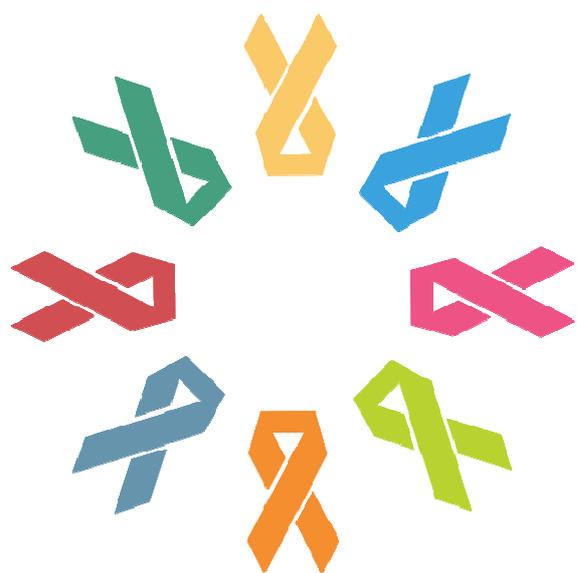




AReS PUGLIA
Agenzia Regionale Sanitaria



RETE
ONCOLOGICA
PUGLIESE

La Rete Oncologica Pugliese

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

1. FINALITÀ DEL DOCUMENTO

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

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

2. CONFINI E DOMINI ASSISTENZIALI

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

3. ANALISI DEL FABBISOGNO E DELLA DOMANDA

3.1 INCIDENZA, MORTALITÀ E SOPRAVVIVENZA

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

Incidenza: numero di nuovi casi/anno

Mortalità: numero di decessi/anno

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

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

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

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

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

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

*Fonte ItaCan (2006-2009)

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

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

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

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

MASCHI	Sede	Diffusione*	MASCHI	Sede	Diffusione*
1	Polmone e bronchi	18,1%	1	Prostata	20%
2	Prostata	16,9%	2	Polmone	15%
3	Vescica	13,7%	3	Colon-retto	14%
4	Colon-retto	11,7%	4	Vescica	11%
5	Fegato	5,3%	5	Stomaco	5%
(Pool Puglia)			(I Numeri del Cancro in Italia, 2015)		
FEMMINE	Sede	Diffusione*	FEMMINE	Sede	Diffusione*
1	Mammella	29,2%	1	Mammella	29%
2	Colon-retto	13,1%	2	Colon-retto	13%
3	Tiroide	6,9%	3	Polmone	6%
4	Corpo dell'utero	5,3%	4	Tiroide	5%
5	Polmone e bronchi	4,4%	5	Corpo dell'utero	5%
(Pool Puglia)			(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.

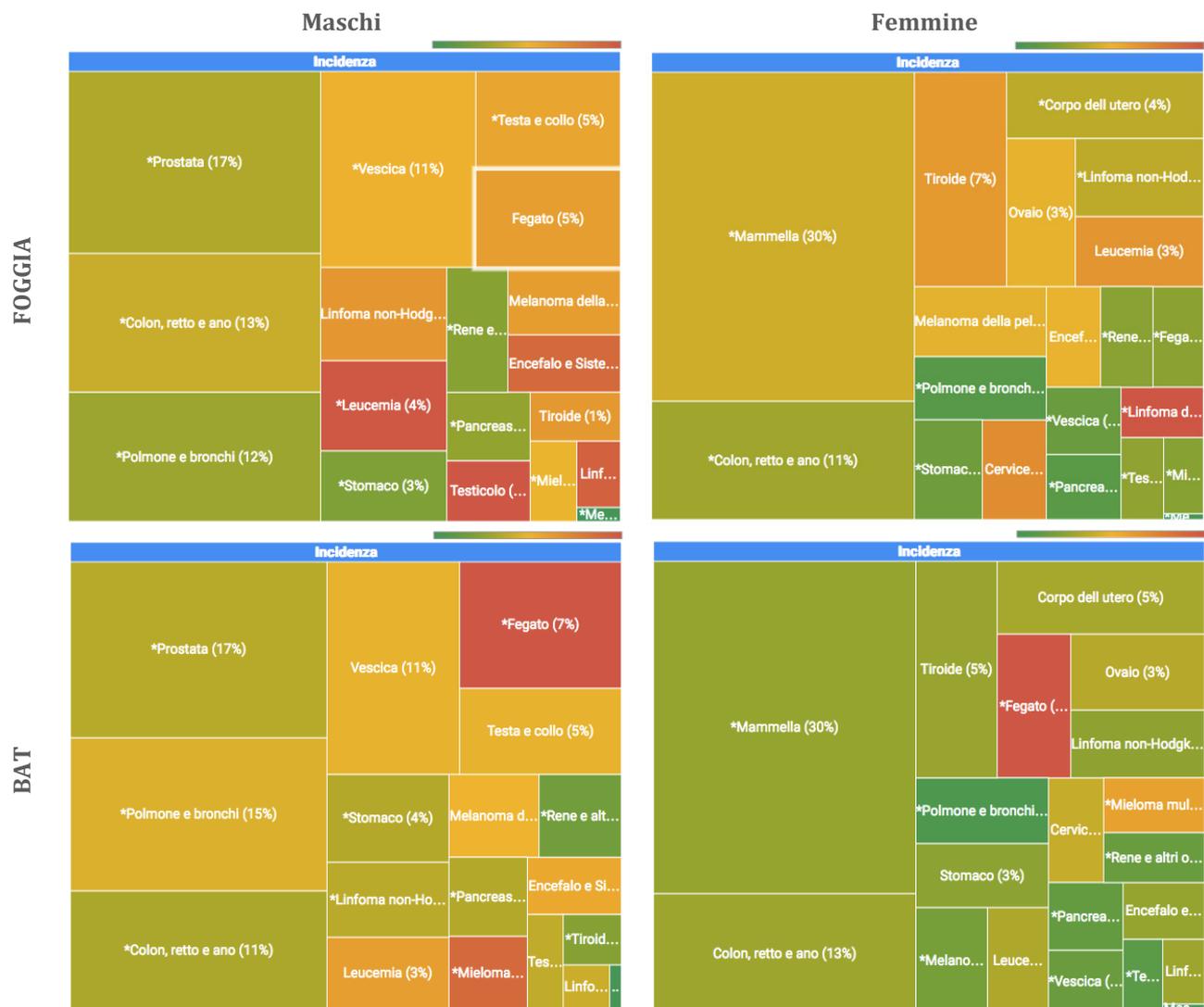


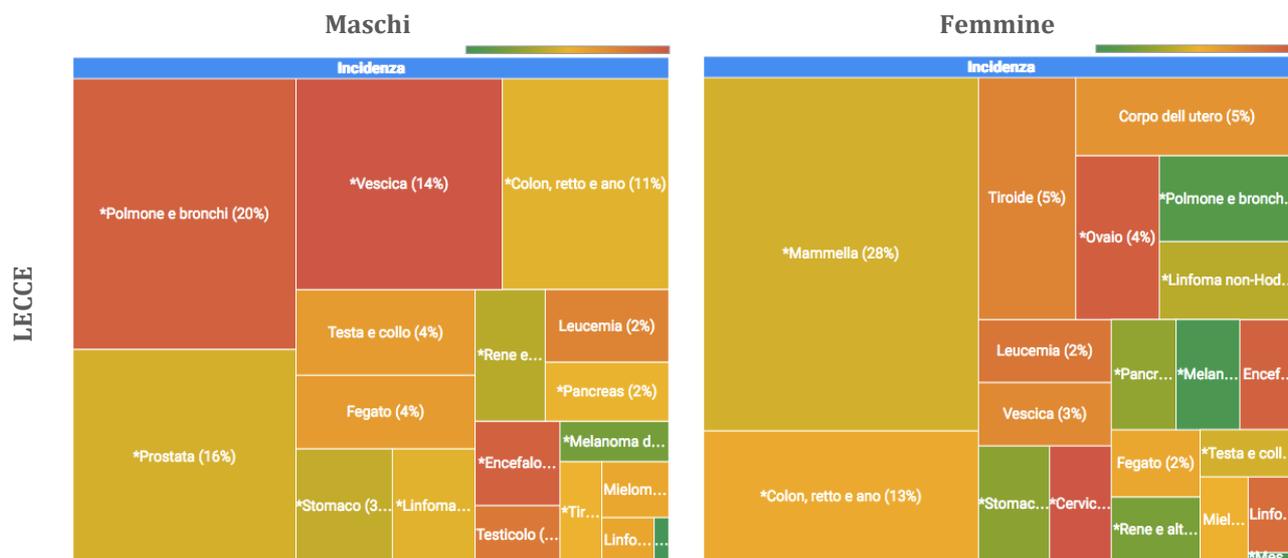
Grafico 1 – Tree Map della frequenza per provincia dei nuovi casi, fonte Rapporto Registro Tumori Puglia 2015

Il colore 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 digradante di ciascun box, dal verde al rosso, segnala rispettivamente un valore più basso e più alto rispetto all'Italia e le sedi precedute da un asterisco (*) hanno un tasso di incidenza **significativamente** più alto/basso rispetto all'Italia.



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

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

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

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

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

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

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

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.

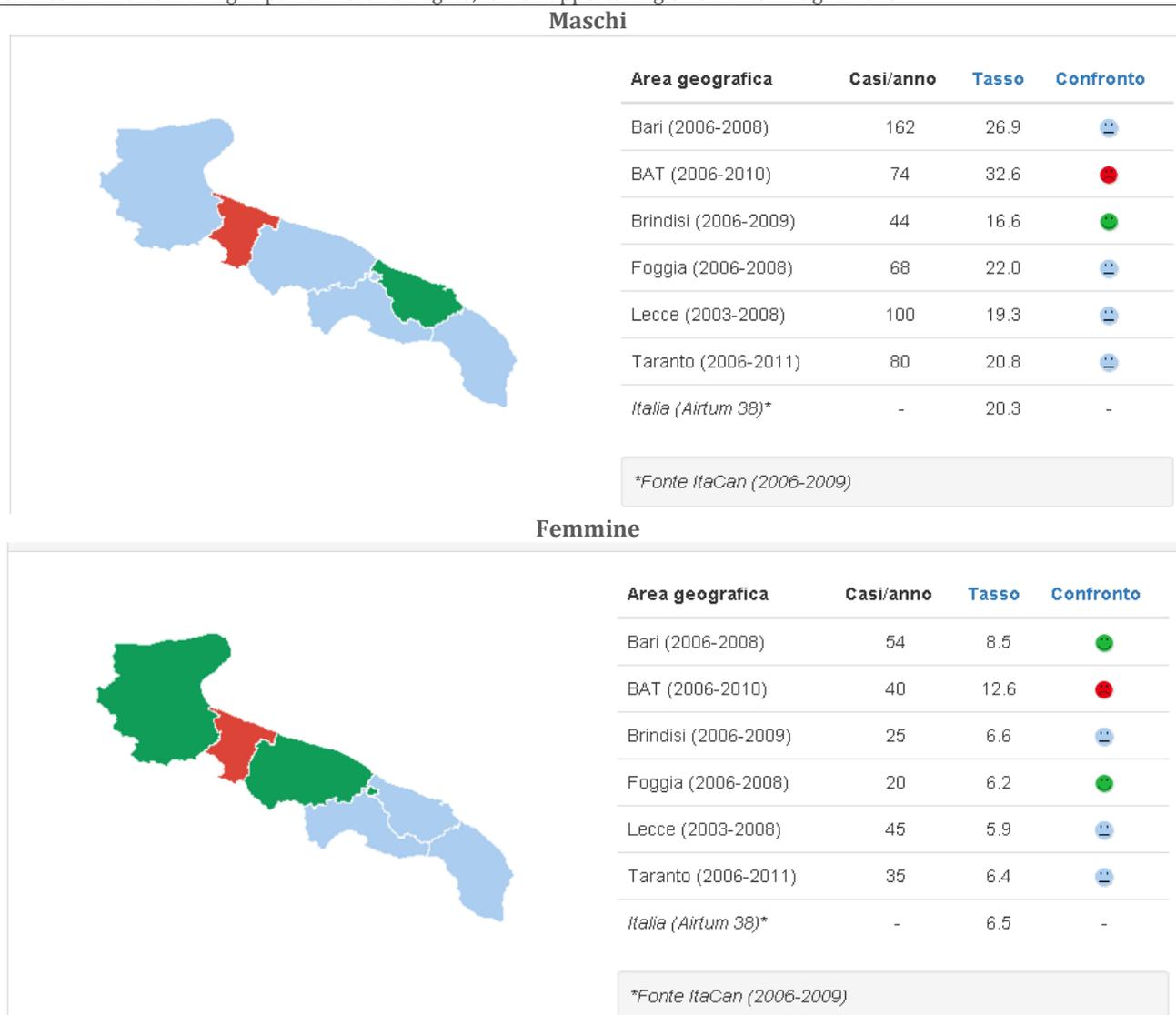
Contrariamente al dato osservato nel sesso maschile, è nella provincia di Brindisi che si osserva più chiaramente un andamento in crescita, mentre a Taranto sembrerebbe nell'ultimo periodo rilevarsi un iniziale decremento.

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

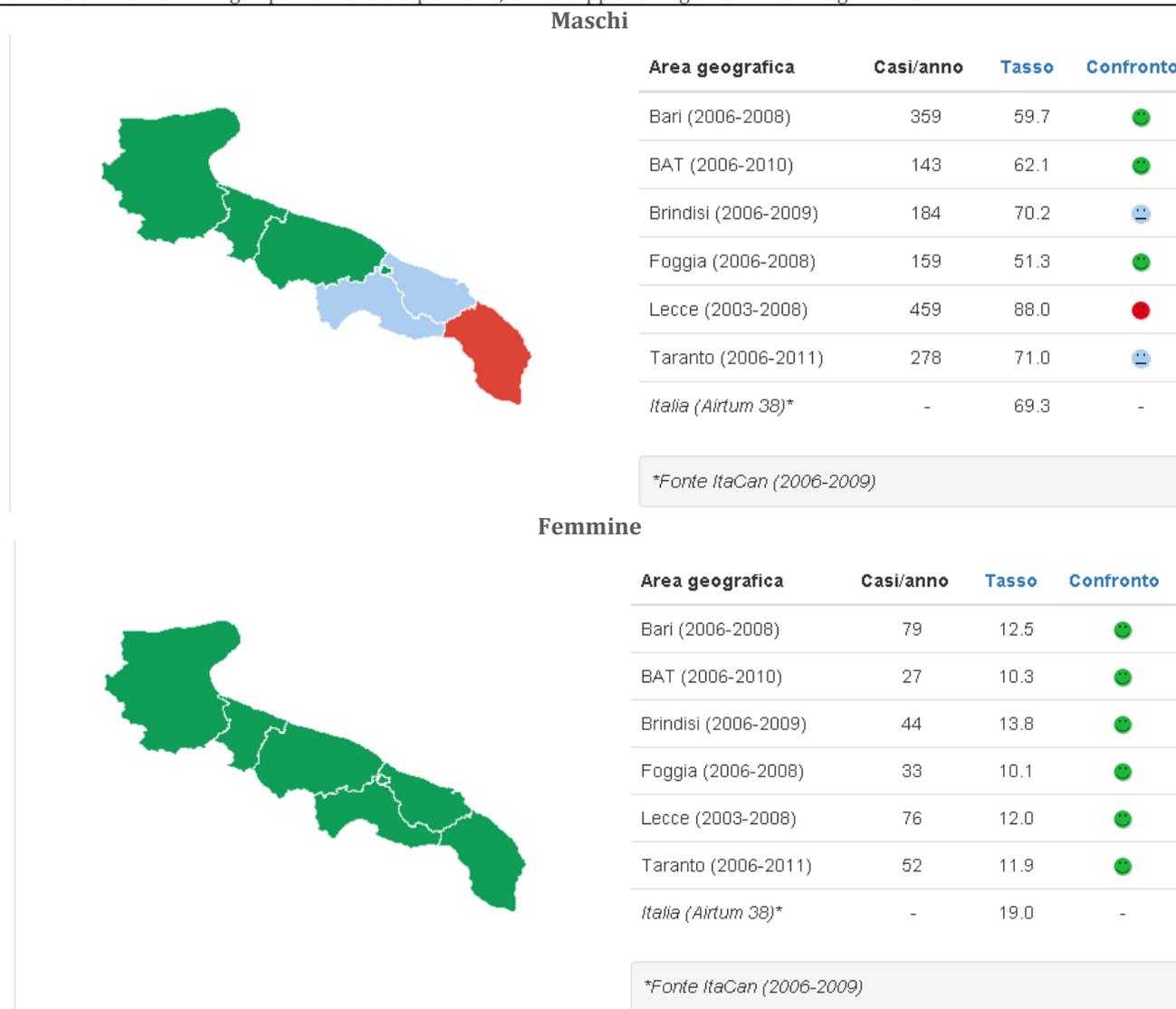


Tra gli uomini sembra tuttavia evidenziarsi un andamento in riduzione sia per l'incidenza che per la mortalità, con un dato di sopravvivenza a 5 anni lievemente superiore a quello nazionale (17%). In provincia di Brindisi tuttavia la sopravvivenza si attesta su valori più bassi del pool Puglia e dei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



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).

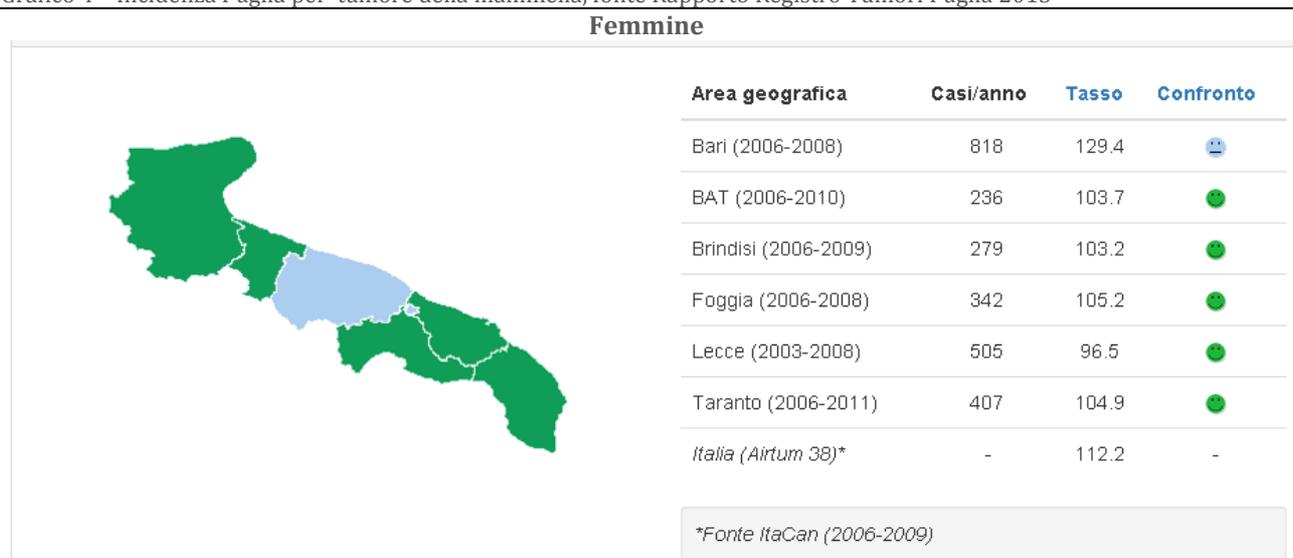
La mortalità appare dovunque in lieve diminuzione, così come l'incidenza a BT e Brindisi, ma non a Taranto. Dati di sopravvivenza inferiori al pool Puglia si evidenziano a Brindisi e Taranto (10%), migliori a Lecce (14%).

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.

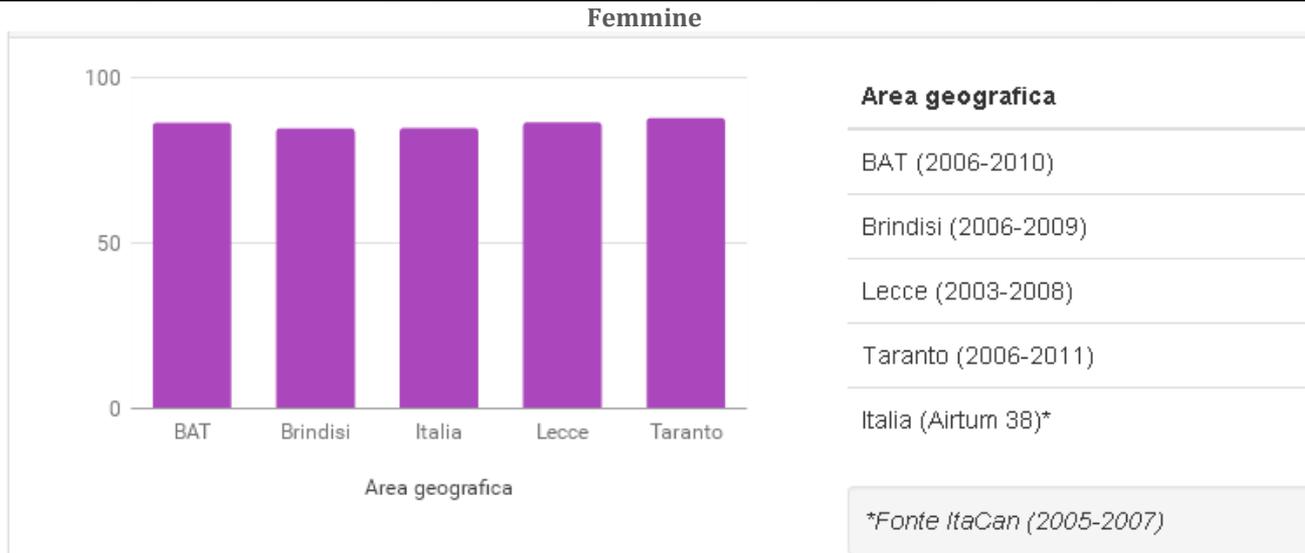
Grafico 4 – Incidenza Puglia per tumore della mammella, fonte Rapporto Registro Tumori Puglia 2015



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

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

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



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

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

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

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

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

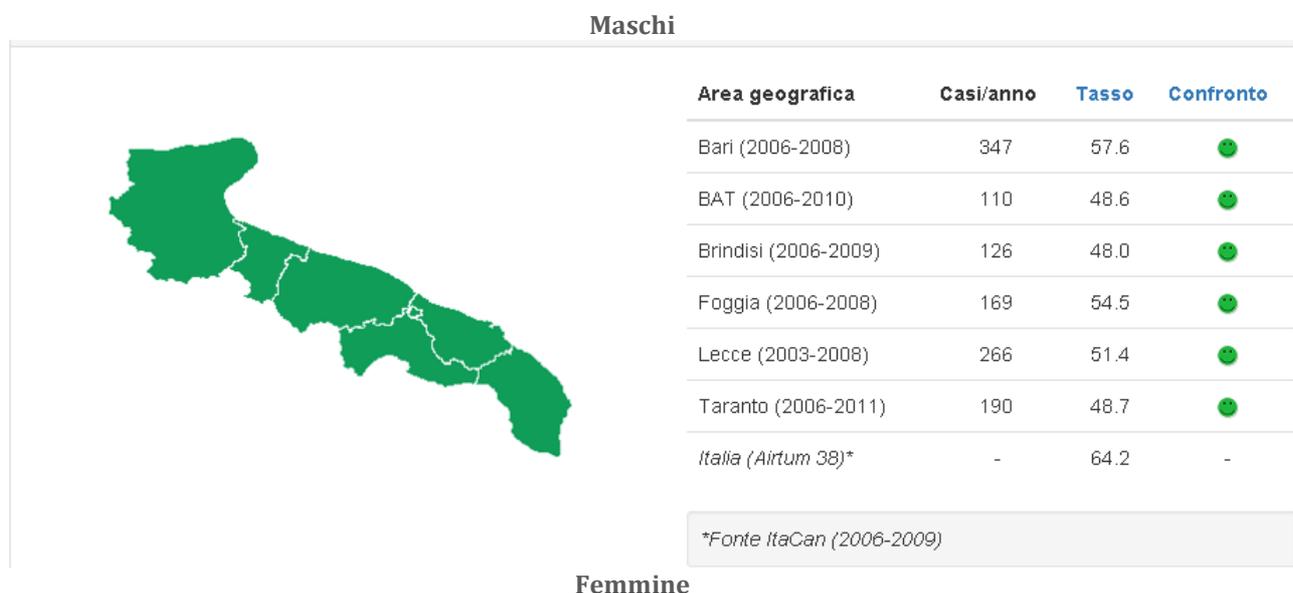
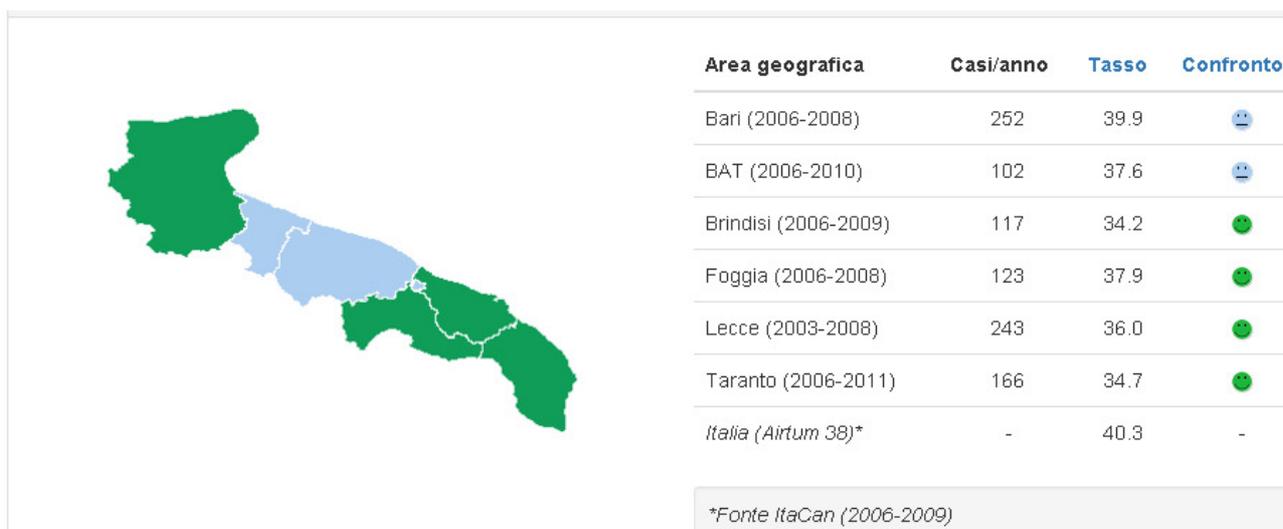


Grafico 6 – Incidenza Puglia per tumore del colon-retto, fonte Rapporto Registro Tumori Puglia 2015



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

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

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

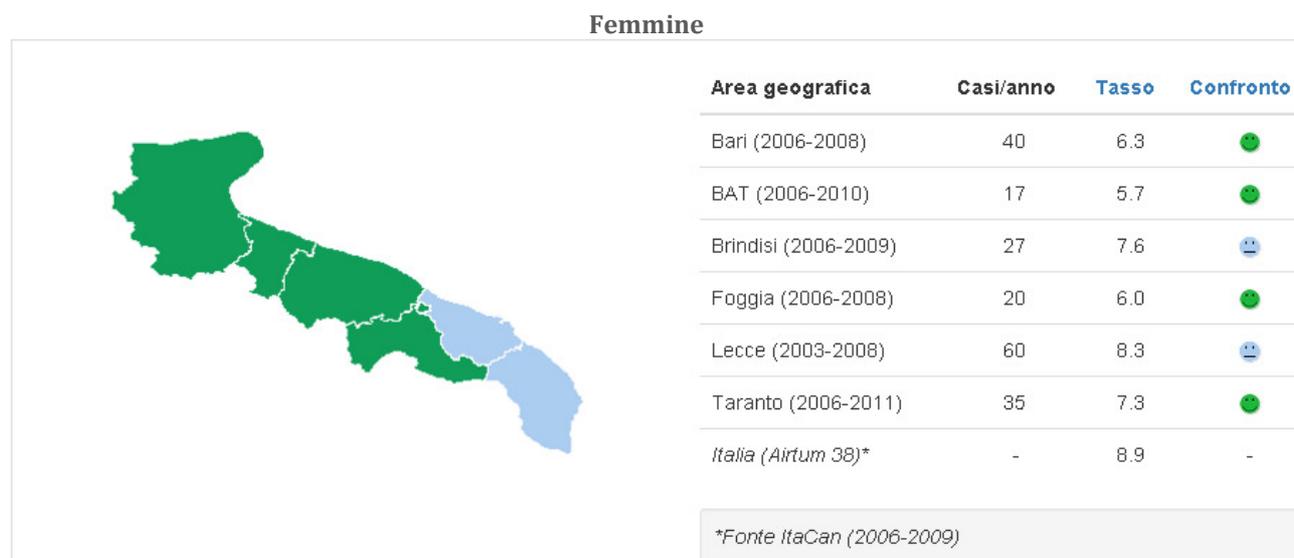
Anche l'incidenza femminile mostra i valori più elevati a Lecce, che però rimangono inferiori rispetto al dato nazionale, tranne che a Lecce città. Come per i maschi, tra le donne la sopravvivenza in Puglia è inferiore (72% vs 76%). Il dato è particolarmente critico nella provincia BT (59%).

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

Maschi



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



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

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

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

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

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

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

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.

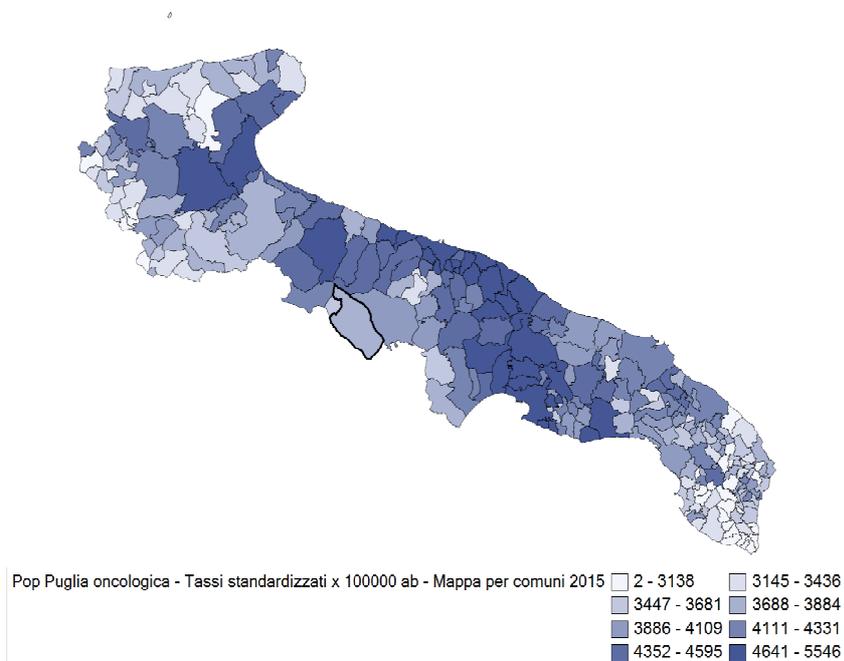
Tabella 3 – Prevalenza dei tumori in Puglia, fonte BDA – AReS Puglia

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. ARS Puglia

	2015													
	RICOVERI TOTALI RESIDENTI	Ordinari	Day Hospital	Medici	Chirurgici	RICOVERI TOTALI IN 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)	581	433	148	284	297	620	39	6%	469	76%	151	302	318	51%
TUMORI MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE E DEL PERITONEO (150-159)	7.771	7.012	759	4.470	3.301	8.208	437	5%	7.436	91%	772	4.715	3.493	43%
TUMORI MALIGNI DELL'APPARATO 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 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)	9.100	7.808	1.292	2.448	6.652	9.686	586	6%	8.353	86%	1.333	2.561	7.125	74%
TUMORI MALIGNI DI ALTRE E NON SPECIFICATE SEDI (190-199)	5.747	5.300	447	3.798	1.949	6.243	496	8%	5.782	93%	461	4.155	2.088	33%
TUMORI MALIGNI DEL TESSUTO LINFATICO ED EMOPOIETICO (200-208)	4.686	3.248	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	20.655	41.410	2.514	6%	34.677	84%	6.733	19.444	21.966	63%

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. ARS Puglia

		2015																								
		RICOVERI TOTALI RESIDENTI			Ordinari		Day Hospital	Medici		Chirurgici		RICOVERI TOTALI IN 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	16	10	28	2	7%	23	82%	5	18	10	36%										
	144--	Tumori maligni del pavimento della bocca	23	15	8	13	10	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	44	10	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 della 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%	886	93%	68	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	981	1.575	62%										
	154--	Tumori maligni del retto, della giunzione rettosigmoidica e dell'ano	1.297	1.214	83	539	758	1.382	85	6%	1.298	94%	84	576	806	58%										
	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	422	386	36	300	122	434	12	3%	398	92%	36	306	128	29%										
	157--	Tumori maligni del pancreas	820	756	64	637	183	885	65	7%	821	93%	64	685	200	23%										
	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)		7.711	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 faringe	356	320	36	123	233	377	21	6%	340	90%	37	130	247	66%										
	162--	Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	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	142	136	6	97	45	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)		3.448	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	156	68	30%										
	172--	Melanoma maligno della cute	521	365	156	123	338	534	13	2%	375	70%	159	126	408	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	90%										
	174--	Tumori maligni della mammella della donna	3.664	3.151	513	830	2.834	3.862	198	5%	3.339	86%	523	863	2.999	78%										
	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	29	25	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	55	90	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	-	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	1.796	1.162	634	883	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%	206	85%	37	58	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	4.310	399	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	281	593	68%										
TUMORI MALIGNI DEGLI ORGANI GENITOURINARI (179-189)		9.100	7.808	1.292	2.440	6.652	9.686	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	20	38	66%										
	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	90%	21	45	525	94%										
	194--	Tumori maligni delle altre ghiandole endocrine e strutture connesse	46	41	5	27	19	50	4	8%	45	90%	5	30	20	40%										
	195--	Tumori maligni di altre e mal definite sedi	72	55	17	49	23	78	6	8%	61	78%	17	54	24	31%										
	196--	Tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi	643	592	51	235	408	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	870	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 reticulosarcoma	285	215	70	188	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	1.206	86	7%	772	64%	434	885	321	27%										
	204--	Leucemia linfode	563	384	179	465	98	662	99	15%	456	70%	196	540	122	18%										
	205--	Leucemia mieloide	949	662	287	901	48	1.025	76	7%	715	70%	310	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	3.248	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	20.655	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%	42.436	0,0%
CHIRURGIA GENERALE	9.053	1.188	10.241	24,7%	62.306	16,4%
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	208	20	228	0,6%	1.430	15,3%
CHIRURGIA PEDIATRICA	23		23	0,1%	3.853	0,6%
CHIRURGIA PLASTICA	1.586	462	2.048	4,9%	5.958	34,4%
CHIRURGIA TORACICA	1.434	210	1.644	4,0%	4.402	37,3%
CHIRURGIA VASCOLARE	61		61	0,1%	5.732	1,1%
DAY HOSPITAL	-	121	121	0,3%	839	13,5%
DAY SURGERY	-	27	27	0,1%	114	23,7%
DERMATOLOGIA	494	443	937	2,3%	3.814	24,6%
EMATOLOGIA	2.560	1.161	3.711	9,0%	7.928	46,8%
GASTROENTEROLOGIA	908	52	960	2,3%	12.132	7,9%
GERIATRIA	473	11	484	1,2%	11.315	4,3%
LUNGODEGENTI	95		95	0,2%	2.138	4,4%
MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO	75	7	82	0,2%	7.848	1,0%
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	203	136	339	0,8%	9.800	3,5%
MEDICINA GENERALE	2.984	367	3.351	8,1%	59.843	5,6%
NEFROLOGIA	64	2	66	0,2%	10.731	0,8%
NEUROCHIRURGIA	506		506	1,2%	10.024	5,0%
NEUROLOGIA	267		267	0,6%	17.841	1,5%
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	1		1	0,0%	2.931	0,0%
OCULISTICA	62	21	83	0,2%	9.335	0,9%
ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	1	44	45	0,1%	2.813	1,6%
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	309	53	362	0,9%	2.023	17,9%
ONCOLOGIA	4.214	1.335	5.549	13,4%	13.808	40,2%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	41	10	51	0,1%	48.536	0,1%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.259	89	1.348	3,3%	70.483	1,9%
OTORINOLARINGOATRIA	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%	10.834	4,5%
PSICHIATRIA	1		1	0,0%	6.937	0,0%
RADIOTERAPIA	9		9	0,0%	747	1,2%
RECUPERO E RIABILITAZIONE	6		6	0,0%	14.436	0,0%
REUMATOLOGIA	5		5	0,0%	3.179	0,2%
TERAPIA INTENSIVA	82	10	92	0,2%	5.834	1,6%
UNITA' CORONARICA	7		7	0,0%	5.850	0,1%
UROLOGIA	6.208	827	7.035	17,0%	23.775	29,6%
Totale	34.677	6.733	41.410		556.537	7%

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

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

STABILIMENTO OSPEDALIERO	ORD	% Ord	DH	Totale RICOVERI	% sul totale	Day service (SDA)	Totale PRESTAZIONI
EE CASASOLIEVO - S.G. ROTONDO	6.175	88%	868	7.043	17%	106	7.151
AO CONS. POLICLINICO - BARI	3.945	83%	806	4.751	11%	147	4.898
ST. V. FAZZI' - LECCE	2.636	75%	892	3.527	8%		3.527
AO OSPEDALI RIUNITI - FOGGIA	2.385	78%	661	3.046	7%	127	3.173
EE MULLI - ACQUAVIVA D. FONTI	2.194	90%	243	2.437	6%	549	2.986
STABILIMENTO "PEPINO" - 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
IROCCS ONCOLOGICO - BARI	1.276	83%	264	1.540	4%	27	1.567
EE CARDINALE PANICO - TRIGASE	1.451	95%	78	1.529	4%	54	1.583
ST. F. FERRARI - CASARANO	508	42%	898	1.204	3%	1	1.205
STABILIMENTO S. PAOLO - BARI	810	95%	48	858	2%	27	883
OSPEDALE CIVILE BARLETTA - (BA)	870	82%	151	821	2%	31	852
OSPEDALE S. CUORE DI GESU' GALLIPOLI	812	78%	195	807	2%		807
CDC MATER DEI (CCR) - BARI	775	97%	27	802	2%	45	847
ST. S. GIUSEPPE COPERTINO - COPERTINO	433	81%	279	712	2%		712
P.O. BARI SUD - STAB. DI VENERIE - BARI	679	100%	2	681	2%		681
OSPEDALE CIVILE - MARTINA FRANCA	385	82%	227	592	1%		592
IROCCS S. DEBELLIS - CASTELLANA	488	98%	11	499	1%	12	511
OSPEDALE S. CATERINA NOVELLA - GALATNA	288	86%	151	439	1%	90	529
OSPEDALE "G. TATARELLA"	308	73%	114	422	1%	1	423
CDC D'AMORE - TARANTO	388	100%		388	1%	25	413
STABILIM. OSP. "SAN GIACOMO" - MONOPOLI	368	100%		368	1%	6	374
OSP. DISTRETTUALE - ANDRIA	364	99%	3	367	1%	22	389
OSPEDALE CIVILE MOLFETTA - (BA)	298	100%		298	1%	804	1.102
ST. I. VERIS - SCOPRIANO	255	87%	38	293	1%		293
CDC PROF. BRODETTI - FOGGIA	268	100%		268	1%	9	277
STABILIMENTO CIVILE - OSTUNI	162	83%	84	256	1%		256
STAB. OSPEDALIERO CASTELLANETA	197	80%	50	247	1%	6	253
ST. UMBERTO I - ALTAMURA	233	96%	8	242	1%	68	310
CDC S. MARIA - BARI	226	100%		226	1%	2	228
CDC CASA BIANCA - CASSANO	218	100%		218	1%	9	227
CDC VILLA VERDE - TARANTO	214	100%		214	1%	6	220
STABIL. D. CAMBERLINGO* FRANCAVILLA FONT.	146	75%	49	194	0%	66	260
CDC CITTA' DILECCE - LECCE	184	100%		184	0%		184
CDC S. CAMILLO - TARANTO	160	100%		160	0%		160
OSPEDALE M. GIANNUZZI - MANDURIA	130	82%	29	159	0%	124	283
ST. S. CAMILLO DE LELLIS - MANFREDONIA	81	53%	73	154	0%		154
OSPEDALE CIVILE V. EMANUELE II - BISCEGLIE - (BA)	148	100%		148	0%	10	158
ST. T. MASSELLUM - SAN SEVERO	110	79%	29	139	0%		139
OSPEDALE "SAN NICOLA PELLEGRINO" - TRANI - (BA)	65	47%	72	137	0%		137
OSPEDALE "M. SARCOMI" - TERLIZZI - (BA)	117	97%	4	121	0%	221	342
CDC PROF. PETRUCCIANI - LECCE	115	100%		115	0%		115
OSPEDALE FLASTARIA - LUCERA	92	81%	22	114	0%		114
STABILIM. S. M. LAURETO - PUTIGNANO	99	94%	6	105	0%	13	118
CDC SALLUS - BRINDISI	103	100%		103	0%	9	112
P.O. BARI SUD STAB. FALLACARA - TRIGGIANO	87	100%		87	0%	7	94
OSPEDALE CIVILE S. MARCO - GROTTAGLIE - (TA)	55	68%	26	81	0%	7	88
CDC BERNARDINI - TARANTO	71	100%		71	0%	9	80
STABILIMENTO UMBERTO I - FASANO	67	98%	3	70	0%	22	92
CDC S. FRANCESCO - GALATNA	66	100%		66	0%		66
OSP. DISTRETT. NORD - CANOSA	65	100%		65	0%		65
STABILIMENTO "MELLI" - S. PIETRO VERINOTICO	43	100%		43	0%		43
CDC VILLA SERENA - CDC S. FRANCESCO - FOGGIA	27	100%		27	0%	2	29
CDC S. RITA - TARANTO	27	100%		27	0%		27
ST. GIOVANNI XXIII - BARI	23	100%		23	0%		23
STABILIMENTO "S. CAMILLO" - MESAGNE	17	86%	3	20	0%		20
CDC DIVINA PROVVIDENZA - BISCEGLIE	11	100%		11	0%	1	12
OSP. DISTRETT. SUD - CORATO	10	100%		10	0%		10
CDC S. MICHELE - MANFREDONIA	9	100%		9	0%		9
CDC ANTHEA - BARI	8	100%		8	0%		8
CDC VILLA LUCIA - GIOIA DEL CILE	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 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	
AO OSPEDALI RIUNITI - FOGGIA	PEDIATRIA	8	41	49	
		1	7	8	2%
	CHIRURGIA PLASTICA		1	1	
	OCULISTICA		3	3	
CASA SOLLIEVO -S.G. ROTONDO	PEDIATRIA		2	2	
	UROLOGIA	1	1	2	
		2	5	7	
	OTORINOLARINGOIATRIA		1	1	
CASA SOLLIEVO -S.G. ROTONDO	PEDIATRIA	2	4	6	
		33	240	273	67%
	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE		1	1	
	CHIRURGIA TORACICA		2	2	
ST F. FERRARI - CASARANO	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	32	231	263	
	PEDIATRIA	1	6	7	
			3	3	1%
	CHIRURGIA PEDIATRICA		2	2	
ST GIOVANNI XXIII - BARI	PEDIATRIA		1	1	
			21	21	5%
	CHIRURGIA PEDIATRICA		18	18	
	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI		1	1	
ST SS. ANNUNZIATA - TARANTO	NEUROLOGIA		2	2	
		2	9	11	3%
	EMATOLOGIA	2	6	8	
	NEUROLOGIA		1	1	
ST."V.FAZZI" - LECCE	PEDIATRIA		2	2	
		8	10	18	4%
	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	8	10	18	
STABILIMENTO "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 diagnostici** per stabilimento e disciplina, Anno 2015 fonte Edotto– elaborazione AReS Puglia

Istituto	Reparto	Day Hospital	Ordinario	Totale	%
AO CONS. POLICLINICO - BARI		181	342	523	33%
	CHIRURGIA PLASTICA		3	3	
	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	2	1	3	
AO OSPEDALI RIUNITI - FOGGIA	PEDIATRIA	179	338	517	
		1	8	9	1%
	CHIRURGIA PLASTICA		1	1	
	OCULISTICA		3	3	
EE CARDINALE PANICO - TRICASE	PEDIATRIA		3	3	
	UROLOGIA	1	1	2	
		20	24	44	3%
EE CASA SOLLIEVO -S.G. ROTONDO	OTORINOLARINGOIATRIA		1	1	
	PEDIATRIA	20	23	43	
		136	548	684	44%
	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE		1	1	
	CHIRURGIA TORACICA		2	2	
IRCCS E. MEDEA - OSTUNI	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	135	537	672	
	PEDIATRIA	1	7	8	
	TERAPIA INTENSIVA		1	1	
			4	4	0%
	NEURORIABILITAZIONE		4	4	
ST F. FERRARI - CASARANO			3	3	
	CHIRURGIA PEDIATRICA		2	2	
ST GIOVANNI XXIII - BARI	PEDIATRIA		1	1	
		1	26	27	2%
	CHIRURGIA PEDIATRICA		19	19	
	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI		1	1	
	NEUROLOGIA		4	4	
	PEDIATRIA	1	1	2	
ST SS. ANNUNZIATA - TARANTO	TERAPIA INTENSIVA		1	1	
		2	9	11	1%
	EMATOLOGIA	2	6	8	
	NEUROLOGIA		1	1	
ST."V.FAZZI" - LECCE	PEDIATRIA		2	2	
		157	87	244	16%
	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	157	86	243	
STABILIMENTO "PERRINO" - BRINDISI	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE		1	1	
			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.D.SSN Policlino-Bari	12	234	8	94	7	298	25	72	110	104	88	66	98	172	48	1.432
Casa Sollievo della Sofferenza	5	114	1	18	25	341	22	53	104	35	39	45	59	44	45	950
Osp. C. Miulli-Acquava Delle Fonti	8	116	2	17	21	93	5		294	91	9	27	83	80	99	849
A.O.U.U. di Foggia-Foggia	1	92	1	18	10	150	7	92	138	47	33	26	11	21	27	872
Osp. V. Fazzi-Lecce	3	67		4	17	113		137	24	8	2	10	88	78	3	532
Osp. S. Paolo-Bari	1	22				288		164				2	1	8		484
Osp. C. G. Panico-Tricase	2	69	1	3	13	48	5	8	94	84	22	11	9	19	65	453
Istituto Tumori Giovanni Paolo II-Bari		29	3	10	5	331	1	1		1	3	14	24	12		434
CCA C.B.H. Mater Dei-Bari	1	38		4		144	1	88	4	3	7	12	6	82	2	370
CCA D'Amore SRL-Taranto		10		2	2	251	1			1	8	2	85	1		381
Osp. Ferraro-Brindisi	3	40			9	192			8	14	4	5	52	14	2	341
IRCCSpub Saverio de Bellis-Castellana Grotte	8	125	2	14			18				45	40		2		254
Osp. S. S. Annunziata/Moscati-Taranto		49		2	3	92	1		7	5	13	7	3	52	9	243
CCA Città di Lecce-Lecce		7		2		159						2	7			177
Osp. Mons. R. Dimiccoli-Barletta		31			24	103					11	2	3			174
Osp. di Martina Franca-Martina Franca	1	37		2		17			58	9	12	4		4	15	159
CCA S. Maria-Bari	1	26				87	1		20	2	15	3		4	10	149
CCA Casa Bianca-Cassano delle Murge	3	24		2		99	2		8	14	11	6	7	8	8	148
Osp. di Copertino-Copertino	1	51	2	9		7	6		1	3	11	13	2	18	1	123
Osp. Sacro Cuore di Gesù-Gallipoli		30				83					13	4		5		115
Osp. di Monopoli-Monopoli		8			1	98			24	10				7	3	111
Osp. Di Venere-Bari		11			34	8			38	2			4	8	5	108
Osp. di Casarano-Casarano	2	17		10		2	1		24	21	1	5	2	5	5	95
CCA Prof. Petruccioli SRL-Lecce		13				59			2	3				4		81
Osp. L. Bonomo-Andria		31		2		1			10	3	8	3	3	18	3	78
Osp. S. Paolo-Molfetta		13				29			20	4	2	5			4	77
Osp. di Manduria-Manduria		32		1		9					5	5				52
Osp. di Francavilla Fontana		18		1		21					3	1		8		50
Osp. di Scorrano-Scorrano		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-Altamura		13	1	2	1	8	1		8	2	5	1		1	3	44
Osp. G. Tatarola-Cerignola		14							14	7	2	2			4	43
CCA Prof. Brodetti-Foggia		4		1		5			5	1	11	7	5			39
Osp. S. Paolo-Terlizzi	1	30		4								2				37
Osp. C. Novella-Gallipoli		14		2		7					3			6	1	33
Osp. di Putignano-Putignano	1	17		1		11					1		1			32
Osp. di Castellana-Castellana		9				4			5	1	4	1			4	28
CCA S. Francesco-Gallipoli	1	7				8			4		1					21
Osp. di Ostuni-Ostuni		12									2	1				15
Osp. Teresa Massali-San Severo		5				2					1			7		15
CCA S. Camillo-Taranto		6				1			4		1	1				13
CCA Salus-Brindisi		3				1			2		1		1	2		10
Osp. di Manfredonia-Manfredonia		7									1					8
Osp. di Bisceglie-Bisceglie		3				3					1					7
Osp. S. Severo-Lucera		4				1						1				8
CCA Anthas-Bari		3		2												5
CCA Medici SRL-Conversano				1		3				1						5
A.D.SSN Giovanni XXIII-Bari										2						2
Osp. S. Paolo-Corice														2		2
Totale complessivo	55	1548	22	233	172	3019	98	593	1020	479	413	347	535	662	327	9523

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

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

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

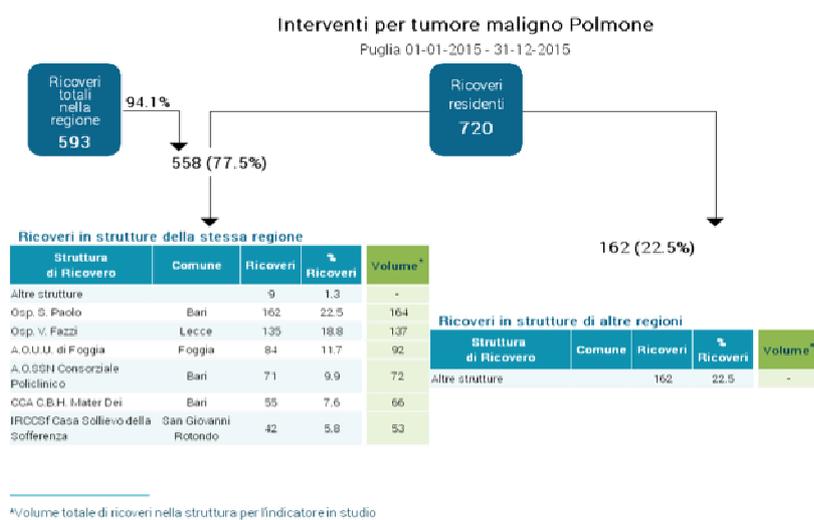
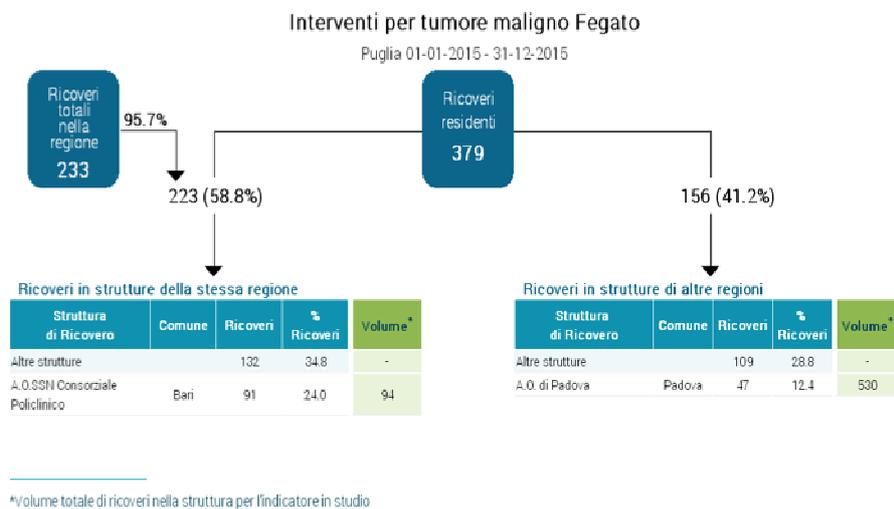
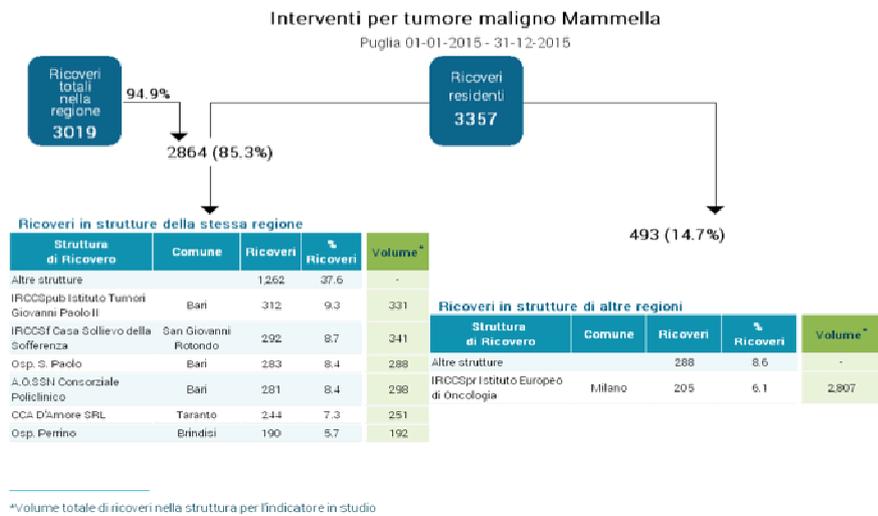
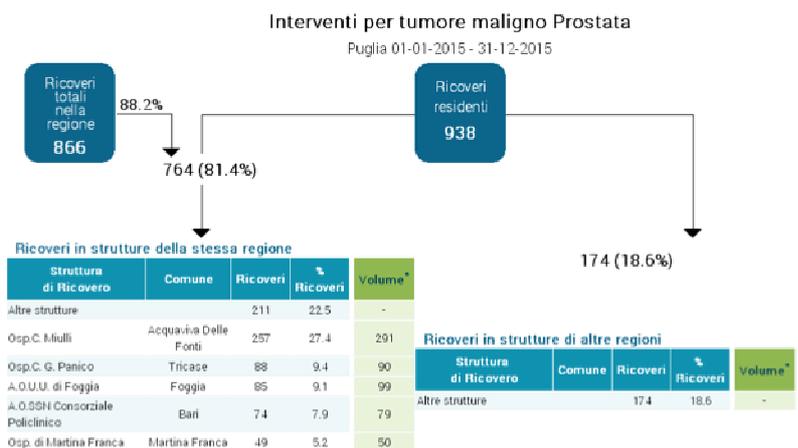
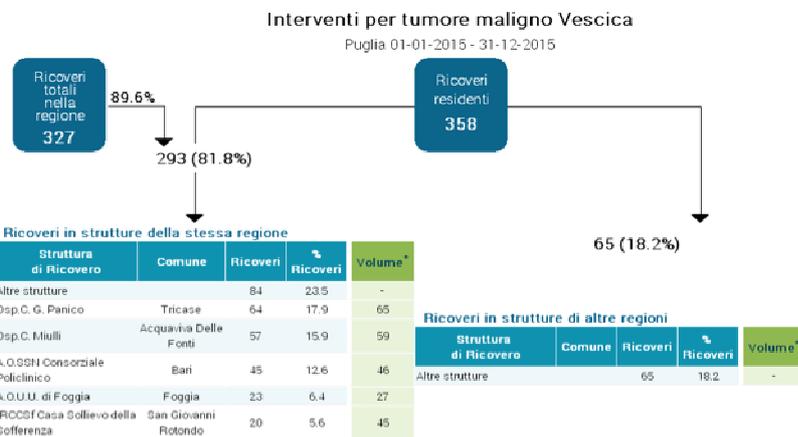


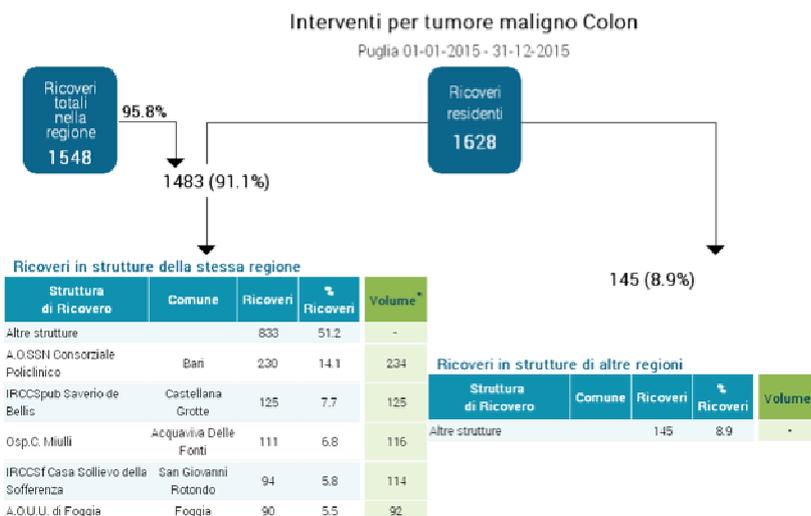
Gráfico 10 – Numero di ricoveri in regione e fuori regioni per sedi tumorali, Anno 2015 fonte PNE



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



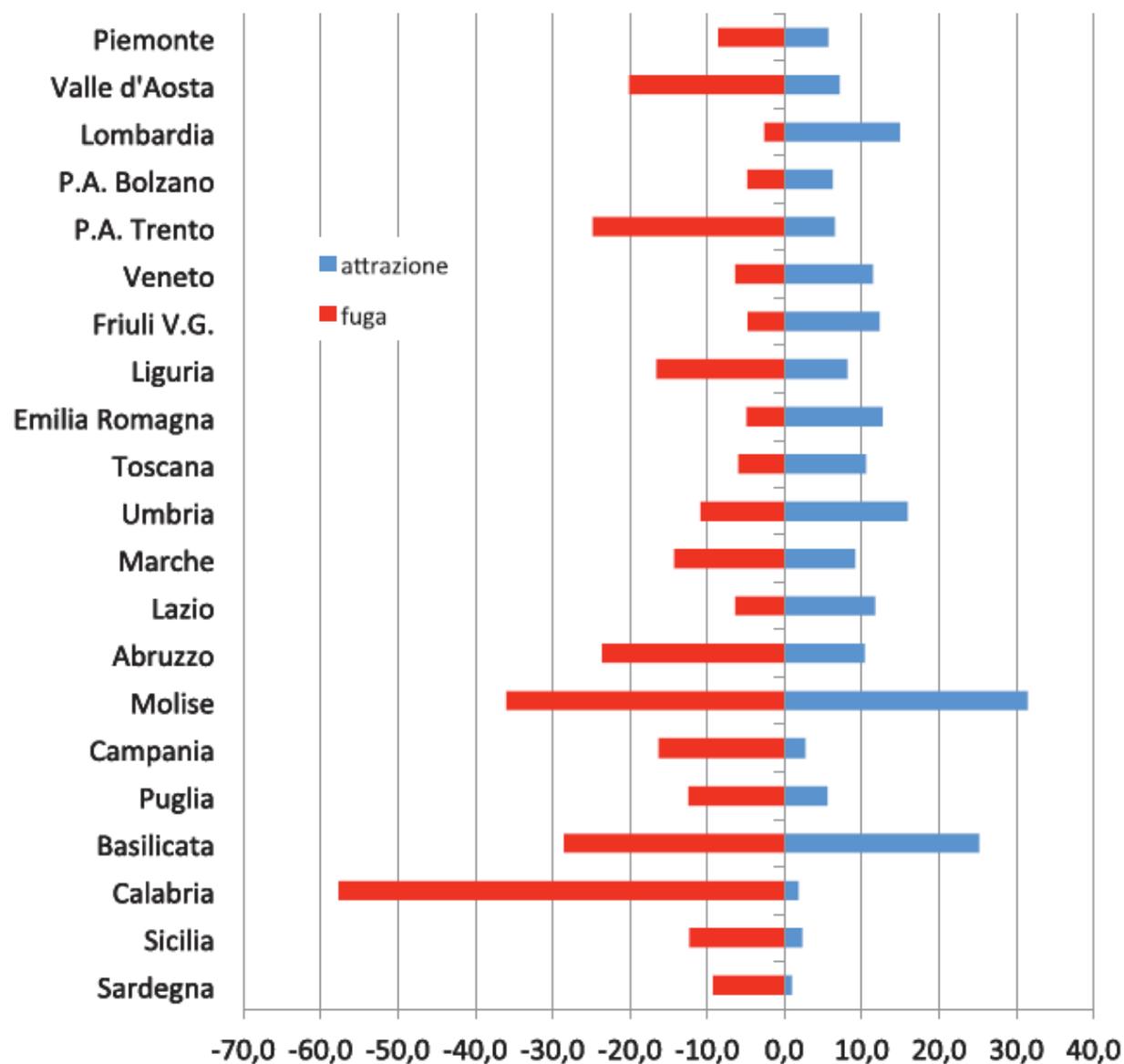
*Volume totale di ricoveri nella struttura per l'indicatore in studio



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

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

REGIONE	Provincia di Residenza												Totale	
	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 Univ Consorziale Policlinico di Bari	CONSORZIALE POLICLINICO BARI	Z11020201-SISTEMI TAC/GAMMA CAMERA	3
ASL BR	ASL BR	OSPEDALE PERRINO BRINDISI	Z11020201-SISTEMI TAC/GAMMA CAMERA	1
ASL TA	ASL TA	OSPEDALE SS ANNUNZIATA - TARANTO	Z11020201-SISTEMI TAC/GAMMA CAMERA	1
ASL LE	ASL LE	OSPEDALE GENERALE PROV.CARD. G. PANICO	Z11020201-SISTEMI TAC/GAMMA CAMERA	1
totale				7

Z11020201 SISTEMI TAC/GAMMA CAMERA

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

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

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

In appendice sono riportate alcune tabelle di dettaglio.

4.3 LA DOTAZIONE TECNOLOGICA PER LA RADIOTERAPIA ONCOLOGICA

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

Provincia	Azienda	Struttura di allocazione	CODICE CND	Numero
ASL FG	Azienda Ospedaliera'Ospedali Riuniti'	AO UNIV. 'OO RR FOGGIA'	Z11010102-ACCELERATORI LINEARI AD ENERGIA MEDIA E MULTIPLA	2
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.

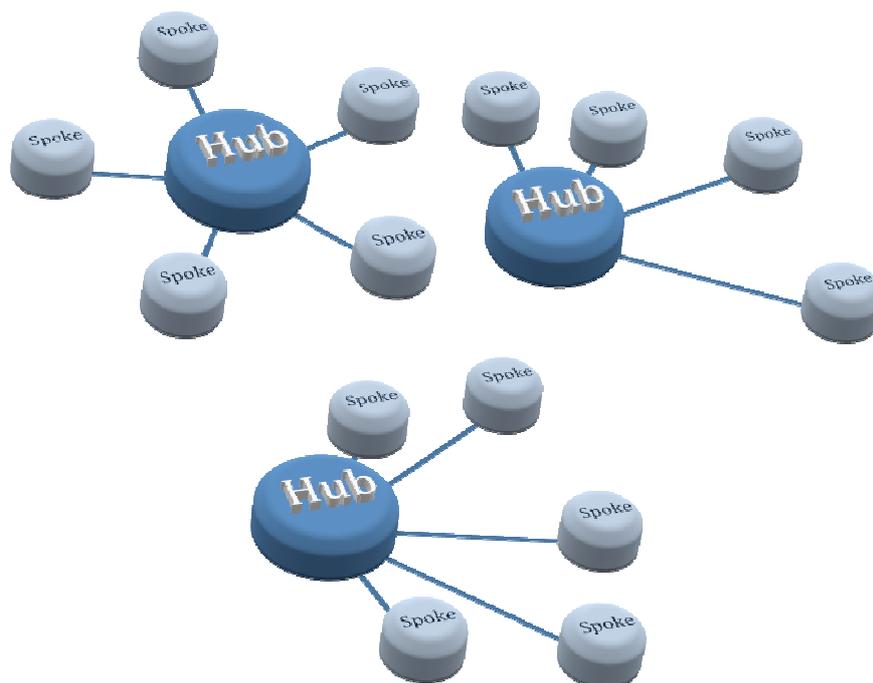
Il 30 ottobre 2014 è stata sancita l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8 comma 6 della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo e le Province Autonome di Trento e Bolzano, concernente il "Documento Tecnico di indirizzo per ridurre il *burden* del cancro – Anni 2014-2016, che recepisce il documento "Guida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

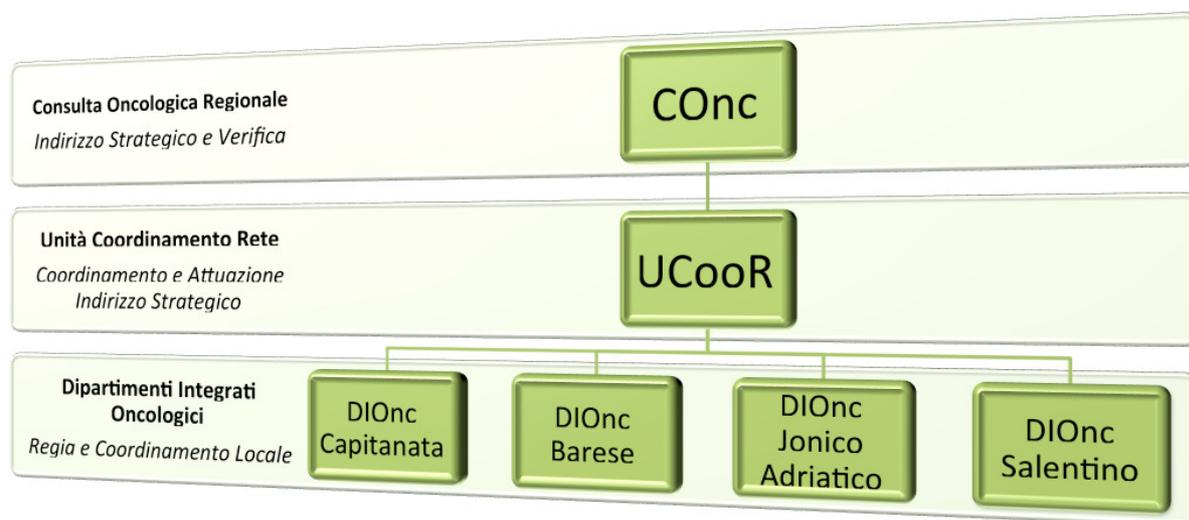
Alla luce di tali indicazioni, il processo di riorganizzazione si deve confrontare con le seguenti esigenze ineludibili, analiticamente individuate:

- 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 rifunionalizzazione del modello organizzativo di questi ultimi.

Figura 2 – L'articolazione di Rete



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

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

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

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

- Iscrizione al registro regionale delle associazioni di volontariato

- 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:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

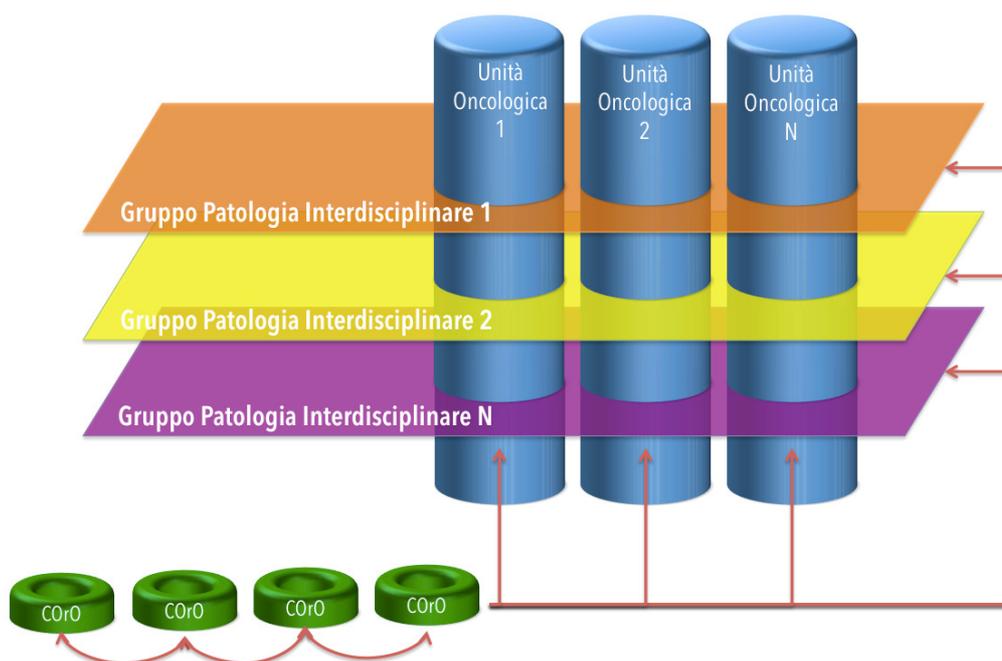
vanno dallo screening alla diagnosi, alla degenza ordinaria o in day hospital, alle prestazioni ambulatoriali, al follow up, alla riabilitazione, alle terapie domiciliari e al supporto socio-sanitario.

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

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

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

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

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

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

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 i 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 dalle Strutture Organizzative di Pronto Soccorso, di Radiologia o altre strutture diagnostiche;
- avvenuta presa in carico dei pazienti da parte delle Strutture Organizzative che li trattano direttamente.

5.3 PERCORSI DI FUNZIONAMENTO DEL MODELLO ORGANIZZATIVO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Parallelamente andrebbe sviluppata una infrastrutturazione del sistema di ricerca fondato sull'implementazione di una Piattaforma della Ricerca in Oncologia, uno spazio virtuale in cui incrociare i fabbisogni di ricerca (in termini di innovazione tecnologica, organizzativa, gestionale, assistenziale) come sopra identificati, con il mondo della ricerca mettendo a disposizione da un lato 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 uno strumento operativo per il Comitato, in quanto rappresenta il momento del confronto tra i quesiti/raccomandazioni e l'offerta di attività scientifica da parte dei ricercatori pugliesi, per promuovere una valutazione preventiva dei progetti da candidare alle diverse opportunità di finanziamento, in modo da aumentare la qualità della proposta e le chance di successo.

Le finalità principali della Piattaforma sono quindi:

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

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

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

Prestazioni PET erogate nel 2013 fuori Puglia in regime ambulatoriale pubblico

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

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

N. prestazioni PET per mille abitanti residenti

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

Indice di fuga per prestazioni PET

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

Indice di attrazione per prestazioni PET

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

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

Prestazioni SPET erogate nel 2013 in Puglia in regime ambulatoriale pubblico

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

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

Prestazioni SPET erogate nel 2013 fuori Puglia in regime ambulatoriale pubblico

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

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

N. prestazioni SPET per mille abitanti residenti

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

Indice di fuga per prestazioni SPET

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

Indice di attrazione per prestazioni SPET

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

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

Prestazioni
Categoria Erogatore

RTO 2013
ospedaliera

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

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

Prestazioni
Categoria Erogatore

RTO 2013
ospedaliera

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

N. prestazioni RTO per mille abitanti residenti

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

Indice di fuga per prestazioni RTO

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

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

Prestazioni **RTO 2013**
 Categoria Erogatore **ospedaliera**

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

Indice di attrazione per prestazioni RTO

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

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