duodeno	94	86	8	42	52	99	5	5%	91	92%	8	44	55	56%
	153--	Tumori maligni del colon	2.447	2.228	219	937	1.510	2.556	109	4%	2.333	91%	223	961	1.595	62%
	154--	Tumori maligni del retto, della giunzione rettosigmoidea e dell'ano	1.297	1.214	83	539	758	1.382	85	6%	1.298	94%	84	656	726	53%
	155--	Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici	1.481	1.218	263	1.277	204	1.562	81	5%	1.294	83%	268	1.342	220	14%
	156--	Tumori maligni della colecisti e dei dotti biliari extraepatici	427	386	36	305	122	434	12	3%	399	92%	35	308	126	29%
	157--	Tumori maligni del pancreas	820	756	64	657	163	885	65	7%	821	93%	64	655	230	26%
	158--	Tumori maligni del retroperitoneo e del peritoneo	121	112	9	67	54	136	15	11%	127	93%	9	78	58	43%
	159--	Tumori maligni di altre e mal definite sedi dell'apparato digerente e del peritoneo	37	34	3	25	12	38	1	3%	35	92%	3	26	12	32%
TUMORI MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE E DEL PERITONEO (150-159)			7.771	7.012	759	4.470	3.301	8.208	437	5%	7.436	91%	772	4.715	3.493	43%
TUMORI MALIGNI DELL'APPARATO RESPIRATORIO E DEGLI ORGANI INTRATORACICI (160-165)	160--	Tumori maligni delle cavità nasali, dell'orecchio medio e dei seni paranasali	44	38	6	27	17	45	1	2%	39	87%	6	28	17	38%
	161--	Tumori maligni della laringe	356	320	36	123	233	377	21	6%	340	90%	37	129	247	66%
	162--	Tumori maligni della trachea, dei bronchi e del polmone	2.807	2.419	388	2.218	589	2.948	141	5%	2.552	87%	396	2.322	626	21%
	163--	Tumori maligni della pleura	147	138	9	97	48	150	8	5%	144	96%	6	100	50	33%
	164--	Tumori maligni del timo, del cuore e del mediastino	95	84	11	40	55	101	6	6%	90	89%	11	42	59	58%
	165--	Tumori maligni di altre e mal definite sedi dell'apparato respiratorio e degli organi intratoracici	4	4	-	4	-	5	1	20%	5	100%	-	5	-	0%
TUMORI MALIGNI DELL'APPARATO RESPIRATORIO E DEGLI ORGANI INTRATORACICI (160-165)			3.449	3.001	447	2.509	939	3.626	178	5%	3.170	87%	456	2.627	999	28%
TUMORI MALIGNI DELLE OSSA, DEL TESSUTO CONNETTIVO, DELLA CUTE E DELLA MAMMELLA (170-176)	170--	Tumori maligni delle ossa e delle cartilagini articolari	87	73	14	52	35	93	6	6%	78	84%	15	56	37	40%
	171--	Tumori maligni del connettivo e di altri tessuti molli	213	165	48	147	66	224	11	5%	176	79%	48	158	66	30%
	172--	Melanoma maligno della cute	521	335	186	123	398	534	13	2%	375	70%	159	128	406	76%
	173--	Altri tumori maligni della cute	2.973	1.751	1.222	112	2.861	3.046	73	2%	1.793	59%	1.253	116	2.930	96%
	174--	Tumori maligni della mammella della donna	3.664	3.151	513	830	2.834	3.867	198	5%	3.339	86%	525	893	2.969	77%
	175--	Tumori maligni della mammella dell'uomo	51	41	10	12	39	53	2	4%	43	81%	10	12	41	77%
	176--	Sarcoma di Kaposi	54	34	20	28	26	57	3	5%	35	61%	22	32	25	44%
TUMORI MALIGNI DELLE OSSA, DEL TESSUTO CONNETTIVO, DELLA CUTE E DELLA MAMMELLA (170-176)			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)	179--	Tumori maligni dell'utero, parte non specificata	145	136	9	86	59	155	10	6%	146	94%	9	56	99	64%
	180--	Tumori maligni del collo dell'utero (cervice uterina)	239	193	46	106	133	263	24	9%	215	82%	48	119	144	55%
	181--	Tumori maligni della placenta	1	1	-	-	1	1	-	0%	1	100%	-	-	1	100%
	182--	Tumori maligni del corpo dell'utero	522	459	63	102	420	549	27	5%	486	89%	63	106	443	81%
	183--	Tumori maligni dell'ovaio e degli altri annessi uterini	457	420	37	197	260	482	25	5%	445	92%	37	209	273	57%
	184--	Tumori maligni di altri e non specificati organi genitali femminili	118	104	14	32	86	129	11	9%	114	88%	15	34	95	74%
	185--	Tumori maligni della prostata	1.756	1.102	654	863	913	1.955	159	8%	1.288	66%	667	928	1.027	53%
	186--	Tumori maligni del testicolo	232	195	37	58	174	243	11	5%	205	85%	37	59	185	76%
	187--	Tumori maligni del pene e degli altri organi genitali maschili	74	64	10	13	61	76	2	3%	66	87%	10	13	63	83%
	188--	Tumori maligni della vescica	4.709	4.316	393	728	3.981	4.959	250	5%	4.556	92%	403	757	4.202	85%
	189--	Tumori maligni del rene e di altri e non specificati organi urinari	807	764	43	274	533	874	67	8%	830	95%	44	291	583	67%
TUMORI MALIGNI DEGLI ORGANI GENITOURINARI (179-189)			9.100	7.808	1.292	2.448	6.652	9.685	586	6%	8.353	86%	1.333	2.561	7.125	74%
TUMORI MALIGNI DI ALTRE E NON SPECIFICATE SEDI (190-199)	190--	Tumori maligni dell'occhio	50	47	3	17	33	58	8	14%	55	95%	3	23	35	60%
	191--	Tumori maligni dell'encefalo	652	620	32	467	185	706	54	8%	670	95%	36	509	197	28%
	192--	Tumori maligni di altre e non specificate parti del sistema nervoso	47	44	3	36	11	52	5	10%	49	94%	3	41	11	21%
	193--	Tumori maligni della ghiandola tiroide	527	507	20	40	487	570	43	8%	549	96%	21	45	525	92%
	194--	Tumori maligni delle altre ghiandole endocrine e strutture connesse	45	41	4	27	18	50	4	8%	45	90%	5	28	22	45%
	195--	Tumori maligni di altre e mal definite sedi	72	55	17	41	33	78	6	8%	61	78%	17	54	24	31%
	196--	Tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi	643	592	51	225	433	690	47	7%	636	92%	54	261	429	62%
	197--	Tumori maligni secondari degli apparati respiratorio e digerente	2.365	2.213	152	1.848	517	2.567	202	8%	2.412	94%	155	2.015	552	22%
	198--	Tumori maligni secondari di altre sedi specificate	1.130	982	148	876	260	1.237	107	9%	1.086	88%	151	953	284	23%
	199--	Tumori maligni senza indicazione della sede	215	199	16	209	6	235	20	9%	219	93%	16	227	8	3%
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	2.088	33%
TUMORI MALIGNI DEL TESSUTO LINFATICO ED EMOPOIETICO (200-208)	200--	Linfosarcoma e reticolosarcoma	286	216	70	189	97	310	25	8%	238	77%	72	199	111	36%
	201--	Malattia di Hodgkin	230	166	64	134	96	275	45	16%	206	75%	69	157	118	43%
	202--	Altre neoplasie maligne del tessuto linfatico ed istiocitario	1.482	1.062	420	839	643	1.622	140	9%	1.185	73%	437	914	708	44%
	203--	Mieloma multiplo e neoplasie immunoproliferative	1.120	714	406	844	276	1.205	85	7%	772	64%	433	883	321	27%
	204--	Leucemia linfoide	563	384	179	465	98	652	89	14%	456	70%	196	540	112	18%
	205--	Leucemia mieloide	949	662	287	901	48	1.025	76	7%	716	70%	309	971	54	5%
	206--	Leucemia monocitica	28	21	7	28	-	28	-	0%	21	75%	7	28	-	0%
	207--	Altre leucemie specifiche	8	7	1	7	1	8	-	0%	7	88%	1	7	1	13%
	208--	Leucemia a tipo cellulare non specificato	21	17	4	21	-	22	1	5%	18	82%	4	22	-	0%
TUMORI MALIGNI DEL TESSUTO LINFATICO ED EMOPOIETICO (200-208)			4.686	3.245	1.438	3.427	1.259	5.158	472	9%	3.628	70%	1.530	3.723	1.435	28%
		TOTALE	38.896	32.382	6.514	18.241	20.665	41.410	2.514	6%	34.677	84%	6.733	19.444	21.966	53%

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,

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. AReS 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%	42.486	0,0%
CHIRURGIA GENERALE	9.053	1.188	10.241	24,7%	62.306	16,4%
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	208	20	228	0,6%	1.490	15,3%
CHIRURGIA PEDIATRICA	23		23	0,1%	3.863	0,6%
CHIRURGIA PLASTICA	1.586	462	2.048	4,9%	5.959	34,4%
CHIRURGIA TORACICA	1.434	210	1.644	4,0%	4.402	37,3%
CHIRURGIA VASCOLARE	61		61	0,1%	5.762	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%	2.168	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	84	2	86	0,2%	10.761	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%	48.566	0,1%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.259	89	1.348	3,3%	70.483	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%	14.486	0,0%
REUMATOLOGIA	5		5	0,0%	3.179	0,2%
TERAPIA INTENSIVA	82	10	92	0,2%	5.894	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.

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

STABILIMENTO OSPEDALIERO	ORD	% Ord	DH	Totale RICOVERI	% sul totale	Day service (SDA)	Totale PRESTAZIONI
EE CASA SOLLIEVO-S.G. ROTONDO	6.175	88%	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%	661	3.046	7%	127	3.173
EE MIULLI - ACQUAVIVA D. FONTI	2.194	90%	243	2.437	6%	549	2.986
STABILIMENTO "PERRINO" - BRINDISI	1.539	81%	351	1.890	5%	293	2.183
ST SS. ANNUNZIATA - TARANTO	1.704	91%	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 BARLETTA - (BA)	670	82%	151	821	2%	31	852
OSPEDALE S.CUORE DI GESU-GALLIPOLI	612	76%	195	807	2%		807
CDC MATER DEI (CCR) - BARI	775	97%	27	802	2%	45	847
ST.S.GIPPE 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	365	62%	227	592	1%		592
IRCCS S.DE BELLIS - CASTELLANA	488	98%	11	499	1%	12	511
OSPEDALE S.CATERINA NOVELLA - GALATINA	288	66%	151	439	1%	90	529
OSPEDALE "G.TARTARELLA"	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 - SOLBRANO	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.CAMPI-LUNGO" FRANCAVILLA FONT.	145	75%	49	194	0%	56	250
CDC CITTA'DI LECCE - 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 - SAN SEVERO	110	79%	29	139	0%		139
OSPEDALE "SAN NICOLA PELLEGRINO" TRANI - (BA)	65	47%	72	137	0%		137
OSPEDALE "M. MARCONE" - TERLIZZI - (BA)	117	97%	4	121	0%	221	342
CDC PROF. PETRUCCIANI - LECCE	115	100%		115	0%		115
OSPEDALE F.LA STARIA - LUCERA	92	81%	22	114	0%		114
STABILIM. S.MIM. LAURETO - PUTIGNANO	99	94%	6	105	0%	13	118
CDC SALUS - 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	68%	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. DISTRETTUALE NORD - CANOSA	65	100%		65	0%		65
STABILIMENTO "MELLI" - S.PIETRO VERNOTICO	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. DISTRETTUALE - 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 - GIOIA DEL C.LE	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

Tabella 8 – Numero di ricoveri e day service con diagnosi principale di tumore per stabilimento ospedaliero e per disciplina, Anno 2015 fonte Edotto – elab. AReS Puglia

Stabilimento		CHIRURGIA GENERALE	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	CHIRURGIA PEDIATRICA	CHIRURGIA PLASTICA	CHIRURGIA TORACICA	DERMATOLOGIA	EMATOLOGIA	GASTROENTEROLOGIA	MEDICINA GENERALE	NEUROCHIRURGIA	ONCOEMAT. PEDIATRICA	ONCOLOGIA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	OTL	PSICHIATRIA	PNEUMOLOGIA	UROLOGIA
EE CASA SOLLIEVO SOFFERENZA		939	135			202	520	1.509	344	301	143	327	1.512	7	216	99	8		508
AO CONS POLICLINICO - BARI		1.449			296	321	49	143	65	365	55		527	2	321	65	57	27	828
ST V FAZZI - LECCE		372			559	364		510		133	97	35	873		135	105		30	347
AO OSPEDALI RIUNITI - FOGGIA		580		1	548	224	51	272	50	196	32		6	2	50	59	2	83	757
ST SS ANNUNZIATA - TARANTO		256						331	1	146	77		683	1	101	54	2		169
EE MOLLI - ACQUAVIVA DELLE FONTI		642	68				155		47	265				1	112	62	1	15	097
STABILIMENTO "PERRINO" - BRINDISI		105			506		132	312		42	47		147		27	122	1		235
EE CAROLI VALE FRANCO - TROIA		261	2					170		20			131	6	37	04	8	45	703
IRCCS ONCOLOGICO - BARI		931						159					332		13	105			
ST F. FERRARI - CASTRANO		64		2						65			699	1	14		1		374
OSPEDALE CIVILE MOLFETTA - (BA)		63								31									204
STABILIMENTO S. PAOLO - BARI		326			99	396			37	43				5	14			31	
OSPEDALE CIVILE BARLETTA - (BA)		189						255		74			202		1	61			
CDC MATER DEI (CDR) - BARI		266	1		24	167			44	51			2		125				74
OSPEDALE SOLLIERO DI GESU' GALLI - ...U		146								45			440		7			48	
ST S.GIPPE DA COPERTINO - COPER...	...O	421								81					29				180
P.O. BARI SUD - STAB. DI VENERE - B...	...A	93								59	46			1	15	122			316
OSPEDALE CIVILE - MARTINA FRANCA		134								75				1	7		2		373
OSPEDALE S CATERINA NOVELLA - ...	LATINA	108							36	59					7			32	
IRCCS SDE BELLIS - CASTELLANA		358							136										
OSPEDALE "G TATARELLA"		47								53					5	7	1		274
CDC DIAMORE - TARANTO		388																	
OSP. DISTRETTUALE - ANDRIA		97								26	10				23				199
STABILIM. OSP. "SAN GIACOMO" - ...NDPOLI		82								23					9	12			216
OSPEDALE "M. SARCONE" - TERLIZZI	(BA)	61			4					44								9	
ST UMBERTO I - ALTAMURA		161								75					1				
ST VERNI - SODRANO		163							79	54					1		1		
OSPEDALE M GIANNUZZI - MANDURIA		112								34				1					
CDC PROF. BRODETTI - FOGGIA		112								59									91
STABILIMENTO CIVILE - OSTUNI		74								174				7			1		
STAB. OSPEDALIERO CASTELLANETA		166								77					4				
STABIL. DI CAMBERUNGO FRANCA	LA FONT.	82								101					10				
CDC S. MARIA - BARI		134													3				66
CDC CASA BIANCA - CASSANO		217																	
CDC VILLA VERDE - TARANTO										57			84					55	
CDC CITTA DI LECCE - LECCE		180	2										1						
CDC S. CAMILLO - TARANTO		55							5	26								6	66
OSPEDALE CIVILE VERMIGLIELE - ...OGGIE - (BA)		21								3				3					
ST S CAMILLO DE LELLIS MANFREDONIA		94							45	22					7				
ST T MASSELLI M. - SANSEVERO		53								30					32			23	
OSPEDALE "SAN NICOLA PELLEGRINO" - ...TRAN - (BA)									52	63									
STABILIM S MARIA LAURETO - PUTIGNANO		95								11					2			24	
CDC PROF PETRUCCIANI - LECCE		77													6				32
OSPEDALE FILASTARA - LUCERA		43								45					1				
CDC SALUS - BRINDISI		31								21					2				
P.O. BARI SUD STAB. FALLACARA - TI	...RANO									42								36	
STABILIMENTO UMBERTO I - FASANO										31				2				35	
OSPEDALE CIVILE S MARCO - GRAGNANO	...GLIE - (TA)	27								43					7				
CDC BERNARDINI - TARANTO		55								3	4			1	2				
CDC S. FRANCESCO - GALATINA		24								24					1	1			16
OSP. DISTRETT. NORD - CANOSA										52									
STABILIMENTO "MELLI - S PETROV...	...NUTICO									8								22	
CDC VILLA SERENA - CDC S FRANCE...	...D - FOGGIA	11								14				1					
CDC S RITA - TARANTO										12									
ST GIOVANNI XXIII - BARI				20															
STABILIMENTO "S CAMILLO MI... SA...	...E									20									
CASA DI CURA PROF PETRUCCIANI																			
POLIAMBULATORIO - TRIGGIANO																			
CDC DIVINA PROVVIDENZA - BISCEGLIE	...E																		
OSP DISTRETT. SUD - CORATO										6					3		1		
CDC S MICHELE - MANFREDONIA																			
CDC ANTHEA - BARI		4									2			1					
CDC VILLA LUCA GIOIA DEL COLLE		5																	2
CASA DI CURA S FRANCESCO SRL																			
OSPEDALE PERRINO - BRINDISI (ME...	...GNI S. SANPIE...																		
ST. A GALATEO - SAN CESARIO																			
CDC C MEDICO RAB - GINOSA																		1	
CDC S MARIA - FOGGIA																		1	
TOTALE		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

I dati che precedono mostrano da un lato una frammentazione di punti di erogazione, con 32 stabilimenti ospedalieri che hanno effettuato meno di 200 ricoveri per patologie tumorali in prima diagnosi e 9 meno di 100.

Dall'altro è possibile riscontrare per alcune discipline una concentrazione in alcune aree, prevalentemente nel barese e nel foggiano.

L'attività delle oncologie mediche pugliesi (reparto con cod. 64) è riportata di seguito, con un focus sull'attrattività extraprovinciale ed extraregionale:

Tabella 9 – N mero 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 SOL IEVO - SAN GIOVANNI ROTONDO	2.772	992	36%	534	19%
OSPEDALE VI O FAZZI - LECCE (SAN CESARIO)	2.732	160	6%	37	1%
OSPEDALE S CRO CUORE DI GESU - GALLIPOLI	1.422	42	3%	21	1%
OSPEDALE S ANNUNZIATA - TARANTO (MOSCATI)	1.198	68	6%	88	7%
OSPEDALE C SARANO	1.042	6	1%	18	2%
OSPEDALE PE RRINO - BRINDISI (MESAGNE-SAN PIETRO V.CO)	1.034	206	20%	15	1%
IRCCS ONCOL GICO - BARI	871	178	20%	42	5%
AO POLICLINIC - GIOVANNI XXIII	797	142	18%	40	5%
OSPEDALE B RLETTA	779	124	16%	13	2%
AO OSPEDALI RIUNITI - FOGGIA	610	96	16%	25	4%
EE CARDINALE PANICO - TRICASE	397	2	1%	4	1%
CDC VILLA VE DE - TARANTO	132	8	6%	6	5%
CDC CBH MAT R DEI - BARI	21	5	24%	2	10%
CDC CITTA' DI ECCE - LECCE*LE	1	1	100%	-	0%
Totale	13808	2030	15%	845	6%

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

Di seguito i 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'attiv tà in regime di day hospital).

Tabella 10 – ndicatori 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	Peso medio	Ggg. Proop.	Ggg. Media	N° ricoveri compl.	Età media	maschi	% ricoveri chirurgici	criticità media*	PESO<1	1 <= PESO < 1,5	1,5<= PESO < 2,5	PESO >=2,5	INDICE DI CASEMIX
64-ONCOLOGIA	LECCE	160171-LECCE "V.FAZZI" - SAN CESARIO - CAMPI S.NA	6411	694	1,20	7,5	11,09	12	66	61%	9%	2,72	31%	61%	7%	2%	1,06
64-ONCOLOGIA	AO Ospedale Consorziale Policlinico	160907-AO POLICLINICO - GIOVANNI XXIII	6401	515	1,19	10,34	12,4	6	64	59%	6%	2,99	33%	60%	5%	1%	1,05
64-ONCOLOGIA	TARANTO	160116-CDC VILLA VERDE - TARANTO	6401	132	1,17	0,5	8,13	3	71	61%	3%	2,58	27%	67%	4%	2%	1,04
64-ONCOLOGIA	FOGGIA	160905-EE CASA SOLLIEVO - S.G. ROTONDO	6401	2.438	1,17	5,09	6,51	32	63	57%	7%	2,34	33%	62%	4%	1%	1,04
64-ONCOLOGIA	BAT	160177-OSPEDALE CIVILE BARLETTA	6401	411	1,13	7,63	9,09	4	65	51%	2%	3,11	37%	60%	1%	1%	1,00
64-ONCOLOGIA	TARANTO	160172-TARANTO "SS. ANNUNZIATA" - GROTTAGLIE	6411	795	1,13	10,65	10,19	9	64	52%	3%	2,59	37%	60%	2%	1%	1,00
64-ONCOLOGIA	LECCE	160080-EE CARDINALE PANICO - TRICASE	6401	395	1,10	7,71	8,7	2	70	61%	2%	3,14	39%	58%	4%	1%	0,97
64-ONCOLOGIA	BARI	160147-CDC MATER DEI (CCR) - BARI	6402	21	1,10	0,91	5,62	0	62	57%	52%	1,24	38%	57%	5%	0%	0,97
64-ONCOLOGIA	LECCE	160063-OSPEDALE S.CUORE DI GESU' - GALLIPOLI	6401	627	1,05	3,83	6,92	3	65	52%	1%	3,19	39%	59%	2%	0%	0,93
64-ONCOLOGIA	IRCCS Oncologico - Bari	160901-IRCCS ONCOLOGICO - BARI	6402	586	1,03	7,44	10,61	0	62	46%	2%	2,29	41%	56%	3%	0%	0,92
64-ONCOLOGIA	BRINDISI	160170-DI SUMMA, MESAGNE, S. PIETRO V.CO-CEGLIE M	6411	498	0,94	8,21	7,24	4	61	46%	3%	2,02	66%	30%	3%	1%	0,84
64-ONCOLOGIA	AO Ospedali Riuniti - Foggia	160910-AO OSPEDALI RIUNITI - FOGGIA	6401	5	0,60	NULL	1	0	59	60%	NULL	1,4	100%	0%	0%	0%	0,53
64-ONCOLOGIA	LECCE	160150-CDC CITTA' DI LECCE - LECCE	6401	1	-	NULL	3	0	63	100%	NULL	1	100%	0%	0%	0%	-

Tabella 11 – ndicatori di performance dei reparti di oncoematologia pediatrica (cod. 65) – ricoveri ordinari acuti Anno 2015 fonte Edotto- elaborazione AReS Puglia

Disciplina	Azienda sanitar	Istituto	Reparto	N° ricoveri	Peso medio	Ggg. Proop.	Ggg. Media	N° ricoveri compl.	Età media	maschi	% ricoveri chirurgici	criticità media*	PESO<1	1 <= PESO < 1,5	1,5<= PESO < 2,5	PESO >=2,5	INDICE DI CASEMIX
65-ONCOEMATOLOGIA	EDIATRICA	FOGGIA	6501	866	1,37	4,39	5,83	118	8	65%	5%	1,68	41%	44%	1%	14%	1,08
65-ONCOEMATOLOGIA	EDIATRICA	LECCE	6511	236	0,87	4	5,72	8	11	63%	2%	1,98	70%	26%	0%	3%	0,69

Per avere n 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).

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. AReS Puglia

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

Tabella 13 – Numero di ricoveri di soggetti con età 0-14 anni con diagnosi di neoplasia **in tutti i campi diagnosi** per stabilimento 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	
	PEDIATRIA	179	338	517	
AO OSPEDALI RIUNITI - FOGGIA		1	8	9	1%
	CHIRURGIA PLASTICA		1	1	
	OCULISTICA		3	3	
	PEDIATRIA		3	3	
	UROLOGIA	1	1	2	
EE CARDIOALE PANICO - TRICASE		20	24	44	3%
	OTORINOLARINGOIATRIA		1	1	
	PEDIATRIA	20	23	43	
EE CASA SOLLIEVO -S.G. ROTONDO		136	548	684	44%
	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE		1	1	
	CHIRURGIA TORACICA		2	2	
	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	135	537	672	
	PEDIATRIA	1	7	8	
	TERAPIA INTENSIVA		1	1	
IRCCS E. MEDEA - OSTUNI			4	4	0%
	NEURORIABILITAZIONE		4	4	
ST F FERRARI - CASARANO			3	3	
	CHIRURGIA PEDIATRICA		2	2	
	PEDIATRIA		1	1	
ST GIOVANNI XXIII - BARI		1	26	27	2%
	CHIRURGIA PEDIATRICA		19	19	
	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI		1	1	
	NEUROLOGIA		4	4	
	PEDIATRIA	1	1	2	
	TERAPIA INTENSIVA		1	1	
ST SS. ANNUNZIATA - TARANTO		2	9	11	1%
	EMATOLOGIA	2	6	8	
	NEUROLOGIA		1	1	
	PEDIATRIA		2	2	
ST."V.FAZZI" - LECCE		157	87	244	16%
	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	157	86	243	
	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE		1	1	
STABILIMENTO "PERRINO" - BRINDISI			4	4	0%
	CHIRURGIA PLASTICA		1	1	
	EMATOLOGIA		2	2	
	PEDIATRIA		1	1	
Altri istituti		3	14	17	1%
Totale		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.

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

STRUTTURA	Colecisti	Colon	Esofago	Fegato	Laringe	Mammella	Pancreas	Polmone	Prostata	Rene	Retto	Stomaco	Tiroide	Utero	Vescica	Totale
A.O.SSN Policlinico-Ba	12	234	8	94	7	298	25	72	110	104	86	66	98	172	46	1.432
Casa Sollievo della Soff enza	5	114	1	18	25	341	22	53	104	35	39	45	59	44	45	950
Osp.C. Miulli-Acquaviva elle Fonti	8	116	2	17	21	53	5		294	91	9	27	83	60	59	845
A.O.U.U. di Foggia-Fogg a	1	92	1	18	10	150	7	92	136	47	33	26	11	21	27	572
Osp. V. Fazzi-Lecce	3	67		4	17	113		137	24	8	2	10	68	76	3	532
Osp. S. Paolo-Bari	1	22				288		164				2	1	6		484
Osp.C. G. Panico-Trica	2	88	1	3	13	48	5	8	94	34	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 Dei-B n	1	38		4		144	1	66	4	3	7	12	6	82	2	370
CCA D'Amore SRL-Tara o		10		2	2	251	1			1	6	2	85	1		361
Osp. Perrino-Brindisi	3	40			9	122			6	14	4	5	52	14	2	341
IRCCSpub Saveno de B is-Castellana Grotte	8	125	2	14			18				45	40		2		254
Osp. S.S. Annunziata/A s p-Taranto		49		2	3	92	1		7	5	13	7	3	52	9	243
CCA Città di Lecce-Lec		7		2		159						2	7			177
Osp. Mons. R. Dimicco Barletta		31			24	103					11	2	3			174
Osp. di Martina Franca- artina 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-Cass no Delle Murge	3	24		2		59	2		6	14	11	6	7	6	8	148
Osp. di Copertino-Coper o	1	51	2	9		7	6		1	3	11	13	2	16	1	123
Osp. Sacro Cuore di Ge -Gallipoli		30				63					13	4		5		115
Osp. di Monopoli-Monop i		8			1	58			24	10				7	3	111
Osp. Di Venere-Bari		11			34	6			36	2			4	8	5	106
Osp. di Casarano-Casa o	2	17		10		2	1		24	21	1	5	2	5	5	95
CCA Prof. Petrucciani S L-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-Mandu a		32		1		9					5	5				52
Osp. di Francavilla Font a		18		1		21					3	1		6		50
Osp. di Scorrano-Scorr o		23		2		3				1	10	5	1		2	47
CCA Bernardini-Taranto		20	1	3		1	1				11	5		2	1	45
Osp. di Altamura-Altam a		13	1	2	1	8	1		6	2	5	1		1	3	44
Osp. G. Talarella-Cerigr a		14							14	7	2	2			4	43
CCA Prof. Brodetti-Fogg a		4		1		5			5	1	11	7	5			39
Osp. S. Paolo-Terlizzi	1	30		4								2				37
Osp. C. Novella-Galatin		14		2		7					3			6	1	33
Osp. di Putignano Polig no	1	17		1		11					1		1			32
Osp. di Castellaneta-Ca ellaneta		9				4			5	1	4	1			4	28
CCA S. Francesco-Gala na	1	7				8			4		1					21
Osp. di Ostuni-Ostuni		12									2	1				15
Osp. Teresa Masselli-S Spirito		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-Ma redonia		7									1					8
Osp. di Bisceglie-Bisce e		3				3					1					7
Osp. S. Severo-Lucera		4				1						1				6
CCA Anthea-Bari		3		2												5
CCA Medicol SRL-Conv sano				1		3				1						5
A.O.SSN Giovanni XXIII-B an										2						2
Osp. S. Paolo-Corato														2		2
Totale complessivo	55	1548	22	241	172	3019	98	583	1020	478	413	347	535	682	327	9.521

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.

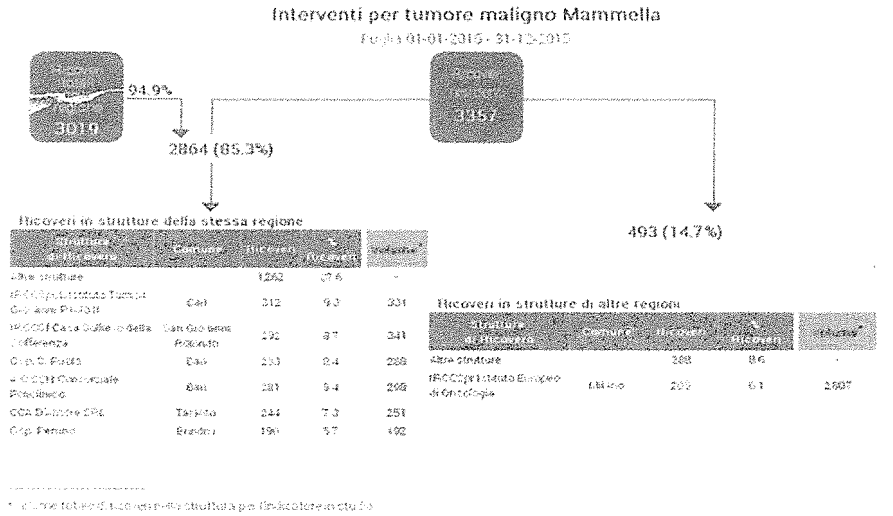
Tabella 15 – Numero di prestazioni di chemioterapia per Azienda sanitaria e struttura , Anno 2015 fonte Edotto – elab. AReS Puglia

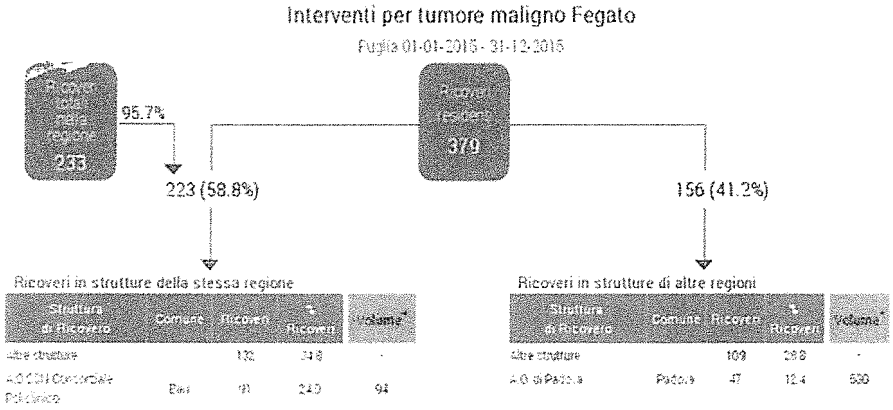
AZIENDA	STABILIMENTO	PREST. AMB	RICOVERO	TOTALE
AO Ospedale Consorziale Policlinico		17.070	220	17.290
IRCSS Oncologico - Bari		16.243	150	16.393
AO Ospedali Riuniti - Foggia		6.512	570	7.082
IRCSS S. De Bellis - Castellana Grotte		2.176	268	2.444
BARI		**19.284**	**47**	**19.331**
	OSPEDALE SAN PAOLO - 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 MURGIA 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





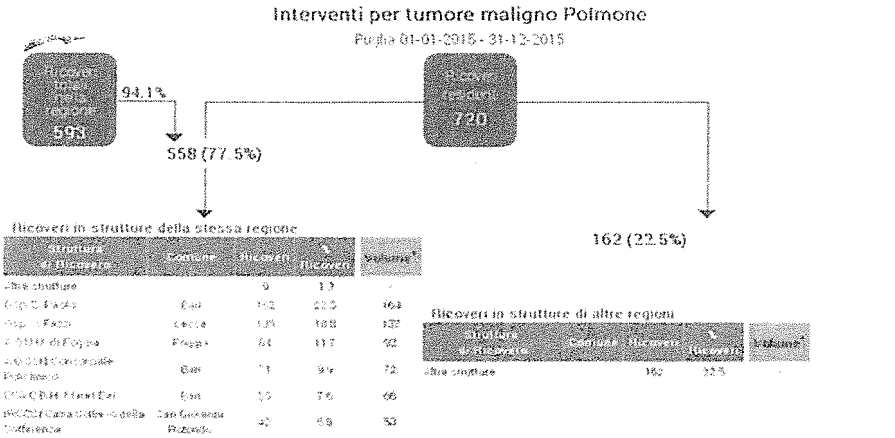
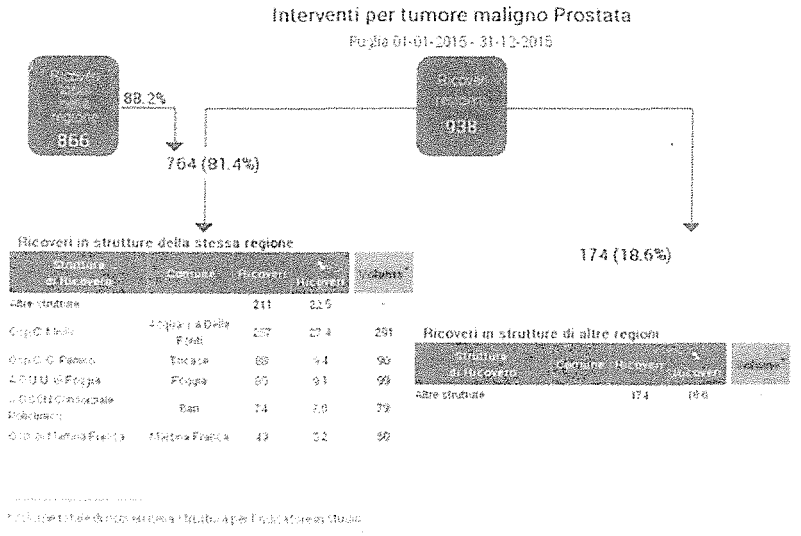
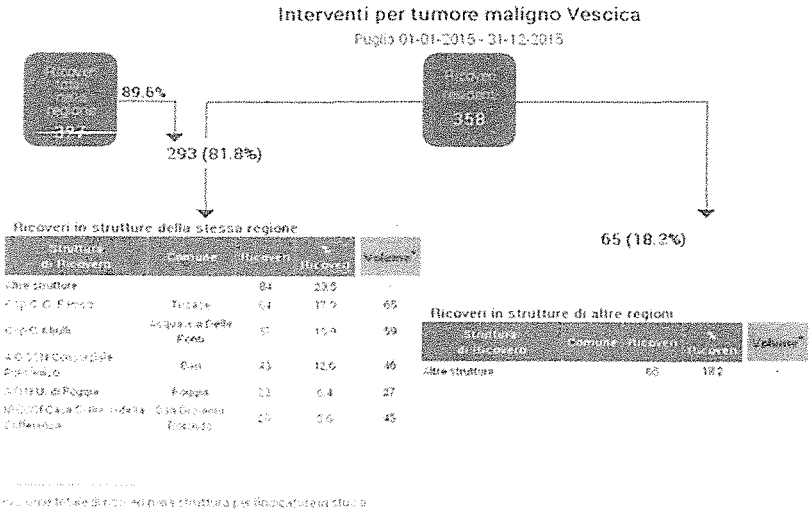
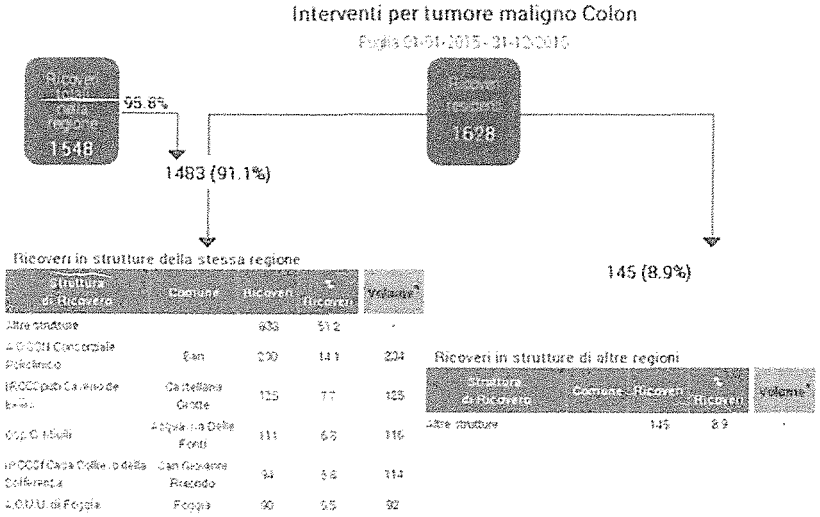


Grafico 10 – Numero di ricoveri in regione e fuori regioni per sedi tumorali, Anno 2015 fonte PNE

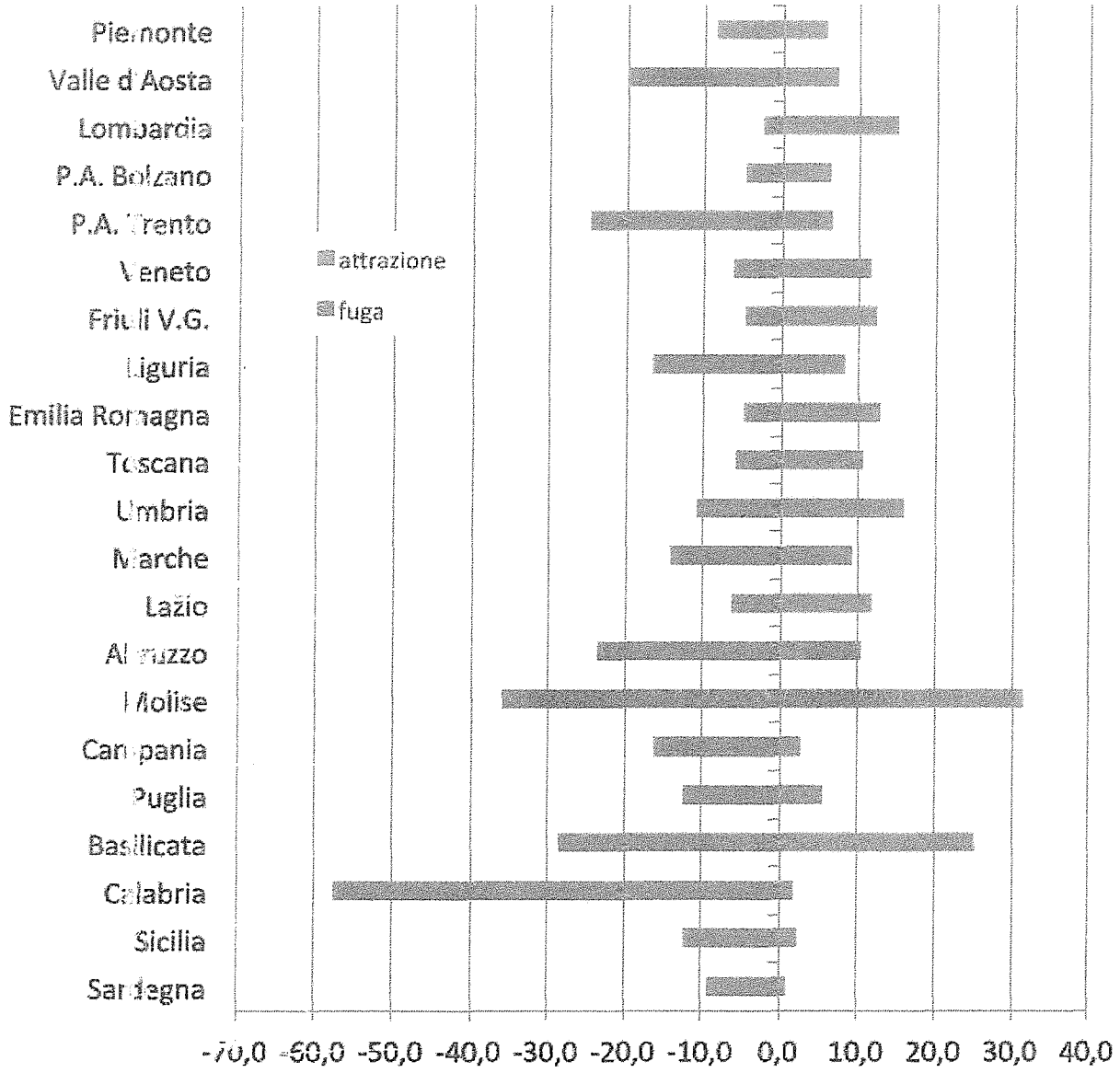






Il Ministero della Salute ha fornito con il Rapporto SDO 2015 il dato di mobilità attiva e passiva per i pazienti con tumore nell'anno 2014 per regione:

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%.

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

	Provincia di Residenza													
REGIONE	FG	%	BA	%	TA	%	BR	%	LE	%	BT	%	Totale	%
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%	16	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%

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 LECCE '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 Uni 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 (anno2013) 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
ASL FG	OSPEDALE CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	OSPEDALE CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	Z11010102-ACCELERATORI LINEARI AD ENERGIA MEDIA E MULTIPLA	1
			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. DIMICCOLI'	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 con quelle del territorio.

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.

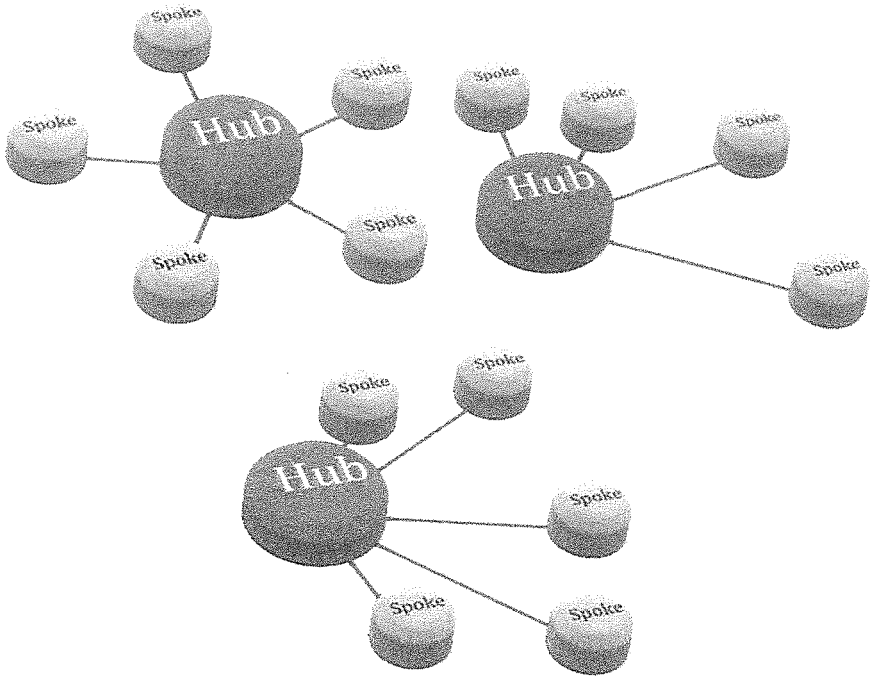
Il 30 ottobre 2014 è stata sancita l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8 comma 6 della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo e le Province Autonome di Trento e Bolzano, concernente il "Documento Tecnico di indirizzo per ridurre il *burden* del cancro – Anni 2014-2016, che recepisce il documento "Guida 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;

- 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.

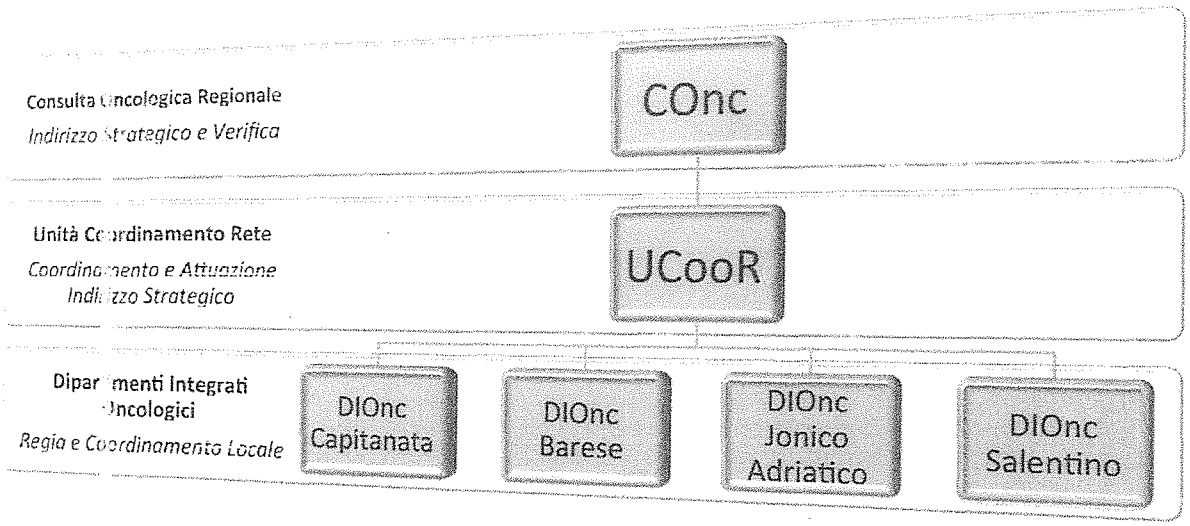
Alla luce di tali indicazioni, il processo di riorganizzazione si deve confrontare con le seguenti esigenze ineludibili, analiticamente individuate:

- 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 rifunzionalizzazione 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

- 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:

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

- convoca e presiede l'Unità di Coordinamento Rete;
- 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:

- <u>Le attività di Rete</u>: 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.
- <u>I programmi trasversali di Rete</u>: 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 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 della 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 che territoriali, alle quali spettano invece le attività che coinvolgono direttamente il paziente e che

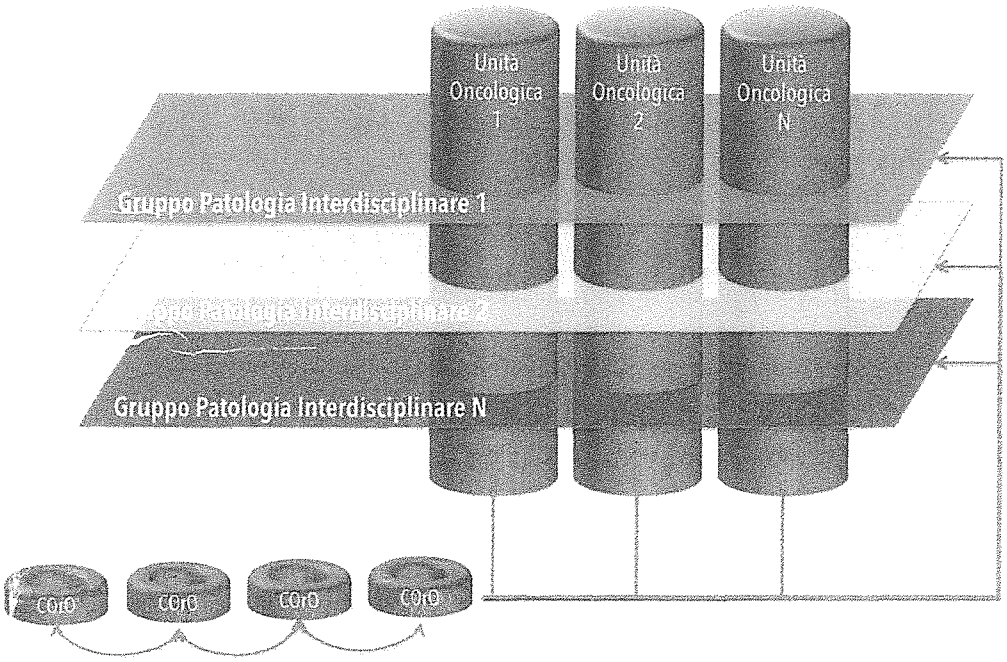
vanno dallo screening alla diagnosi, alla degenza ordinaria o in day hospital, alle prestazioni ambulatoriali, al follow up, alla riabilitazione, alle terapie domiciliari e al supporto socio-sanitario.

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 Sollievo 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 Consorziale 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)



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 Pubblica[1] 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

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.

- ***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 controlli periodici dei pazienti;

- definire e realizzare percorsi preferenziali di accesso sia al completamento degli accertamenti diagnostici, stadiativi e di controllo, sia alle risorse terapeutiche;
- eseguire audit sulle scelte terapeutiche effettuate, con riferimento alle linee guida disponibili, elaborate dalla Rete ovvero – in assenza – validate dalla comunità scientifica;
- 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:

- 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;
- accoglienza del paziente indirizzatogli dal medico di medicina generale o da altre strutture;
- amministrazione e gestione del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale del paziente sotto il profilo amministrativo, incluso:

- 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 delle 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.

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 Nylor 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.

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 suo 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 un

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 una 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 delle ricerca orientate sul fabbisogno di conoscenza definito attraverso le evidenze disponibili;
- garantire l'accesso tempestivo alle informazioni circa la pubblicazione dei bandi (nazionali e 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.

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.

APPENDICE

Prestazioni PET erogate nel 2013 in Puglia in regime ambulatoriale pubblico

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

Azienda Erogante	Asi Residenza								
	ba (160114)	br (160106)	bt (160113)	fg (160115)	le (160116)	ta (160112)	Auto consumo	Mob Attiva	Totale
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 PET2013
Categoria Erogatore ospedaliera

Regione Erogante	ASL Residenza						
	ba (160114)	br (160106)	bt (160113)	fg (160115)	le (160116)	ta (160112)	Mob Passiva
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 (130)	221	113	67	89	256	136	882
marche (110)	1		1	5	1	2	10
[illegible]	19	1	3	65	4	8	100
molise (140)	5	4	3	9	15	4	40
piemonte (170)	2						2
sicilia (190)	2					4	6
prov.aut. bolzano (41)							
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

N. prestazioni PET per mille abitanti residenti

ASL Residenza	prestazioni in autoconsumo	prestazioni in mobilità passiva	prestazioni totali a residenti	pop residente	petx 1000 abitanti
ba (160111)	5.293	864	6.157	1.266.379	4,9
br (160106)	1.451	255	1.706	400.721	4,3
bt (16011)	1.792	250	2.042	394.387	5,2
fg (160115)	1.757	475	2.232	633.839	3,5
le (16011Ei_	1.280	623	1.903	806.412	2,4
ta	2.871	502	3.373	588.367	5,7
(160tL1_J	14.444	2.969	17.413	4.090.105	4,3

Indice di fi,ga per prestazioni PET

ASL Residenza	prestazioni in autoconsumo	prestazioni in mobilità passiva	prestazioni totali a residenti	pop residente	indice di fuga
ba (16011,l)	5.293	864	6.157	1.266.379	14,0
br (160106)	1.451	255	1.706	400.721	14,9
bt (16011)1	1.792	250	2.042	394.387	12,2
fg (16011_·	1.757	475	2.232	633.839	21,3
le	1.280	623	1.903	806.412	32,7
(160111._,.	2.871	502	3.373	588.367	14,9
ta (160 1 l-	14.444	2.969	17.413	4.090.105	17,1

Indice di a ,:trazione per prestazioni PET

Provincia di erogazim•e	prestazioni in autoconsumo	prestazioni in mobilità attiva	pop residente	indice di attrazione (%)
ba(1601l l)	5.293	106	1.266.379	2,0
br (16010)	1.451	13	400.721	0,9
bt(1601)	1.792	12	394.387	0,7
_fg (160:Ll)	1.ì57	356	633.839	16,8
le (1601:1;;	1.280		806.412	0,0
ta (1601l)	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

Prestazioni SPET erogate nel 2013 in Puglia in regime ambulatoriale pubblico

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

	Asl Residenza								
Azienda Erogante	**ba (160114)**	**br (160106)**	**bt (160113)**	**fg (160115)**	**le (160116)**	**ta (160112)**	**Auto consumo**	**Mob Attiva**	**Totale**
ao cons. policlinico - bari (160907)	24		2			1	27		27
ao ospedali riuniti - foggia			2	18			20		20
(160910) 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**

	ASL Residenza						
Regione Erogante	ba (160114)	br (160106)	bt (160113)	fg (160115)	le (160116)	ta (160112)	Mob Passiva
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

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	10.1.&5	*166*	**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**

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

Prestazioni RTO 2013
Categoria Erogatore 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 franco villa 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**

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

Prestazioni RTO 2013
Categoria Erogatore ospedaliera

	ASL Residenza						
Regione erogante	ba (160114)	br (160106)	bt (160113)	fg (160115)	le (160116)	ta (160112)	Mob Passiva
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 (180)	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**

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**

	Azienda Erogante										
Regione di residenza	**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)**	Mob Attiva
abruzzo (130) basilicata						106			32		138
(170) calabria (180)	17	125	70	45	73	320	293	20		1.303	2.266
campania (150)	4	9	24			536	158	10	225	300	1.266
friuli venezia giulia (60)	2	305				683					990
lazio (120)				1							1
liguria (70)		113	7	38		16					174
lombardia (30)									23		23
			2	45		42			26	12	127
		18			20						38
marche (110) molise (140)		61				139					200
		47	2		72	57	156				334
non specificata (-2)		1							228		229
piemonte (10)				47							47
prov.aut. bolzano (41)	5	303	17	16	9	130	135	5	35	218	873
sconosciuta (-1)		18		1		40					59
sicilia (190)	1					12					13
toscana (90)	29	1.000	122	193	174	2.081	742	35	569	1.833	6.n8
Totale											

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	8	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

Allegato unico alla deliberazione
n. 221 del 23/02/2017
composta da n. 102 (centodue) facciate
Il Segretario della G.R. Il Presidente
Dott.a CARMELA MORETTI dott. Michele EMILIANO

REGIONE PUGLIA
SEGRETARIATO GENERALE G.R.
La presente copia, composta da n°. 111 facciate, è conforme all'originale depositato presso il Segretariato Generale della G.R. 20 MAR 2017
Il Segretario Generale
Dott.ssa CARMELA MORETTI

REGIONE PUGLIA
SEGRETARIATO GENERALE G.R.
Si trasmette Struttura Gab. Uffici
per gli adempimenti di competenza
Bari, lì 20 MAR 2017
Il Segretario Generale
Dott.ssa CARMELA MORETTI