



Agenzia
Regionale
per la Salute
ed il Sociale
Puglia

Deliberazione del Direttore Generale

N. 18 / 2020

OGGETTO: Proposta di individuazione dei Centri Hub e Spoke chirurgici della Rete Oncologica Pugliese (ROP) e presa d'atto degli indicatori di Rete dei relativi Centri.

L'anno 2020 il giorno 5 del mese di FEBBRAIO in Bari, nella sede della Agenzia Regionale Strategica per la Salute ed il Sociale,

IL DIRETTORE GENERALE

- VISTA** la Legge n. 241/1990 recante "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi" e ss.mm.ii.;
- VISTO** il D. Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii. recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e ss. mm. ii.;
- VISTO** il D. Lgs. n. 165/2001 recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" e ss.mm.ii.;
- VISTA** la Legge n. 190/2012 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- VISTO** il D. Lgs. n. 33/2013 recante "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- VISTA** la Delibera del Direttore Generale dell'A.Re.S. n. 122 del 5/12/2014 recante "Adozione del Funzionigramma dell'Agenzia Regionale Sanitaria Puglia";
- VISTA** la Delibera di Giunta Regionale n. 1518 del 31/7/2015, recante "Adozione del modello organizzativo denominato Modello ambidestro per l'innovazione della macchina amministrativa regionale - MAIA. Approvazione atto di alta amministrazione";
- VISTA** la Legge Regionale n. 29/2017 recante "Istituzione dell'Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale (A.Re.S.S.)";
- RICHIAMATO** l'art. 12 comma 2 della Legge Regionale n. 29/2017 nella parte in cui testualmente prevede che "In pari data, è costituita l'Agenzia regionale per la salute e il sociale, la quale succede in tutti i rapporti giuridici attivi e passivi facenti capo alla soppressa A.Re.S. In fase di avvio delle attività, nell'A.Re.S.S. confluiscono il personale, a tempo indeterminato e determinato, i beni immobili e mobili, le attrezzature, i contratti e le convenzioni dell'A.Re.S.";
- VISTA** la D.D.G. n. 1069 del 19/06/2018, avente ad oggetto "Attuazione dell'art. 2 del Decreto del Presidente della Giunta Regionale del 31/08/2016 (n. registro 542). Attuazione Modello MAIA - Approvazione dell'Atto Aziendale e presa d'atto del finanziamento della dotazione organica dell'Agenzia Regionale strategica per la Salute ed il Sociale della Puglia (A.Re.S.S.);

VISTO il Decreto del Presidente della Giunta Regionale del 26/07/2018 (n. registro 474): "Legge regionale n. 29 del 24 luglio 2017, Art. 5 comma 4 - Nomina Direttore Generale dell'Agenzia Regionale strategica per la salute ed il sociale della Regione Puglia (ARESS)";

sulla base dell'istruttoria dell'Area Innovazione Sociale, Sanitaria, di Sistema e Qualità-CRSS,

HA ADOTTATO

il seguente provvedimento.

Assiste con funzioni di segretario Pic Antonella Picquadio

PREMESSO CHE:

- con L.R. Puglia n. 29/2017 è stata disposta l'istituzione dell'Agenzia Regionale strategica per la Salute e il Sociale (A.Re.S.S.), quale organismo tecnico-operativo e strumentale della Regione a supporto della definizione e gestione delle politiche in materia sociale e sanitaria, dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia organizzativa, tecnica, amministrativa e contabile e sottoposta alla vigilanza della Giunta regionale, contestualmente procedendo all'abrogazione della L.R. Puglia n. 24/2001 ed alla soppressione dell'Agenzia Regionale Sanitaria ivi prevista (A.Re.S.);
- la stessa L.R. Puglia n. 29/2017 ha rafforzato il ruolo dell'A.Re.S.S. sia rispetto ai temi del governo clinico sia rispetto all'estensione del suo mandato, includendo anche l'area sociale. L'A.Re.S.S., pertanto, in ragione delle funzioni riconosciute e delle dotazioni strumentali per il governo assistenziale, ha assunto un ruolo strategico di indirizzo e supporto tecnico-scientifico verso l'attuazione di un piano sistemico di governo clinico regionale;
- l'A.Re.S.S. intende favorire iniziative rivolte all'incremento della cultura organizzativa nelle strutture sanitarie, in un'ottica di reale e concreta applicazione dei principi legati alla *Clinical Governance*, Reti Cliniche e Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA);
- l'A.Re.S.S. si caratterizza per la sua funzione pubblica e ha compiti di analisi della domanda, valutazione della qualità dei servizi sanitari e implementazione di strumenti gestionali innovativi;
- con la Deliberazione di Giunta regionale n. 221 del 23/02/2017 è stato approvato il documento redatto dall'A.Re.S.S. contenente il modello organizzativo e i principi generali di funzionamento della Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) nonché il recepimento dell'Accordo Stato - Regioni concernente il "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il Burden del cancro Anni 2014-2016" (Rep. n. 144/CSR del 30 ottobre 2014);
- con la D.C.S. dell'A.Re.S.S. n. 86/2017 è stata approvata la "Adozione del Documento Tecnico di Indirizzo per costruire la Rete Assistenziale Regionale Pugliese attraverso i PDTA";
- con la D.C.S. dell'A.Re.S.S. n. 21/2018 è stata approvata la "Presenza d'atto della nomina dei coordinatori operativi dipartimentali, dei componenti della consulta oncologica regionale, dei componenti dei gruppi di patologia interdisciplinari e dell'Unità di Coordinamento della Rete Oncologica Pugliese (ROP)" e successiva rettifica con D.C.S. dell'A.Re.S.S. n. 22/2018;
- la D.G.R. n. 192 del 20/02/2018 ha approvato la deliberazione n. 22/2018 del Commissario straordinario dell'A.Re.S.S. Puglia, avente ad oggetto: "Presenza d'atto della nomina dei coordinatori Operativi Dipartimentali, dei componenti della Consulta Oncologica Regionale, dei Componenti della Consulta oncologica regionale, dei componenti dei Gruppi di patologia interdisciplinari e dell'Unità di Coordinamento della Rete Oncologica Pugliese (ROP). Rettifica deliberazione del Commissario straordinario n. 21 del 2/2/2018 di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento";
- con Deliberazione della Giunta Regionale del 22 maggio 2018, n. 854, la Regione Puglia ha approvato l'istituzione della Breast Unit network - Centri pugliesi di senologia: definizione

dei criteri organizzativi di funzionamento e monitoraggio ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 18/12/2014 recante "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia" (Rep. Atti n. 185/ CSR del 18/12/2014) sulla base della delibera A.Re.S.S. n. 32 del 2018 dal titolo: "Istituzione del Breast Unit Network - Centri Pugliesi di Senologia: Definizione dei Criteri Organizzativi di funzionamento e monitoraggio.

- con Deliberazione n. 1987 del 6/11/2018 la Giunta Regionale ha disposto la costituzione all'interno dell'Area Innovazione Sociale, Sanitaria, di Sistema e Qualità-CRSS dell'A.Re.S.S. di una struttura di progetto dedicata alla programmazione, coordinamento e gestione della Rete Oncologica Pugliese;
- con la D.D.G. dell'A.Re.S.S. n. 8/2019 è stata approvata "Istituzione della struttura di progetto Rete Oncologica Pugliese. Nomina e conferma "Coordinatore operativo della Rete Oncologica Pugliese".

PRESO ATTO CHE:

- l'A.Re.S.S., per assolvere a queste funzioni, ha rivisto la sua struttura organizzativa prevedendo competenze specifiche da dedicare ai progetti di governo clinico e reti sanitarie;
- l'A.Re.S.S. promuove, quindi, un governo centralizzato e finalizzato alla progettazione, funzionamento e monitoraggio delle reti cliniche e dei PDTA, attraverso il coordinamento dell'Area Innovazione Sociale, Sanitaria, di Sistema e Qualità-CRSS e recependo le linee di indirizzo nazionali sul tema delle Reti Clinico Assistenziali e PDTA;
- l'A.Re.S.S., nel rispetto del mandato conferito dal Dipartimento "Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello sport per tutti", con lettera protocollo n. 136 del 19 maggio 2017 e n. 1509 del 30 giugno 2017, ha promosso e dettato il cronoprogramma e le attività inerenti l'implementazione degli organi di governo della ROP ai Direttori Generali e Sanitari degli Enti del Sistema Sanitario Regionale, e, in base a tale crono programma:
 - o l'A.Re.S.S. ha formalmente trasmesso ai rappresentanti delle istituzioni e degli enti indicati nella delibera Regionale del 23 febbraio 2017, n. 221, formale richiesta di designazione dei rappresentanti che dovranno formare la Consulta Oncologica Regionale;
 - o l'A.Re.S.S. ha formalmente trasmesso ai rappresentanti delle istituzioni e degli enti indicati nella delibera Regionale del 23 febbraio 2017, n. 221, formale richiesta di designazione dei rappresentanti che dovranno formare l'Unità di Coordinamento della Rete Oncologica Regionale;
 - o con deliberazione di Giunta Regionale del 20 febbraio 2018, n. 192, è stata approvata la D.C.S. A.Re.S.S. n. 22/2018 con la quale si prende atto della costituzione della Consulta Oncologica Regionale e dell'Unità di Coordinamento della Rete.
- La Rete Oncologica Pugliese, dopo l'insediamento dell'11.05.2018, ha dato avvio alle attività il 19.06.2018 con la riunione dell'Unità di Coordinamento Oncologico Regionale (U.Coo.R.).
- L'U.Coo.R. è l'organismo che deve dare esecutività agli indirizzi strategici assegnati dalla Consulta Oncologica e cui compete il coordinamento e la gestione operativa delle attività e delle risorse finanziarie della ROP.

ATTESO CHE:

- l'Intesa Stato - Regioni stipulata il 10/02/2011 ha riguardato l'approvazione del Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro per gli anni 2011-2013 - il cosiddetto "Piano oncologico nazionale";
- una delle caratteristiche salienti del Documento Tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro è costituita dalla reiterata indicazione a definire percorsi di qualità per il cittadino/paziente, rispetto ai quali integrare competenze e risorse. Fra queste indicazioni c'è quella di "Sviluppare reti oncologiche con modelli tipo "Hub&Spoke" dedicate in particolare

allo sviluppo e all'applicazione di nuove metodologie diagnostiche e terapeutiche ad alto contenuto tecnologico". Ne deriva, pertanto, la necessità per ogni Regione di fare una ricognizione delle risorse già disponibili sul proprio territorio, su cui realizzare una eventuale strutturazione tipo "Hub&Spoke", la cui responsabilità rimane in capo alle Regioni;

- il cancro costituisce per tutti i paesi occidentali una delle due principali cause di mortalità, insieme alle malattie cardiovascolari; per tale motivo gran parte dei Paesi della Comunità Europea hanno definito, secondo differenti articolazioni, atti di pianificazione tendenti a rendere più efficace ed efficiente la lotta contro tale malattia. Si sono così messe in evidenza caratteristiche essenziali di un servizio sanitario che intenda rispondere pienamente ai bisogni dei malati di cancro, così come delle persone a rischio e dei loro familiari. Fra queste è importante ricordare:
 - ✓ servizi (ospedalieri, territoriali, domiciliari) di alto livello sia come strutture che come personale addetto;
 - ✓ personale altamente competente e affidabile;
 - ✓ appropriatezza di cura ed assistenza erogata in ogni momento della malattia;
 - ✓ disponibilità delle tecnologie più innovative sia per la diagnosi che per la terapia;
 - ✓ possibilità di accedere facilmente per tutti i pazienti eleggibili e desiderosi di parteciparvi alla ricerca clinica e ai "clinical trials".
- La "mission" affidata dalla legislazione nazionale al nostro servizio sanitario comporta la necessità che abbia queste caratteristiche e che la stessa si debba basare sulla erogazione dei servizi e sul funzionamento degli stessi finalizzati a ridurre le disomogeneità presenti nelle aree e di conseguenza garantire l'equità di accesso ai trattamenti. In questo scenario, l'Oncologia si caratterizza come una disciplina che presenta particolari caratteristiche in termini assistenziali.
- La Regione Puglia ha recepito le indicazioni del DM 70/2015 che stabiliscono le regole per la costituzione delle Reti clinico-assistenziali, tra le quali quella oncologica è parte rilevante, e che fanno riferimento alla Rete Oncologica definita come "un modello organizzativo che assicura la presa in carico del paziente mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica e organizzativa. La rete individua i nodi e le relative connessioni definendone le regole di funzionamento, il sistema di monitoraggio, i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura, di qualificazione dei professionisti e le modalità di coinvolgimento dei cittadini".
- la D.G.R. 221/2017 precisa *"É evidente, quindi, che la rete deve ben coordinare tutti questi ambiti. La programmazione di una rete deve tenere anche conto della sostenibilità in termini economici del progetto, stante la limitatezza di risorse disponibili, ed il progetto può divenire sostenibile solo se si organizzano e coordinano le aree territoriali, specialistiche ospedaliere e di ricerca. In definitiva, la cura del cancro costituisce un esempio paradigmatico della possibile integrazione delle risorse disponibili con la finalità di ottenere risultati ottimali ed è possibile identificare due componenti principali che dovrebbero rappresentare i presupposti gestionali:*
 - *L'approccio multidisciplinare con integrazione delle differenti professionalità (chirurgia, oncologia medica, radioterapia, cure palliative, scienze infermieristiche, psico-oncologia ecc.) in un "disease management team" formalmente costituito. Tali team dovrebbero essere tumore-specifici, come avviene in maniera particolarmente strutturata nelle "Breast units".*
 - *L'accessibilità a cure di qualità per tutti i pazienti residenti in una certa area geografica (corrispondente alla regione amministrativa o a una sua parte) che comporta la necessità di una adeguata integrazione funzionale.**L'approccio multidisciplinare può essere variamente declinato in base alla "distribuzione", sul territorio regionale, in un ampio spettro di soluzioni organizzative [...], che vede in linea di massima tre principali modelli organizzativi fondamentali: strutture tipo "Comprehensive Cancer Center". In questa*

strutturazione le principali competenze e risorse sono concentrate in unico centro che, rispetto a un determinato territorio, sviluppa un'autonoma forza attrattiva basata principalmente sui livelli di competenza tecnico-professionale. Possono eventualmente essere attivati accordi sostanzialmente non strutturati con altri professionisti (od eventualmente strutture) sulla base di specifici contenuti tecnico-professionali. **Modello tipo "Hub and Spoke" (H&S).** Il modello Hub&Spoke vede una serie di strutture di primo livello (Spoke), generalmente i dipartimenti oncologici intraospedalieri, collegati managerialmente a centri sovraordinati, di maggiore specializzazione diagnostica o terapeutica (Hub), che vengono identificati sulla base di specifiche caratteristiche e competenze. Ogni spoke deve avere la possibilità di una assistenza qualificata completa che copra la massima parte della diagnosi e cura delle principali patologie oncologiche con la stessa qualità di prestazione degli HUB. **Organizzazioni tipo "Cancer Care Network (CCN):** questo modello privilegia l'integrazione organizzativa senza definire una chiara gerarchia fra strutture; in linea di massima il network organizza l'offerta di servizi di strutture specializzate in particolare nell'assistenza. È comunque presente un'autorità centrale che regola e orienta la offerta di servizi, stabilendo quindi le "regole" di collaborazione. **Modello tipo Comprehensive Cancer Care Network (CCCN):** si tratta innanzitutto di un network gestito da un'autorità centrale. Tende ad includere tutte le strutture presenti nel territorio a vario titolo competenti per la prevenzione, cura e riabilitazione del cancro, in questo senso può incorporare strutturazioni già esistenti e risorse già disponibili. Ne sono caratteristiche essenziali l'esistenza di legami organizzati (più o meno stringenti) tra le varie strutture e una pianificazione regionale (ed eventualmente nazionale) dell'uso delle risorse spiccatamente inclusiva e tendente alla individuazione di funzioni e ruoli specializzati."

CONSIDERATO CHE:

- la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 17 aprile 2019 ha approvato il documento recante "Revisione delle Linee guida organizzative e delle raccomandazioni per la Rete Oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale" ha evidenziato che negli ultimi dieci anni con l'aumento e l'invecchiamento della popolazione mondiale i casi di tumore nel mondo sono aumentati di più di un terzo ed il cancro è la seconda causa di morte al mondo dopo le malattie cardiovascolari.
- La necessità di un'organizzazione in Rete deriva dalla complessità dei bisogni sanitari e uno dei requisiti indispensabili per il funzionamento di una Rete Oncologica è rappresentato dall'attivazione di un modello organizzativo, che preveda l'approccio multi-disciplinare con l'integrazione delle differenti specialità in un *team tumore specifico* per la gestione clinica dei pazienti, con la condivisione dei percorsi di cura e la garanzia dell'equità di accesso alle cure e la precoce presa in carico.
- La Regione Puglia, già con la D.G.R. 221/2017, ha recepito gli indirizzi nazionali in tema di reti oncologiche come da Accordo Stato-Regioni (Rep. n. 144/CSR del 30 ottobre 2014) con particolare riguardo al modello organizzativo di Comprehensive Cancer Care Network (CCCN), a forte guida centrale regionale.
- L'U.Coo.R., nelle sessioni di lavoro finalizzate a popolare la griglia organizzativa portante della Rete Oncologica Pugliese con le prime cinque sottoreti di patologia (seno, utero, colon-retto, prostata e polmone), ha ritenuto di integrare il modello CCCN con meccanismi operativi Hub&Spoke al fine di garantire un passaggio graduale e transitorio delle competenze chirurgiche presenti sul territorio regionale alla forma più pura del modello CCCN.
- La struttura costruttiva ed evolutiva dei nodi delle sottoreti di patologia prevede, pertanto, l'insistenza di **HUB** - intesi quali **Centri di Riferimento Integrato e Specialistico** ad alta integrazione diagnostico-terapeutica, alta complessità clinica e alti volumi - complementati anche da **SPOKE** chirurgici - intesi quali **Centri di Ottimale Prossimità** per il filtro della casistica medio-bassa, instradamento dell'alta casistica verso l'HUB, complemento operativo dell'HUB e raccordo di continuità tra ospedale, territorio e domicilio del paziente.

- Lo SPOKE chirurgico è fattispecie organizzativa transitoria che deve evolvere - secondo un percorso programmato di adeguamento - alla configurazione di Centro di Riferimento Integrato e Specialistico (HUB) o coesistere in indispensabile e stabile complemento di un HUB di riferimento solo per ragioni di equità di accesso territoriale dei pazienti e ove superiori ragioni di efficacia clinica e qualità delle cure lo consentano.
- Per rendere operative le indicazioni e le raccomandazioni che permettano il collegamento sistematico tra il livello programmatico regionale, quello organizzativo dei nodi e tra le aziende sanitarie è necessario rendere disponibile, su scala nazionale, definizioni, modalità e sistemi di valutazione comuni, con strumenti di verifica sistematicamente applicati e confrontabili.
- L'accessibilità a strumenti di prevenzione e cure di qualità, per tutti i pazienti residenti in una certa area geografica, è fondamentale sia per garantire la qualità della vita e il prolungamento della sopravvivenza dei pazienti oncologici, sia quale strumento di *governance* della mobilità sanitaria. Gli indicatori del Programma Nazionale Esiti (PNE) costituiscono una parte importante di un sistema di monitoraggio della qualità dell'assistenza in campo oncologico, insieme a ulteriori indicatori specifici per misurare le modalità di funzionamento dei modelli organizzativi delle reti Oncologiche e valutarne l'impatto sulla qualità dei processi di cura e di assistenza, nonché indicatori relativi al grado di umanizzazione delle cure ed alla qualità percepita, sia in termini di esiti (Patient-Reported Outcome Measures - PROMs) sia in termini di esperienza di cura (Patient-Reported Experiences Measures -PREMs).
- **Gli indicatori di valutazione delle performance della Rete Oncologica** sono misure che forniscono informazioni su fenomeni di interesse misurandone i cambiamenti e, conseguentemente, contribuendo ad orientare i processi decisionali dei diversi livelli istituzionali e, in ambito sanitario, vengono largamente utilizzati anche quale strumento di valutazione dell'assistenza.
- L'U.Coo.R., nelle sessioni di lavoro finalizzate a popolare la griglia organizzativa portante della Rete Oncologica Pugliese con le prime cinque sottoreti Hub&Spoke di patologia (seno, utero, colon-retto, prostata e polmone), ha ritenuto di dover individuare per ciascun nodo delle stesse le obbligatorie caratteristiche di qualificazione a garanzia della qualità delle cure e del percorso di miglioramento continuo.
- Le menzionate caratteristiche di qualificazione dei centri delle sottoreti Hub&Spoke sono state ripartite tra requisiti clinici, requisiti organizzativi e requisiti tecnologici e rappresentate in forma di check-list.
- Si rende necessario, in particolare, individuare per ciascun nodo di rete volumi chirurgici minimi per l'attivazione iniziale della rete dei Centri HUB e SPOKE cui tendere nel breve e medio termine per garantire i migliori livelli di sicurezza e di esito clinico come indicato da "Epidemiologia e Prevenzione 2017; 41 (5-6):1-128: Volumi di attività ed esiti delle cure: prove scientifiche in letteratura ed evidenze empiriche in Italia".
- Per la configurazione di HUB, oltre gli ulteriori requisiti, si ritiene necessario il possesso da parte del nodo di rete di tre requisiti essenziali e inderogabili: rispetto dei volumi chirurgici minimi prescritti (misurazione PNE), presenza di un reparto di oncologia (ricovero ordinario e day hospital), presenza di team multidisciplinare oncologico.
- Su definizione, condivisione e possesso di tali criteri è stata condotta una ricognizione formale da parte dell'Ufficio di Staff dell'U.Coo.R. - struttura di progetto in seno ad A.Re.S.S. - presso gli Enti del Sistema Sanitario Regionale attraverso la check list di verifica dei requisiti per sede d'organo, come di seguito dettagliata.

- **Per il Cancro del COLON-RETTO:**
 - Requisiti clinici (volumi chirurgici) minimo 50 interventi per HUB, minimo 30 interventi per SPOKE:
 - anno 2015;
 - anno 2016;
 - anno 2017;
 - anno 2018;
 - requisiti strutturali e organizzativi:
 - la struttura dispone di un team multidisciplinare per la presa in carico del paziente con tumore del Colon Retto o sospetto di tumore Colon Rettale?
 - il team è stato istituito con atto deliberativo?
 - è stato identificato il coordinatore del team multidisciplinare?
 - il team è composto dalle seguenti figure? (Figure strutturali del team: Specialista d'organo; Radiologo/Radiologo Interventista; Anatomo-Patologo; Radioterapista; Chirurgo d'organo; Oncologo Medico; Infermieristico Case Manager. Figure associate del team: Medico Nucleare; Biologo Molecolare; Farmacista; Palliativista; Psicologo (psico-oncologo); Medico di Base; Rappresentante associazioni pazienti);
 - con quale frequenza si riunisce il team multidisciplinare?
 - requisiti tecnologici:
 - diagnostica precoce (colonscopi ad alta definizione; TC; RMN; ecografo; altro specificare);
 - anatomia Patologica almeno con la seguente tecnologia (valutazione estemporanea della qualità del prelievo bioptico; esecuzione di test di mutazioni geniche e di alterazioni cromosomiche; test di espressione immunoistochimica);
 - medicina Nucleare almeno con la seguente tecnologia (PET-TC (specificare quale); Scintigrafia ossea di stadiazione);
 - specificare le tecniche Radioterapiche (Tecnologie evolute; Tecnologie convenzionali);
 - chirurgia Colo-Rettale con (biopsie; interventi in chirurgia tradizionale e mini-invasiva video-assistiti del colon-retto; Colonscopie);
 - oncologia d'innovazione (farmaci chemioterapici tradizionali; farmaci a target molecolare; protocolli di immunoterapia e protocolli sperimentali di farmaci innovativi).
- **per il Cancro del POLMONE:**
 - Requisiti clinici (volumi chirurgici), minimo 100 interventi per HUB; SPOKE non applicabile:
 - anno 2015;
 - anno 2016;
 - anno 2017;
 - anno 2018;
 - requisiti organizzativi:
 - la struttura dispone di un team multidisciplinare per la presa in carico del paziente con tumore del polmone o sospetto di tumore polmonare?
 - il team è stato istituito con atto deliberativo?
 - è stato identificato il coordinatore del team multidisciplinare?
 - il team è composto dalle seguenti figure?

(Figure strutturali del team: Pneumologo; Radiologo/Radiologo Interventista; Anatomico-Patologo; Radioterapista; Chirurgo d'organo; Oncologo Medico; Infermieristico Case Manager. Figure associate del team: Medico Nucleare; Biologo Molecolare; Farmacista; Palliativista; Psicologo (psico-oncologo); Medico di Base; Rappresentante associazioni pazienti);

- con quale frequenza si riunisce il team multidisciplinare?

– **requisiti tecnologici:**

- diagnostica radiologica con la seguente dotazione minima (ecografo; TC; RMN; biopsie transparietali assistite da imaging (ecografico o TAC) con possibilità di riscontro estemporaneo mediante l'assistenza del citopatologo; possibilità di effettuare procedure di ablazione percutanea; altro specificare);
- anatomia Patologica almeno con la seguente tecnologia (valutazione estemporanea della qualità del prelievo bioptico; esecuzione di test di mutazioni geniche e di alterazioni cromosomiche; test di espressione immunoistochimica);
- medicina Nucleare almeno con la seguente tecnologia (PET-TC con 18 FDG; Scintigrafia ossea di stadiazione);
- radioterapia con (Tecnologie evolute; alto volume trattamenti dedicati alla patologia toracica (almeno tra 60-80 trattamenti radicali annui);
- chirurgia toracica con (biopsie eseguite con tecnica VATS; interventi in chirurgia tradizionale e mini-invasiva video-assistiti sia sul polmone che sul mediastino; lobectomia VATS; broncoscopie con tecniche TBNA, EBUS-TBNA, EUS-FNA);
- oncologia d'innovazione (farmaci chemioterapici tradizionali; farmaci a target molecolare; follow-up mediante biopsia liquida; protocolli di immunoterapia e protocolli sperimentali di farmaci innovativi).

• **per il Cancro della PROSTATA:**

– **Requisiti clinici (volumi chirurgici): minimo 80 interventi per hub, minimo 30 interventi per spoke:**

- anno 2015;
- anno 2016;
- anno 2017;
- anno 2018;

– **requisiti organizzativi:**

- la struttura dispone di un team multidisciplinare per la presa in carico del paziente con tumore della prostata o sospetto di tumore prostatico?
- il team è stato istituito con atto deliberativo?
- è stato identificato il coordinatore del team multidisciplinare?
- il team è composto dalle seguenti figure?
(Figure strutturali del team: Specialista d'organo; Radiologo/Radiologo Interventista; Anatomico-Patologo; Radioterapista; Chirurgo d'organo; Oncologo Medico; Infermieristico Case Manager. Figure associate del team: Medico Nucleare; Biologo Molecolare; Farmacista; Palliativista; Psicologo (psico-oncologo); Medico di Base; Rappresentante associazioni pazienti);
- con quale frequenza si riunisce il team multidisciplinare?

– **requisiti tecnologici:**

- diagnostica radiologica con la seguente dotazione minima

- (TC; RMN; ecografo; altro specificare);
 - anatomia Patologica almeno con la seguente tecnologia (valutazione estemporanea della qualità del prelievo biptico; esecuzione di test di mutazioni geniche e di alterazioni cromosomiche; test di espressione immunoistochimica);
 - medicina Nucleare almeno con la seguente tecnologia (PET-TC FDG Colina; Scintigrafia ossea di stadiazione);
 - specificare le tecniche Radioterapiche (Tecnologie evolute; tecnologie convenzionali);
 - chirurgia prostatica con (biopsie; interventi in chirurgia tradizionale e mini-invasiva video-assistiti; altre tecniche chirurgiche (chirurgia robotica);
 - oncologia d'innovazione (farmaci chemioterapici tradizionali; farmaci a target molecolare; protocolli di immunoterapia e protocolli sperimentali di farmaci innovativi).
- per il Cancro dell'UTERO:
 - Requisiti clinici (volumi chirurgici), minimo 40 interventi per HUB; 18 interventi per SPOKE:
 - anno 2015;
 - anno 2016;
 - anno 2017;
 - anno 2018;
 - requisiti organizzativi:
 - la struttura dispone di un team multidisciplinare per la presa in carico del paziente con tumore dell'Utero o sospetto di tumore Uterino?
 - il team è stato istituito con atto deliberativo?
 - è stato identificato il coordinatore del team multidisciplinare?
 - il team è composto dalle seguenti figure?
(Figure strutturali del team: Specialista d'organo; Radiologo/Radiologo Interventista; Anatomo-Patologo; Radioterapista; Chirurgo d'organo; Oncologo Medico; Infermieristico Case Manager. Figure associate del team: Medico Nucleare; Biologo Molecolare; Farmacista; Palliativista; Psicologo (psico-oncologo); Medico di Base; Rappresentante associazioni pazienti);
 - con quale frequenza si riunisce il team multidisciplinare?
 - requisiti tecnologici:
 - diagnostica radiologica con la seguente dotazione minima (TC; RMN; ecografo; altro specificare);
 - anatomia Patologica almeno con la seguente tecnologia (valutazione estemporanea della qualità del prelievo biptico; esecuzione di test di mutazioni geniche e di alterazioni cromosomiche; test di espressione immunoistochimica);
 - medicina Nucleare almeno con la seguente tecnologia (PET-TC; Scintigrafia ossea di stadiazione);
 - specificare le tecniche Radioterapiche (Tecnologie evolute; tecnologie convenzionali);
 - chirurgia Utero con (biopsie; interventi in chirurgia tradizionale e mini-invasiva video-assistiti; altre tecniche chirurgiche);
 - oncologia d'innovazione

(farmaci chemioterapici tradizionali; farmaci a target molecolare; protocolli di immunoterapia e protocolli sperimentali di farmaci innovativi).

- **per il Cancro della Mammella:**
sono stati considerati i criteri di inclusione della delibera di giunta regionale n.85 del 26 giugno 2018 e si è proceduto ad un aggiornamento dei centri di riferimento che compongono il Network delle Breast Unit, allineandoli sulla fattispecie organizzativa dell'HUB.
- Sulla base delle analisi e delle verifiche effettuate dall'Ufficio di Staff dell'U.Coo.R., presso A.Re.S.S., in collaborazione con i referenti sanitari degli Enti del Sistema Sanitario Regionale, e sulla base della condivisione delle stesse nelle sedute plenarie di U.Coo.R., per le motivazioni di cui in premessa, che qui si intendono richiamate quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, **si rappresenta qui di seguito la configurazione dei Centri Hub**, ossia dei Centri di riferimento specialistico ad alta integrazione, alta complessità e alti volumi e **dei Centri Spoke Chirurgici**, ossia i Centri di ottimale prossimità per filtro di casistica medio/bassa, instradamento verso HUB dell'alta casistica, complemento operativo dell'HUB, raccordo di continuità tra ospedale, territorio e domicilio della Rete Oncologica della Regione Puglia.

Cr UTERO		
HUB INTEGRATI		
DIONC DI COMPETENZA	OSPEDALE DI EROGAZIONE	RISPETTO REQUISITI
CAPITANATA	EE CASA SOLLIEVO SOFFERENZA – SAN GIOVANNI R.TO	Adempiente con impegno
BARESE	AOU POLICLINICO CONSORZIALE - BARI	Adempiente
BARESE	EE MIULLI – ACQUAVIVA DELLE FONTI	Adempiente
BARESE	IRCCS GIOVANNI PAOLO II - BARI	Adempiente
BARESE	CdC MATER DEI HOSPITAL - BARI	Adempiente
IONICO-ADRIATICO	OSPEDALE SSma ANNUNZIATA - TARANTO	Adempiente
SALENTINO	OSPEDALE VITO FAZZI - LECCE	Adempiente

SPOKE CHIRURGICI		
DIONC DI COMPETENZA	OSPEDALE DI EROGAZIONE	RISPETTO REQUISITI
CAPITANATA	AOU OSPEDALI RIUNITI - FOGGIA	Adempiente
BARESE	OSPEDALE DIVENERE - BARI	Adempiente
SALENTINO	EE PANICO - TRICASE	Adempiente

Cr PROSTATA		
HUB INTEGRATI		
DIONC DI COMPETENZA	OSPEDALE DI EROGAZIONE	RISPETTO REQUISITI
CAPITANATA	AOU OSPEDALI RIUNITI - FOGGIA	Adempiente
CAPITANATA	EE CASA SOLLIEVO SOFFERENZA – SAN GIOVANNI R.TO	Adempiente
BARESE	AOU POLICLINICO CONSORZIALE - BARI	Adempiente
BARESE	EE MIULLI – ACQUAVIVA DELLE FONTI	Adempiente
SALENTINO	EE PANICO - TRICASE	Adempiente

SPOKE CHIRURGICI		
DIONC DI COMPETENZA	OSPEDALE DI EROGAZIONE	RISPETTO REQUISITI
BARESE	IRCCS GIOVANNI PAOLO II - BARI	Adempiente
BARESE	OSPEDALE SAN GIACOMO - MONOPOLI	Adempiente con impegno
IONICO-ADRIATICO	OSPEDALE SSma ANNUNZIATA - TARANTO	Adempiente
IONICO-ADRIATICO	OSPEDALE VALLE D'ITRIA – MARTINA FRANCA	Adempiente
IONICO-ADRIATICO	OSPEDALE PERRINO - BRINDISI	Adempiente con impegno

Cr POLMONE		
HUB INTEGRATI		
DIONC DI COMPETENZA	OSPEDALE DI EROGAZIONE	RISPETTO REQUISITI
CAPITANATA	EE CASA SOLLIEVO SOFFERENZA – SAN GIOVANNI R.TO	Adempiente
CAPITANATA	AOU OSPEDALI RIUNITI - FOGGIA	Adempiente
BARESE	IRCCS GIOVANNI PAOLO II - BARI	Adempiente
BARESE	AOU POLICLINICO CONSORZIALE - BARI	Adempiente con impegno
BARESE	CdC MATER DEI HOSPITAL - BARI	Adempiente con impegno e verifica sulla base degli esiti PNE
IONICO-ADRIATICO	OSPEDALE SSma ANNUNZIATA - TARANTO	Adempiente con impegno
SALENTINO	OSPEDALE VITO FAZZI - LECCE	Adempiente

Cr COLON-RETTO		
HUB INTEGRATI		
DIONC DI COMPETENZA	OSPEDALE DI EROGAZIONE	RISPETTO REQUISITI
CAPITANATA	AOU OSPEDALI RIUNITI - FOGGIA	Adempiente
CAPITANATA	EE CASA SOLLIEVO SOFFERENZA – SAN GIOVANNI R.TO	Adempiente
CAPITANATA	OSPEDALE DIMICCOLI – BARLETTA	Adempiente con impegno
BARESE	AOU POLICLINICO CONSORZIALE - BARI	Adempiente
BARESE	IRCCS GIOVANNI PAOLO II - BARI	Adempiente
BARESE	EE MIULLI – ACQUAVIVA DELLE FONTI	Adempiente
BARESE	IRCCS DE' BELLIS – CASTELLANA GROTTA	Adempiente
IONICO-ADRIATICO	OSPEDALE SSma ANNUNZIATA - TARANTO	Adempiente

IONICO-ADRIATICO	OSPEDALE PERRINO - BRINDISI	Adempiente
SALENTINO	EE PANICO - TRICASE	Adempiente
SALENTINO	OSPEDALE VITO FAZZI - LECCE	Adempiente

SPOKE CHIRURGICI		
DIONC DI COMPETENZA	OSPEDALE DI EROGAZIONE	RISPETTO REQUISITI
CAPITANATA	OSPEDALE BONOMO - ANDRIA	Adempiente
BARESE	OSPEDALE SAN PAOLO - BARI	Adempiente
IONICO-ADRIATICO	OSPEDALE VALLE D'ITRIA – MARTINA FRANCA	Adempiente
IONICO-ADRIATICO	OSPEDALE GIANNUZZI - MANDURIA	Adempiente
SALENTINO	OSPEDALE SAN GIUSEPPE - COPERTINO	Adempiente
SALENTINO	CdC CITTA' DI LECCE - LECCE	Adempiente
SALENTINO	OSPEDALE VERIS DELLI PONTI - SCORRANO	Adempiente
SALENTINO	OSPEDALE SACRO CUORE - GALLIPOLI	Adempiente

Cr MAMMELLA*		
HUB INTEGRATI		
DIONC DI COMPETENZA	OSPEDALE DI EROGAZIONE	RISPETTO REQUISITI
CAPITANATA	AOU OSPEDALI RIUNITI - FOGGIA	Adempiente (BUR)
CAPITANATA	EE CASA SOLLIEVO SOFFERENZA – SAN GIOVANNI R.TO	Adempiente (BUC)
CAPITANATA	OSPEDALE DIMICCOLI - BARLETTA	Adempiente con impegno (BUR)
BARESE	IRCCS GIOVANNI PAOLO II - BARI	Adempiente (BUR)
BARESE	AOU POLICLINICO CONSORZIALE - BARI	Adempiente (BUR)
BARESE	CdC SANTA MARIA - BARI	Adempiente (BUC)
BARESE	CdC MATER DEI HOSPITAL - BARI	Adempiente (BUC)
BARESE	OSPEDALE SAN PAOLO - BARI	Adempiente (BUR)
BARESE	EE MIULLI – ACQUAVIVA DELLE FONTI	Adempiente con impegno (BUC)
IONICO – ADRIATICO	OSPEDALE PERRINO – BRINDISI	Adempiente (BUR)
IONICO - ADRIATICO	CdC D'AMORE - TARANTO	Adempiente (BUC)
IONICO - ADRIATICO	OSPEDALE SSma ANNUNZIATA - TARANTO	Adempiente (BUR)
SALENTINO	OSPEDALE VITO FAZZI - LECCE	Adempiente con impegno (BUR)
SALENTINO	CdC CITTA' DI LECCE - LECCE	Adempiente (BUC)

*Così come da D.G.R. n. 854 del 22/05/2018 (cui si rimanda) è stata istituita la rete delle Breast Units regionali, che distingueva tra Breast Unit di Riferimento (BRU in tabella) e Breast Unit di Complemento (BUC) e all'interno della quale sono stati individuati i criteri per la definizione dei relativi Centri. Il monitoraggio e la valutazione del network senologico, nel corso del 2019, ha riportato i risultati di cui alla tabella. Si riscontrano il consolidamento degli undici centri già individuati nella suddetta delibera e l'introduzione di tre nuovi centri, quali l'Ente Ecclesiastico Miulli di Acquaviva delle Fonti, l'Ospedale Dimiccoli Barletta e la Casa di Cura D'Amore di Taranto.

- Le strutture individuate come Hub e Spoke Chirurgici saranno sottoposte a verifica e valutazione dei requisiti organizzativi e di funzionamento di cui alla DGR n.221/2017 a oggetto "Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) - Approvazione modello organizzativo e principi generali di funzionamento. Recepimento Accordo Stato - Regione concernente il Documento tecnico di indirizzo per ridurre il Burden del Cancro - Anni 2014-2016 (Rep. n.144/CSR del 30 ottobre 2014)", di cui alla DGR n.854/2018 ad oggetto "Istituzione della Breast Unit Network - Centri pugliesi di senologia: definizione dei criteri organizzativi di funzionamento e monitoraggio ai sensi dell'Accordo Stato - Regioni del 18/12/2014 recante Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia (Rep. Atti n.185/CSR del 18/12/2015), nonché di quelli previsti dall'Accordo Stato - Regioni recante "Revisione delle Linee Guida organizzative e delle raccomandazioni per la Rete Oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale (Rep. Atti n.59/CSR del 17 aprile 2019) e di quelli disposti con la presente delibera A.Re.S.S., avvalendosi dei Valutatori del Servizio Qualità e Organismo Tecnicamente Accreditante
- I nodi di rete (HUB o SPOKE) qualificati come "adempienti" devono mantenere nel tempo i requisiti di nodo prescritti dalla presente proposta regolamentare e dagli eventuali e successivi aggiornamenti.
- I nodi di rete (HUB o SPOKE) qualificati come "adempienti con impegno" devono ottemperare alle marginali carenze di requisito entro 12 (dodici) mesi dall'adozione del presente regolamento da parte della Giunta Regionale.
- La qualificazione di nodo di rete (HUB o SPOKE) è un processo dinamico sottoposto a valutazione annuale dei nodi di rete preesistenti e dei nuovi che ne facciano formale richiesta, espressa da parte dell'U.Coo.R. su istruttoria tecnica del Qu.O.T.A.
- Il funzionamento e la qualità delle reti ospedaliere possono essere monitorati attraverso idonei indicatori di valutazione, che permettano di descrivere al meglio la performance della rete nel suo complesso, la qualità e sicurezza dell'assistenza e la corretta applicazione dei PDTA. Al fine di una corretta gestione, ciascuna Rete Oncologica deve disporre di un adeguato set di indicatori di struttura, processo ed esito, finalizzato alla corretta valutazione e al monitoraggio dell'efficienza, dell'efficacia, della qualità e della sicurezza delle attività svolte. Gli indicatori utilizzati e i relativi standard di riferimento devono interessare non solo tutte le componenti ospedaliere, ma anche quelle territoriali della Rete e devono essere aggiornati periodicamente, così come gli standard di riferimento dettati dai regolamenti nazionali e regionali e dei loro relativi nuclei ispettivi.
- Gli indicatori di processo ed esito proposti per le Reti Oncologiche sono inoltre distinti, ai fini funzionali, in tre tipologie, che tengono conto della loro misurabilità sulla base dei flussi informativi attualmente disponibili: Indicatori di primo livello: rappresentano indicatori implementabili sulla base dei flussi informativi correnti nazionali (es. SDO) e riguardano la valutazione della rete negli aspetti più strettamente legati all'ospedalizzazione, nonché sull'uso integrato dei flussi informativi, quali SDO, PNE e flussi della specialistica ambulatoriale. Indicatori di secondo livello: sono indicatori calcolabili direttamente a partire da altri flussi informativi, attualmente non disponibili a livello nazionale, ma in qualche caso disponibili a livello regionale, quali eventuali flussi informativi derivanti da dati aziendali, registri, dati ambulatoriali. Indicatori di terzo livello: sono indicatori che, seppure considerati necessari per una valutazione più appropriata e approfondita del funzionamento della Rete, al momento, non possono essere calcolati da alcun sistema informativo strutturato nazionale o regionale, né dall'integrazione di diversi sistemi informativi.
- Per quanto attiene, invece, alla individuazione di specifici indicatori di rete che permettano di raggiungere migliori esiti e di specifici indicatori che seguono il PDTA del paziente nel percorso di rete dei Centri HUB e Spoke Chirurgici, al fine di supportare il monitoraggio anche

degli aspetti organizzativi, e non solo quelli relativi agli outcome clinici dei relativi centri, sono stati individuati i seguenti indicatori:

• PDTA MAMMELLA

NUM	LIV	Indicatore	Definizione	Fonte dati	Standard	Dimensione
1	I	Proporzione di interventi di ricostruzione o inserzione di espansore nella stessa seduta dell'intervento demolitivo (mastectomia) per carcinoma invasivo della mammella	N° di interventi di mastectomia con ricostruzione / N° di interventi di mastectomia	PNE	≥70%	Efficacia/appropriatezza
2	I	Proporzione di pazienti con carcinoma invasivo sottoposte a singolo intervento (esclusa ricostruzione)	N° di pazienti con carcinoma invasivo sottoposte a singolo intervento (esclusa ricostruzione) /N° di pazienti operate	SDO	≥90%	Efficacia/appropriatezza
3	I	Volume di nuovi interventi di resezione per tumore invasivo della mammella entro 90 giorni dal precedente intervento chirurgico	Numero di pazienti con nuovi interventi di resezione entro 90 giorni dal precedente/N° di interventi chirurgici conservativi per tumore della mammella.	PNE	≤10%	Efficienza/Sicurezza
4	I	Proporzione di pazienti con carcinoma invasivo e linfonodo ascellare clinicamente negativo (US +/- FNAC/CNB-) con biopsia del linfonodo sentinella	N° di pazienti con diagnosi 174 e biopsia del linfonodo sentinella (intervento 4023) nella stessa o in altra SDO N° di pazienti con diagnosi 174	SDO / Dematerializzata	90%	Efficacia/appropriatezza
5	I	Proporzione di pazienti con diagnosi di carcinoma mammario invasivo	Numero di pazienti con diagnosi di carcinoma	SDO / Dematerializzata	≥90%	Efficacia/appropriatezza

NUM	LIV	Indicatore	Definizione	Fonte dati	Standard	Dimensione
		che iniziano il trattamento radioterapico entro 20 settimane dalla chirurgia in assenza di terapia sistemica adiuvante	mammario invasivo che iniziano il trattamento radioterapico entro 20 settimane dalla chirurgia in assenza di terapia sistemica adiuvante/ Numero di pazienti con diagnosi di carcinoma mammario invasivo sottoposte a chirurgia e radioterapia in assenza di terapia sistemica adiuvante			
6	I	Proporzione di pazienti con intervallo di tempo tra intervento chirurgico e inizio della terapia medica adiuvante < 8 settimane	Numero di donne con tumore della mammella che ricevono chemioterapia adiuvante entro 8 settimane dall'intervento chirurgico / numero di donne con tumore della mammella operate	SDO / Dematerializzata	90%	Efficienza/Sicurezza
7	I	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per carcinoma mammella	Persone in età target che eseguono il test di screening per carcinoma mammella / [donne residenti (50 - 69) / 2	Sistema Informativo Screening / ISTAT	≥60%	Efficacia / Appropriatelyzza

• PDTA POLMONE

NUM	LIV	Indicatore	Definizione	Fonte dati	Standard	Dimensione
1	I	Volumi di ricoveri per intervento chirurgico del polmone	Metodo PNE	SDO	PNE	Efficienza/ sicurezza

NUM	LIV	Indicatore	Definizione	Fonte dati	Standard	Dimensione
2	I	Mortalità a 30 giorni dall'intervento per tumore maligno del polmone	Metodo PNE	SDO	PNE	Efficacia/ appropriatezza
3	I	Proporzione di pazienti affetti da tumore del polmone sottoposti ad intervento chirurgico entro 30 giorni dalla diagnosi	N. pazienti con intervento chirurgico entro 30 gg dalla diagnosi/N di pazienti con intervento chirurgico	SDO	70%	Efficacia/ appropriatezza

• PDTA PROSTATA

NUM	LIV	Indicatore	Definizione	Fonte dati	Standard	Dimensione
1	I	Appropriatezza di utilizzo del PSA in relazione all'età	Percentuale di PSA prescritti in soggetti di età ≥ 75 anni senza esenzione 048/totale PSA prescritti	Dematerializzata	$\leq 5\%$	Efficacia/ Appropriatezza
2	I	Appropriatezza della ripetizione del PSA a scopo diagnostico	Percentuale di PSA prescritti > 2 volte per anno in soggetti senza esenzione 048/totale PSA prescritti	Dematerializzata	$\leq 5\%$	Efficacia/ Appropriatezza
3	I	Volume di ricoveri per prostatectomia radicale	Numero di pz con diagnosi di carcinoma della prostata sottoposti a chirurgia radicale per centro/anno	PNE, SDO	≥ 50	Efficienza / Sicurezza
4	I	Tasso di riammissioni a 30 giorni dall'intervento di prostatectomia radicale	Numero di pazienti sottoposti a prostatectomia radicali che necessitano di ricovero entro 30 gg dalla data dell'intervento per centro/anno	PNE, SDO	$\leq 10\%$	Efficacia / Appropriatezza
5	I	Volume di ricoveri (degenza e/o DH)	Numero di pazienti con	SDO	≥ 50	Efficienza / Sicurezza

NUM	LIV	Indicatore	Definizione	Fonte dati	Standard	Dimensione
		oncologico) per neoplasia prostatica	diagnosi di neoplasia prostatica (per centro/anno)			

• PDTA COLON - RETTO

NUM	LIV	Indicatore	Definizione	Fonte dati	Standard	Dimensione
1	I	Proporzione di pazienti con intervento in laparoscopia per tumore del colon	N pazienti con tumore del colon operati in laparoscopia/total e dei pazienti con tumore del colon operati	SDO	>30%	Efficacia / Appropriatezza
2	I	Proporzione di pazienti con intervento in laparoscopia per tumore del retto	N° pazienti con tumore del retto operati in laparoscopia/total e dei pazienti con tumore del retto operati	SDO	>50%	Efficacia / Appropriatezza
3	I	Intervento chirurgico: volume ricoveri per tumore del colon	N° interventi chirurgici per tumore del colon/anno	PNE, SDO	> 50 casi	Efficienza / sicurezza
4	I	Intervento chirurgico: volume ricoveri per tumore del retto	N° interventi chirurgici per tumore del retto/anno	PNE, SDO	> 20 casi	Efficienza / sicurezza
5	I	Volume di interventi isolati per tumore maligno del colon eseguiti in laparoscopia	Definizione PNE			Efficienza / sicurezza
6	I	Volume di interventi isolati per tumore maligno del retto eseguiti in laparoscopia	Definizione PNE			Efficienza / sicurezza
7	I	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per tumore colon retto	Persone in età target che eseguono il test di screening per tumore colon retto / [persone residenti (50 - 69) /2] * 100	Sistema Informativo Screening / ISTAT		Efficacia / Appropriatezza

• PDTA UTERO

NUM	LIV	Indicatore	Definizione	Fonte dati	Standard	Dimensione
1	I	Interventi chirurgici (isterectomia con o senza linfadenectomia) per tumore endometrio/centro/anno	Numero di pazienti con tumore endometrio sottoposte a intervento chirurgico (isterectomia con o senza linfadenectomia) per anno per ciascun centro	SDO	>60	Efficienza/ sicurezza
2	I	Interventi chirurgici con tecnica laparoscopica-robotica (isterectomia con o senza linfadenectomia) per tumore endometrio/centro/anno	Numero interventi chirurgici laparoscopici-robotici (isterectomia con o senza linfadenectomia) per tumore endometrio/centro/anno	SDO	>50	Efficienza/ sicurezza
3	I/II	Pazienti nuovi casi trattati/centro/anno	Numero di nuovi pazienti/I visite con tumore dell'endometrio per anno e per ciascun centro	SDO Ricette dematerializzate per la visita	>80	Efficienza/ sicurezza
4	I	Pazienti che hanno effettuato l'intervento chirurgico (isterectomia con o senza linfadenectomia) entro 30 giorni dalla diagnosi	Numero di pazienti che ha effettuato l'intervento chirurgico per tumore endometrio entro 30 giorni dalla diagnosi istologica/tutte le pazienti con diagnosi istologica di tumore endometrio	SDO	90%	Efficacia/ appropriatezza
5	I/II	Pazienti che iniziano radioterapia adiuvante a fasci esterni/radioterapia interventistica entro	Numero di pazienti che iniziano radioterapia adiuvante a fasci esterni/radioterapia interventistica entro 90 giorni	SDO Ricette dematerializzate per trattamenti	90%	Efficacia/ appropriatezza

NUM	LIV	Indicatore	Definizione	Fonte dati	Standard	Dimensione
		90 giorni dall'intervento	dall'intervento chirurgico / tutti le pazienti con intervento chirurgico per tumore endometrio	nto radioterapico		

RITENUTO DI:

- proporre, in esito alle analisi ed alle verifiche effettuate in collaborazione con il Coordinatore della Rete Oncologica Pugliese e con i componenti dell'U.Coo.R., e per le motivazioni di cui in premessa, che qui si intendono richiamate quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, la presa d'atto e la proposta di **individuazione dei Centri Hub e Spoke chirurgici della Rete Oncologica Pugliese (ROP) e dei relativi indicatori di Rete** dei Centri ivi individuati, per le sedi d'organo del seno, del colon-retto, del polmone, della prostata e dell'utero, dopo ampia e approfondita discussione da parte dei componenti dell'U.Coo.R. nella seduta del 17.10.2019;

tutto ciò premesso

DELIBERA

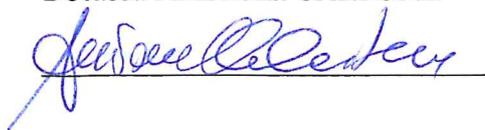
1. di prendere atto della individuazione dei **Centri Hub e dei Centri Spoke chirurgici** della Rete Oncologica della Regione Puglia, come indicato nelle tabelle precedenti, le quali diventano parte integrante e sostanziale della presente delibera;
2. di prendere atto **degli indicatori di Rete** dei Centri Hub and Spoke chirurgici della Rete Oncologica della Regione Puglia, come indicato nelle tabelle precedenti, le quali diventano parte integrante e sostanziale della presente delibera;
3. di trasmettere il presente documento "**Proposta di individuazione dei Centri Hub e Spoke chirurgici della Rete Oncologica Pugliese (ROP) e presa d'atto degli indicatori di Rete dei relativi Centri**" al Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti della Regione Puglia, che nell'ambito delle proprie prerogative può apportare le eventuali modifiche e/o integrazioni necessarie, prima di promuovere l'adozione con atto deliberativo della Giunta Regionale;
4. di trasmettere la presente delibera al Dirigente del Servizio Qualità e Organismo Tecnicamente Accreditante per i relativi adempimenti richiamati nel presente atto deliberativo;
5. di dare atto che il presente provvedimento sarà pubblicato, a cura dell'estensore, nella sezione Amministrazione Trasparente, sotto sezione Provvedimenti;
6. di attestare di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, tale da pregiudicare l'esercizio imparziale delle funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto;
7. di attestare l'insussistenza di cause di conflitto di interesse, anche potenziale, *ex art. 6-bis della Legge n. 241/90 e ss.mm.ii*, nonché art. 1, comma 9, lett. e) della Legge n. 190/2012, e l'inesistenza delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis del D. Lgs. n. 165/2001.

Il Presente provvedimento non essendo soggetto al controllo ex L.R. 24/01 è immediatamente esecutivo ai sensi di legge.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul sito web di questa Agenzia.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della normativa regionale e nazionale e che il presente provvedimento, predisposto ai fini della adozione dell'atto finale da parte del Direttore Generale, è conforme alle risultanze istruttorie.

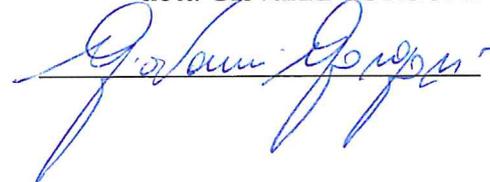
L'estensore
Dott.ssa Antonella CARBONE



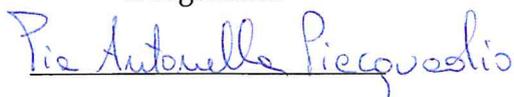
Il Direttore dell' Area Innovazione Sociale,
Sanitaria, di Sistema e Qualità - CRSS
dott. Ettore ATTOLINI



Il Direttore Generale
dott. Giovanni GORGONI



Il segretario



ATTESTAZIONE DI AVVENUTA PUBBLICAZIONE

Si certifica che il presente provvedimento è stato pubblicato sul sito WEB di questa Agenzia nel rispetto di quanto prescritto dalla Legge Regione Puglia n. 40/2007

Dal 5.02.2020

Bari, 5.02.2020

Il Segretario

