

CAMPOBASSO
GIOVANNI
23.07.2020
10:07:14 UTC

NUNZIANTE
ANTONIO
27.07.2020
08:03:02
UTC



REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO PROMOZIONE
DEL BENESSERE SOCIALE
Sezione Strategia e G...
SALUTE,
ERTUTTI
Affeta
Assegnato a Servizio.....

REGIONE PUGLIA

Deliberazione della Giunta Regionale

N. **1103** del 16/07/2020 del Registro delle Deliberazioni

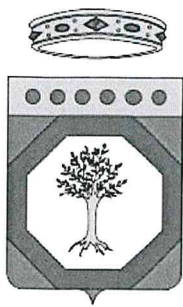
Codice CIFRA: SGO/DEL/2020/00048

OGGETTO: Presa d'atto delle deliberazioni del Direttore Generale dell'A.Re.S.S. relativa alla individuazione dei Centri Hub e Spoke chirurgici della (ROP) e degli indicatori - Revisione identificazione Centri di Orientamento Oncologico (COro) della Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) e relativo regolamento. Istituzione Comitato Etico Unico Oncologico e l'Alto Comitato per la ricerca Oncologica

L'anno 2020 addì 16 del mese di Luglio, in Bari, nella Sala delle adunanze, si è riunita la Giunta Regionale, previo regolare invito nelle persone dei Signori:

Sono presenti:	Sono assenti:
V.Presidente Antonio Nunziante	Presidente Michele Emiliano
Assessore Cosimo Borraccino	
Assessore Loredana Capone	
Assessore Giovanni Giannini	
Assessore Sebastiano Leo	
Assessore Raffaele Piemontese	
Assessore Alfonsino Pisicchio	
Assessore Salvatore Ruggeri	
Assessore Giovanni F. Stea	

Assiste alla seduta il Segretario redigente: Dott. Giovanni Campobasso



REGIONE PUGLIA

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

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

**SERVIZIO STRATEGIE E GOVERNO DELL'ASSISTENZA
OSPEDALIERA**

PROPOSTA DI DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Codice CIFRA: SGO / DEL / 2020/00048

OGGETTO: Presa d'atto delle deliberazioni del Direttore Generale dell'A.Re.S.S. relativa alla individuazione dei Centri Hub e Spoke chirurgici della (ROP) e degli indicatori - Revisione identificazione Centri di Orientamento Oncologico (COO) della Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) e relativo regolamento. Istituzione Comitato Etico Unico Oncologico e l'Alto Comitato per la ricerca Oncologica

OGGETTO: Presa d'atto delle deliberazioni del Direttore Generale dell'A.Re.S.S. relativa alla individuazione dei Centri Hub e Spoke chirurgici della (ROP) e degli indicatori - Revisione identificazione Centri di Orientamento Oncologico (COO) della Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) e relativo regolamento. Istituzione Comitato Etico Unico Oncologico e l'Alto Comitato per la ricerca Oncologica

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal Responsabile P.O. della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta", dal Dirigente del Servizio "Strategie e Governo dell'Assistenza Ospedaliera" e confermate dal Dirigente della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta" riferisce.

VISTI:

- il D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., all'art. 2, co. 1, attribuisce alle Regioni l'esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali;
- il Decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 con cui è stato definito il "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", acquisita l'intesa in sede di Conferenza Stato – Regioni (Rep. Atti n. 198/CSR del 13 gennaio 2015). Come da indicazioni contenute all'articolo 1, comma 2 del DM 70/2015, le Regioni devono adottare un provvedimento di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati pervenendo ad un tasso non superiore al 3,7 posti letto per mille ab., comprensivi dello 0,7 posti letto per mille ab. per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 221 del 23/02/2017 relativa all'approvazione del modello organizzativo e ai principi generali di funzionamento della Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.), nonché al 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);
- la deliberazione di Giunta regionale n. 129 del 26/01/2018 recante: Programma Operativo 2016-2018. Piano delle azioni avviate nel biennio 2016-2017 e delle misure da attuare nel 2018;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 854 del 22/05/2018 avente 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 18/12/2014)";

OGGETTO: Presa d'atto delle deliberazioni del Direttore Generale dell'A.Re.S.S. relativa alla individuazione dei Centri Hub e Spoke chirurgici della (ROP) e degli indicatori - Revisione identificazione Centri di Orientamento Oncologico (COro) della Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) e relativo regolamento. Istituzione Comitato Etico Unico Oncologico e l'Alto Comitato per la ricerca Oncologica

- la deliberazione di Giunta regionale n. 1335 del 24/07/2018 avente ad oggetto: "Istituzione della Rete regionale dei Servizi di Anatomia patologia. Approvazione del documento relativo alla definizione delle attività dei servizi e degli ulteriori requisiti minimi strutturali, organizzativi e tecnologici";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 504 del 19/03/2019 avente ad oggetto: Istituzione della Rete ospedaliera della Regione Puglia "Terapia del dolore" – Individuazione delle prestazioni e relativo setting assistenziale. Individuazione Centri Regionali di Riferimento. Revoca della deliberazione di Giunta regionale n. 414 dell'11 marzo 2015 per la parte relativa alla rete ospedaliera;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 675 del 9/04/2019 e ss.mm.ii. avente ad oggetto: "Approvazione Rete regionale di Radiologia e Neuroradiologia Interventistica in attuazione della deliberazione di Giunta regionale n. 1439 del 02/08/2018. Rettifica dell'allegato della D.G.R. n.1439/2018";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 794 del 2/5/2019 avente ad oggetto: "Recepimento dell'Accordo Stato – Regioni del 21 settembre 2017 per la realizzazione della Rete Nazionale dei Tumori Rari (RNTR). (Rep. atti n. 158/CSR), Istituzione del Centro Regionale per la Ricerca e la Cura dei Tumori Rari presso l'IRCCS oncologico "Giovanni Paolo II" di Bari";
- il Regolamento regionale 22 novembre 2019, n. 23, con il quale la Regione Puglia ha approvato il "Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n° 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017", dopo aver acquisito il parere favorevole dal parte del Ministero della Salute.

CONSIDERATO

- Che con nota prot. n. AOO_0003059 del 01/07/2020 il Direttore Generale dell'A.Re.S.S. ha trasmesso:
 - a) la deliberazione del Direttore Generale dell'A.Re.S.S. n. 18 del 05/02/2020 recante: "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;

OGGETTO: Presa d'atto delle deliberazioni del Direttore Generale dell'A.Re.S.S. relativa alla individuazione dei Centri Hub e Spoke chirurgici della (ROP) e degli indicatori - Revisione identificazione Centri di Orientamento Oncologico (COO) della Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) e relativo regolamento. Istituzione Comitato Etico Unico Oncologico e l'Alto Comitato per la ricerca Oncologica

- b) la deliberazione del Direttore Generale dell'A.Re.S.S. n. 132 del 19/06/2020 recante:
"Proposta di revisione e aggiornamento dei PDTA regionali per Cr. Colon retto, Cr. Polmone, Cr. Prostata, Cr. Neoplasie mammarie e Cr. Endometrio";
 - c) la deliberazione del Direttore Generale dell'A.Re.S.S. n. 137 del 25/06/2020 recante:
"Revisione identificazione Centri di Orientamento Oncologico (COO) della Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) e relativo regolamento;
 - d) la deliberazione del Direttore Generale dell'A.Re.S.S. n. 141 del 29/06/2020 recante:
"Rettifica DDG 132/2020. Integrazioni e modifiche alla Proposta di revisione e aggiornamento dei PDTA regionali per Cr. Colon retto".
- che con la predetta nota del 01/07/2020 il Direttore Generale dell'A.Re.S.S. ha chiesto inoltre, *"come approvato dall'UCOR, che nello stesso atto si istituisca anche il Comitato Etico Unico Oncologico e l'Alto Comitato per la ricerca Oncologica, rinviando il perfezionamento di questi ultimi due organismi a regolamentazione entro 90 giorni (...)".*

VERIFICA AI SENSI DEL D.Lgs. 196/03

Garanzie alla riservatezza

La pubblicazione dell'atto all'Albo, salve le garanzie previste dalla legge 241/90 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela alla riservatezza dei cittadini, secondo quanto disposto dal Dlgs 196/03 in materia di protezione dei dati personali nonché dal vigente regolamento regionale n. 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari.

Ai fini della pubblicità legale, l'atto destinato alla pubblicazione è redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento a dati sensibili, qualora tali dati fossero indispensabili per l'adozione dell'atto, essi sono trasferiti in documenti separati, esplicitamente richiamati.

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. n. 118/2011 E SS.MM.II

La presente deliberazione NON COMPORTA implicazioni dirette e/o indirette, di natura economico – finanziaria e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

La presente deliberazione NON COMPORTA implicazioni di natura finanziaria sul Fondo sanitario Regionale.

OGGETTO: Presa d'atto delle deliberazioni del Direttore Generale dell'A.Re.S.S. relativa alla individuazione dei Centri Hub e Spoke chirurgici della (ROP) e degli indicatori - Revisione identificazione Centri di Orientamento Oncologico (COro) della Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) e relativo regolamento. Istituzione Comitato Etico Unico Oncologico e l'Alto Comitato per la ricerca Oncologica

Il Presidente relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, ai sensi dell' art 4 lett. d) della LR. N. 7/97, propone alla Giunta:

1. di prendere atto delle deliberazioni del Direttore Generale dell'A.Re.S.S. di seguito dettagliate:
 - a) n. 18 del 05/02/2020 recante: "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;
 - b) n. 137 del 25/06/2020 recante: "Revisione identificazione Centri di Orientamento Oncologico (COro) della Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) e relativo regolamento;
2. di istituire il Comitato Etico Unico Oncologico e l'Alto Comitato per la ricerca Oncologica, rinviando il perfezionamento di questi ultimi due organismi, con la nomina dei componenti e la relativa regolamentazione entro 90 giorni dalla data di approvazione del presente schema di provvedimento;
3. di stabilire che Centri di Orientamento Oncologico (COro) della Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) siano allocati prioritariamente nelle strutture pubbliche. I COro potranno essere individuati anche nelle strutture private accreditate, previa istanza formale al Dipartimento "Promozione della Salute, del Benessere sociale e Sport per Tutti" e successiva autorizzazione. Tale attività , non essendo espressamente prevista nei Livelli Essenziali di Assistenza non potrà essere garantita con maggiori oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
4. di stabilire che i Direttori Generali delle AA.SS.LL. valutino la possibilità di poter ricorrere alle strutture private accreditate per l'acquisto di prestazioni, tenuto conto del proprio fabbisogno e comunque nei limiti del fondo unico di remunerazione sia per i pazienti residenti nella regione sia per i pazienti residenti extra – regione. Le prestazioni in parola potranno essere rese sulla base delle discipline o servizi già accreditati alla data di adozione del presente schema di provvedimento, nonché di quanto espressamente previsto con il Regolamento regionale n. 23/2019;
5. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione "Strategie e governo dell'Offerta" alla Sezione "Risorse strumentali e tecnologiche", al Direttore Generale dell'A.Re.S.S., ai Direttori Generali delle AA.SS.LL, delle Aziende Ospedaliere Universitarie, degli IRCCS pubblici e privati, degli Enti Ecclesiastici.

OGGETTO: Presa d'atto delle deliberazioni del Direttore Generale dell'A.Re.S.S. relativa alla individuazione dei Centri Hub e Spoke chirurgici della (ROP) e degli indicatori - Revisione identificazione Centri di Orientamento Oncologico (COO) della Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) e relativo regolamento. Istituzione Comitato Etico Unico Oncologico e l'Alto Comitato per la ricerca Oncologica

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

IL RESPONSABILE P.O.: Antonella CAROLI _____

CAROLI
ANTONELLA
15.07.2020
11:28:09 UTC

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO "Strategie e Governo dell'Assistenza Ospedaliera"

Vito CARBONE _____

Firmato digitalmente da:
VITO CARBONE
Regione Puglia
Firmato il: 15-07-2020 17:16:53
Seriale certificato: 644121
Valido dal 02-04-2020 al 02-04-2023

IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE "Strategie e Governo dell'Offerta"

Giovanni CAMPOBASSO _____

CAMPOBASSO
GIOVANNI
15.07.2020
15:44:31 UTC

IL DIRETTORE di Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport

per Tutti: Vito MONTANARO _____

Firmato digitalmente da: Vito Montanaro
Organizzazione: REGIONE PUGLIA /80017210727
Data: 15/07/2020 19:15:48

IL PRESIDENTE: dott. Michele EMILIANO _____

EMILIANO
MICHELE
16.07.2020
10:24:49
UTC

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dalla responsabile di P.O. e dai dirigenti di sezione;
- A voti unanimi espressi nei modi di legge.

OGGETTO: Presa d'atto delle deliberazioni del Direttore Generale dell'A.Re.S.S. relativa alla individuazione dei Centri Hub e Spoke chirurgici della (ROP) e degli indicatori - Revisione identificazione Centri di Orientamento Oncologico (COro) della Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) e relativo regolamento. Istituzione Comitato Etico Unico Oncologico e l'Alto Comitato per la ricerca Oncologica

DELIBERA

1. di prendere atto delle deliberazioni del Direttore Generale dell'A.Re.S.S. di seguito dettagliate:
 - c) n. 18 del 05/02/2020 recante: "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;
 - d) n. 137 del 25/06/2020 recante: "Revisione identificazione Centri di Orientamento Oncologico (COro) della Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) e relativo regolamento;
2. di istituire il Comitato Etico Unico Oncologico e l'Alto Comitato per la ricerca Oncologica, rinviando il perfezionamento di questi ultimi due organismi, la nomina dei componenti e la relativa regolamentazione entro 90 giorni dalla data di approvazione del presente schema di provvedimento;
3. di stabilire che Centri di Orientamento Oncologico (COro) della Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) siano allocati prioritariamente nelle strutture pubbliche. I COro potranno essere individuati anche nelle strutture private accreditate, previa istanza formale al Dipartimento "Promozione della Salute, del Benessere sociale e Sport per Tutti" e successiva autorizzazione. Tale attività , non essendo espressamente prevista nei Livelli Essenziali di Assistenza non potrà essere garantita con maggiori oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
4. di stabilire che i Direttori Generali delle AA.SS.LL valutino la possibilità di poter ricorrere alle strutture private accreditate per l'acquisto di prestazioni, tenuto conto del proprio fabbisogno e nei limiti del fondo unico di remunerazione sia per i regionali sia per gli extra – regionali. Le prestazioni in parola potranno essere rese sulla base delle discipline o servizi già accreditati alla data di adozione del presente schema di provvedimento nonché di quanto espressamente previsto con il Regolamento regionale n. 23/2019;
5. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione "Strategie e governo dell'Offerta" alla Sezione "Risorse strumentali e tecnologiche", al Direttore Generale dell'A.Re.S.S., ai Direttori Generali delle AA.SS.LL, delle Aziende Ospedaliere Universitarie, degli IRCCS pubblici e privati, degli Enti Ecclesiastici.

Il Segretario della Giunta

Il Presidente della Giunta

CAMPOBASSO
GIOVANNI
20.07.2020
14:07:35 UTC



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 Pierantonio Piccinello

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 *"È evidente, quindi, che la rete deve ben coordinare tutti questi ambiti. La programmazione di una rete deve tenere anche conto della sostenibilità in termini economici del progetto, stante la limitatezza di risorse disponibili, ed il progetto può divenire sostenibile solo se si organizzano e coordinano le aree territoriali, specialistiche ospedaliere e di ricerca. In definitiva, la cura del cancro costituisce un esempio paradigmatico della possibile integrazione delle risorse disponibili con la finalità di ottenere risultati ottimali ed è possibile identificare due componenti principali che dovrebbero rappresentarne i presupposti gestionali:*
 - *L'approccio multidisciplinare con integrazione delle differenti professionalità (chirurgia, oncologia medica, radioterapia, cure palliative, scienze infermieristiche, psico-oncologia ecc.) in un "disease management team" formalmente costituito. Tali team dovrebbero essere tumore-specifici, come avviene in maniera particolarmente strutturata nelle "Breast units".*
 - *L'accessibilità a cure di qualità per tutti i pazienti residenti in una certa area geografica (corrispondente alla regione amministrativa o a una sua parte) che comporta la necessità di una adeguata integrazione funzionale.**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 programmatorio 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 biotico; 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; 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
(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 biotico; 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;
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 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 / Appropriatezza

• 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	≤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	≤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	</= 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

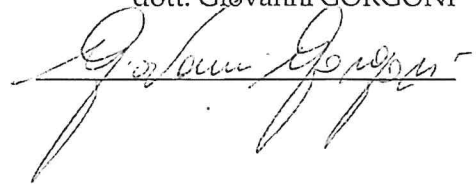
Dott.ssa Antonella CARBONE



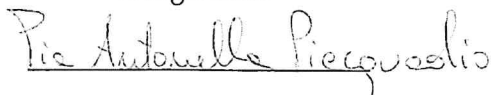
Il Direttore dell'Area Innovazione Sociale,
Sanitaria, di Sistema e Qualità - CRSS
dott. Ettore ATTOLINI



Il Direttore Generale
dott. Giovanni GORGONI



Il segretario



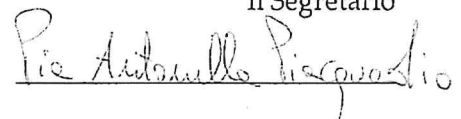
ATTESTAZIONE DI AVVENUTA PUBBLICAZIONE

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



CAMPOBASSO
GIOVANNI
20.07.2020
14:07:29 UTC



Agenzia
Regionale
per la Salute
ed il Sociale
Puglia

Deliberazione del Direttore Generale

N. 137 /2020

OGGETTO: Revisione identificazione Centri di Orientamento Oncologico (COro) della Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) e relativo regolamento.

L'anno 2020 il giorno 25 del mese di GIUGNO 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. 1158 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 DDG 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.);

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

il seguente provvedimento.

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 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 l'"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 "Presa 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: "Presa 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 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".

CONSIDERATO 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 Rete Clinico Assistenziale e PDTA;

ATTESO CHE:

- la Deliberazione di Giunta regionale n. 221 del 23/02/2017, ha stabilito che il C.Or.O. 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;
- in particolare i COro sono deputati a:
 - ✓ registrare le segnalazioni (da parte di cittadini o professionisti) giunte attraverso gli operatori del numero verde regionale della ROP;
 - ✓ identificare il paziente che accede al COro: sede di provenienza, scheda anamnestica, motivazione della richiesta, registrazione nel database unico COro;
 - ✓ accogliere il paziente e renderlo consapevole in merito ai servizi erogati, alle modalità di accesso agli stessi ed a quelle di prenotazione;
 - ✓ comunicare al paziente le modalità operative della presa in carico da parte del COro, con particolare riferimento agli esami necessari per giungere alla definizione della diagnosi e alle procedure di avvio al percorso di cura;
 - ✓ prenotare gli esami strumentali, ed eventuali visite specialistiche, necessari al completamento dell'iter diagnostico;
 - ✓ redigere e consegnare al paziente le impegnative necessarie allo svolgimento del percorso diagnostico/terapeutico programmato;
 - ✓ comunicare al paziente i GPI disponibili nel Dione di appartenenza (aziendali o extraaziendali) o extradipartimentali e, nel rispetto della libertà di scelta e in funzione della residenza dell'assistito, indirizzare il paziente al GPI di patologia di riferimento con contestuale attivazione dello stesso;
 - ✓ segnalare il paziente ai GPI aziendali per la discussione collegiale e la decisione terapeutica conseguente e fornire supporto all'attività organizzativa degli stessi nella presa in carico del paziente;
 - ✓ attivare lo Psico-Oncologo a supporto del paziente COro e, in caso di presenza di un quadro di fragilità sociale, anche l'assistente sociale;
 - ✓ compilare ed aggiornare il Fascicolo Sanitario del paziente, ove possibile in formato elettronico;
 - ✓ rilascio della esenzione ticket per patologia neoplastica (Codice 048) dopo aver ottenuto regolare autorizzazione dagli organi competenti;
 - ✓ gestire la documentazione cartacea e informatica necessaria per l'eventuale riconoscimento di invalidità da parte dell'INPS (CERTIFICATO INTRODUTTIVO ONCOLOGICO);
 - ✓ segnalare il paziente al proprio medico di medicina generale in relazione agli aspetti inerenti la diagnosi e il percorso diagnostico/terapeutico avviato.

Sono inoltre affidate ai COro le seguenti attività:

- ✓ iniziative di promozione e informazione sull'attività dei COro all'interno della Azienda e nel DiOnc di riferimento;

- ✓ Adesione ai progetti della Rete Oncologica della Puglia;
- ✓ Formazione del personale dedicato al COro;
- ✓ Comunicazione costante con gli altri COro della Rete;
- ✓ Elaborazione di un report periodico sulle attività svolte con misurazione degli indicatori di processo, ad uso interno o in occasione di audit (Dipartimento, AReSS)
- ✓ report semestrale sulle attività svolte da inviare all'indirizzo mail rop@aress.regione.puglia.it.
- con D.D.G. A.Re.S.S. n. 230 del 09/07/2019 sono stati individuati i Centri di Orientamento Oncologico (C.Or.O) come sopra specificato;
- nel corso del monitoraggio del funzionamento dei COro, sono sorti alcuni elementi di riflessione, anche di natura interpretativa, che hanno condotto alla necessità di redigere note esplicative sul Regolamento;
- il presidente U.Coo.R., dott. Delvino, durante riunione della Rete Oncologica Regionale tenutasi il giorno 23.06.2020, ha approvato il nuovo regolamento dei Centri di Orientamento Oncologico (COro) della Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.), come da atto allegato alla presente deliberazione;

RITENUTO DI:

- individuare i Centri di Orientamento Oncologico (C.Or.O) così come segue:
 - DIONC CAPITANATA:
 1. Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Foggia;
 2. Ospedale "Casa Sollievo Della Sofferenza" S.G. Rotondo;
 3. Ospedale "Dimiccoli" Barletta - ASL BAT;
 4. Ospedale "Teresa Masselli Mascia" San Severo - ASL FG;
 - DIONC BARESE:
 5. Ente Ecclesiastico Ospedale Generale Regionale "F. Miulli" Acquaviva delle Fonti;
 6. IRCCS DE BELLIS Castellana Grotte;
 7. Ospedale "San paolo" Bari;
 8. Azienda Universitaria Ospedaliera Consorziale - Policlinico Bari;
 9. IRCCS Istituto Tumori Bari Giovanni Paolo II;
 - DIONC IONICO - ADRIATICO:
 10. Ospedale "Moscati" Taranto - ASL TA;
 11. Ospedale "Presidio Ospedaliero Occidentale" Castellaneta - ASL TA;
 12. Presidio "Di Summa - Perino" Brindisi - ASL BR;
 13. Presidio di Francavilla Fontana - ASL BR;
 - DIONC SALENTINO:
 14. Ospedale "Vito Fazzi" Lecce- ASL LE;
 15. Pia Fondazione Panico – Tricase;
 16. Ospedale "Verris Delli Ponti" Scorrano - Maglie- ASL LE;
 17. Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" Gallipoli - ASL LE;
 18. Ospedale "Francesco Ferrari" Casarano- ASL LE.

tutto ciò premesso

DELIBERA

1. di prendere atto della individuazione dei Centri di Orientamento Oncologico (C.Or.O) così come segue:
 - DIONC CAPITANATA:
 1. Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Foggia;
 2. Ospedale "Casa Sollievo Della Sofferenza" S.G. Rotondo;
 3. Ospedale "Dimiccoli" Barletta - ASL BAT;
 4. Ospedale "Teresa Masselli Mascia" San Severo - ASL FG;
 - DIONC BARESE:

5. Ente Ecclesiastico Ospedale Generale Regionale "F. Miulli" Acquaviva delle Fonti;
6. IRCCS DE BELLIS Castellana Grotte;
7. Ospedale "San paolo" Bari;
8. Azienda Universitaria Ospedaliera Consorziale - Policlinico Bari;
9. IRCCS Istituto Tumori Bari Giovanni Paolo II;
- DIONC IONICO - ADRIATICO:
 10. Ospedale "Moscati" Taranto - ASL TA;
 11. Ospedale "Presidio Ospedaliero Occidentale" Castellaneta - ASL TA;
 12. Presidio "Di Summa - Perino" Brindisi - ASL BR;
 13. Presidio di Francavilla Fontana - ASL BR;
- DIONC SALENTINO:
 14. Ospedale "Vito Fazzi" Lecce- ASL LE;
 15. Pia Fondazione Panico – Tricase;
 16. Ospedale "Verris Delli Ponti" Scorrano - Maglie- ASL LE;
 17. Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" Gallipoli - ASL LE;
 18. Ospedale "Francesco Ferrari" Casarano- ASL LE
2. di approvare il nuovo regolamento dei Centri di Orientamento Oncologico (CORO) della Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.), come risultante dall'allegato A), parte integrale e sostanziale del presente provvedimento;
3. di trasmettere il presente documento "Revisione identificazione Centri di Orientamento Oncologico (CORO) della Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) e relativo regolamento" 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 il presente provvedimento all'Ufficio Comunicazione e Trasparenza dell'Agenzia per gli adempimenti di propria competenza;
5. 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;
6. 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. 29/17 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. Domenico Ferrante

Domenico Ferrante

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

Ettore Attolini

La presente deliberazione contiene n. 1

allegat 0 che consta di n. 8 pagine



IL SEGRETARIO

Pia Antonella Pierquodis

Il Direttore Generale
dott. Giovanni GORGONI

Giovanni Gorgoni

Il segretario

Pia Antonella Pierquodis

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 25.06.2020

Bari, 25.06.2020

Il Segretario

Pia Antonella Pierquodis

Allegato composto da n. 8 pagine
alla deliberazione n. 137 del 2020



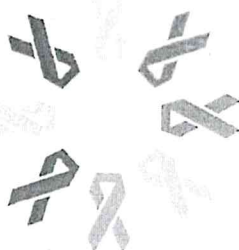
IL SEGRETARIO

Ric Autenuella Picquadio



ARESS

Agenzia Regionale Strategica
per la Salute ed il Sociale



RETE
ONCOLOGICA
PUGLIESE

Regolamento dei Centri di Orientamento Oncologico nella Rete Oncologica Pugliese

Sommario

<u>PREMESSA</u>	<u>pag. 2</u>
<u>RAZIONALE</u>	<u>pag. 2</u>
<u>COMPITI E FUNZIONI DEI COro</u>	<u>pag. 2</u>
<u>REQUISITI STRUTTURALI</u>	<u>pag. 3</u>
Ambienti	pag. 3
Tecnologie	pag. 3
Personale	pag. 4
<u>REQUISITI ORGANIZZATIVI</u>	<u>pag. 4</u>
Attivazione COro	pag. 5
<u>ATTIVITA' DEL PERSONALE COro</u>	<u>pag. 5</u>
Personale amministrativo	pag. 5
Personale infermieristico	pag. 6
Medico oncologo	pag. 6
Psico-oncologo	pag. 7
Assistente sociale	pag. 7
Volontario	pag. 7
<u>CONFLITTO DI INTERESSE E RISERVATEZZA</u>	<u>pag. 7</u>
<u>INDICATORI DI ATTIVITA'</u>	<u>pag. 7</u>
<u>MONITORAGGIO DELLE PERFORMANCE</u>	<u>pag. 7</u>

PREMESSA

Il presente documento individua le caratteristiche strutturali e organizzativo-procedurali per il funzionamento dei Centri di Orientamento Oncologico (COro) all'interno della Rete Oncologica Pugliese (ROP) ex DGR 221 del 23 Febbraio 2017.

RAZIONALE

I COro sono strutture operative collocate nei Dipartimenti Integrati Oncologici (DiOnc) della ROP, nel territorio di ciascuna Azienda ad essi afferente, nella sede identificata come idonea ad assicurare i propri compiti:

- informativi e di accoglienza
- di gestione medica della patologia oncologica sospetta e delle procedure per giungere alla diagnosi e/o completarla in maniera tempestiva;
- amministrativo – gestionali
- di segnalazione e supporto
- di comunicazione e divulgazione degli esiti.

I COro sono stati individuati in numero di 18.

COMPITI E FUNZIONI DEI COro

I COro rappresentano la porta di ingresso al percorso di cura oncologica sia per pazienti con sospetta diagnosi da accertare, sia per pazienti con diagnosi già accertata, ma che richiedano il completamento dell'iter stadiativo propedeutico all'avvio della terapia.

I COro devono orientare e supportare l'ingresso dei nuovi pazienti nella Rete Oncologica Regionale, indirizzarli ai Team Multidisciplinari (TMD), assicurarne la presa in carico iniziale ed il mantenimento in carico al termine di ogni ciclo terapeutico, tenere traccia dell'intero percorso diagnostico-terapeutico fungendo anche da punto di riferimento per il disbrigo delle pratiche amministrative connesse al percorso di cura. Fungono, pertanto, da elemento cardine per la gestione della continuità assistenziale della persona ammalata attraverso funzione di raccordo con gli altri COro e con i restanti elementi costitutivi della rete.

In particolare i COro sono deputati a:

- registrare le segnalazioni (da parte di cittadini o professionisti) giunte attraverso gli operatori del numero verde regionale della ROP;
- identificare il paziente che accede al COro: sede di provenienza, scheda anamnestica, motivazione della richiesta, registrazione nel database unico COro;
- accogliere il paziente e renderlo consapevole in merito ai servizi erogati, alle modalità di accesso agli stessi ed a quelle di prenotazione;
- comunicare al paziente le modalità operative della presa in carico da parte del COro, con particolare riferimento agli esami necessari per giungere alla definizione della diagnosi e alle procedure di avvio al percorso di cura;
- prenotare gli esami strumentali, ed eventuali visite specialistiche, necessari al completamento dell'iter diagnostico;
- redigere e consegnare al paziente le impegnative necessarie allo svolgimento del percorso diagnostico/terapeutico programmato;
- comunicare al paziente i TMD disponibili nel DiOnc di appartenenza (aziendali o extraaziendali) o extradipartimentali e, nel rispetto della libertà di scelta e in funzione della residenza dell'assistito, indirizzare il paziente al TMD di patologia di riferimento con contestuale attivazione dello stesso;

- segnalare il paziente ai TMD aziendali per la discussione collegiale e la decisione terapeutica conseguente e fornire supporto all'attività organizzativa degli stessi nella presa in carico del paziente;
- attivare lo Psico-Oncologo a supporto del paziente COro e, in caso di presenza di un quadro di fragilità sociale, anche l'assistente sociale;
- compilare ed aggiornare il Fascicolo Sanitario del paziente, ove possibile in formato elettronico;
- rilascio della esenzione ticket per patologia neoplastica (Codice 048) dopo aver ottenuto regolare autorizzazione dagli organi competenti ¹;
- gestire la documentazione cartacea e informatica necessaria per l'eventuale riconoscimento di invalidità da parte dell'INPS (Certificato Introduttivo Oncologico in fase di attivazione);
- segnalare il paziente al proprio medico di medicina generale in relazione agli aspetti inerenti la diagnosi e il percorso diagnostico/terapeutico avviato.

Sono inoltre affidate ai COro le seguenti attività:

- iniziative di promozione e informazione sull'attività dei COro all'interno della Azienda e nel DiOnc di riferimento;
- Adesione ai progetti della Rete Oncologica della Puglia;
- Formazione del personale dedicato al COro;
- Comunicazione costante con gli altri COro della Rete;
- Elaborazione di un report periodico sulle attività svolte con misurazione degli indicatori di processo, ad uso interno o in occasione di audit (Dipartimento, AReSS)
- report semestrale sulle attività svolte da inviare all'indirizzo mail *rop@aress.regione.puglia.it*

REQUISITI STRUTTURALI

Ambienti

I COro devono essere allocati in ambienti facilmente identificabili dall'utenza, attraverso la segnaletica, icone e colori specifici ed identificativi COro predisposti dall'identità visiva (mediapack Asset) di cui ogni COro è stato dotato.

I COro devono essere ubicati preferibilmente ma non esclusivamente in Ospedale o nei Presidi Territoriali di Assistenza ex DGR 1001/2018.

Per lo svolgimento delle proprie funzioni i COro sono dotati di spazi e ambienti dedicati, idonei all'accoglienza e al rispetto della privacy, agevolmente accessibili.

Tecnologie

I COro sono dotati di un database dedicato in cui vengono registrati gli accessi, la provenienza del paziente (MMG, specialista, altro), l'anamnesi e la motivazione per cui accede al servizio.

Il sistema informatico COro, comune a tutti i centri COro regionali, sarà connesso al Sistema Informativo Regionale Edotto.

Le postazioni informatiche in dotazione ai COro sono in rete fra loro nel rispetto di idonee misure di sicurezza per la gestione dei dati personali degli utenti e previa informativa ai pazienti (Reg. UE 2016/679).

Le aree applicativo - gestionali cui deve poter accedere una postazione informatica allocata in un COro sono:

¹ Oppure fornire al paziente l'esenzione ticket per patologia neoplastica in modalità provvisoria (Codice 048P) nella fase di svolgimento degli accertamenti strumentali propedeutici all'esecuzione dell'esame istologico.

- anagrafica sanitaria regionale (Edotto)
- sistema di prenotazione cup – ticket e agende dedicate relative al PDTA specifico
- applicativo per rilascio esenzione ticket (Edotto)
- sistema ris-pacs regionale per la gestione, archiviazione e trasmissione delle immagini radiologiche (SIRDImm)
- sistema Hospice

I flussi informativi a supporto di specifiche procedure che i COro devono alimentare sono:

- Commissioni invalidi – INPS (compilazione del modello per il riconoscimento della invalidità civile e/o riconoscimento dell'Handicap – legge 104/1992 – Accordo INPS – Regione Puglia)
- Uffici protesi delle ASL (richieste per accesso a dispositivi medici ed ausili protesici connessi alla patologia)
- Registro tumori regionale (segnalazione di caso accertato manca il flusso informatico)

I COro sono dotati di linea fissa telefonica e/o mobile e connessi al numero verde regionale.

Personale

Il personale assegnato ai COro è afferente sia al profilo sanitario, sia amministrativo e svolge le proprie attività in maniera dedicata.

Il personale è individuato con nomina del Direttore Generale (di ASL, AOU, AO, IRCCS, EE) su proposta del Direttore Sanitario e del Coordinatore operativo del DIOnc di afferenza.

Nei COro è assicurata la partecipazione a titolo gratuito di Associazioni di Tutela del diritto alla salute e di Volontariato di rilevanza nazionale e maggiormente impegnate sul territorio, non in conflitto d'interesse, in possesso di idonei requisiti e preferibilmente operanti in ambito oncologico (di seguito "volontari").

Ciascun COro è coordinato da un Medico Oncologo nominato dal Direttore Generale dell'Azienda in cui la struttura insiste, su proposta del Coordinatore Operativo del DIOnc, sentiti i responsabili di Oncologia Medica. Egli ha funzioni di coordinamento del personale sanitario ed amministrativo del servizio e di responsabilità di gestione coordinata e tempestiva dell'intero percorso di cura.

Il medico oncologo è inoltre il referente clinico del paziente che accede al servizio, al quale fa riferimento per la disamina dei passaggi diagnostici e terapeutici prioritari a raggiungere la diagnosi e la cura. In tal senso sarebbe auspicabile per garantire il buon funzionamento del COro la presenza fissa e costante dell'oncologo, nei limiti delle disponibilità, nella sede del COro.

La dotazione minima di personale per lo svolgimento delle attività dei COro consiste in:

- 1 medico oncologo;
- 1 psico-oncologo;
- 1 infermiere professionale care-manager;
- 1 Amministrativo con funzione di Data Entry;
- 1 assistente sociale;
- 1-2 rappresentanti di associazioni di volontariato.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Ciascun COro organizza la propria attività antimeridiana su cinque giornate a settimana dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 14.00, con aperture pomeridiane di due ore il martedì e il giovedì.

Assicura inoltre, per almeno due ore al giorno, un servizio telefonico di risposta.

Ogni COro redige un proprio "manuale delle procedure" entro 30 gg dall'adozione del presente regolamento in relazione a:

- modalità di accoglienza pazienti e informativa;
- modalità di prenotazione esami;
- modalità di invio ai GIP di patologia dell'ospedale di riferimento (HUB);
- modalità di archiviazione dei dati cartacei ed elettronici;
- modalità di monitoraggio degli indicatori di attività;
- il manuale deve essere disponibile nel servizio e facilmente consultabile dagli operatori che vi lavorano;
- Il suddetto regolamento deve essere trasmesso, vidimato dalla direzione sanitaria, all'ufficio di rete (rop@aress.regione.puglia.it).

I COro utilizzano strumenti e format specifici condivisi per la rilevazione e sistematizzazione delle informazioni (sanitarie, sociali, di soddisfazione dell'utenza) al fine di consentire valutazioni in ordine all'efficienza ed efficacia degli interventi assistenziali e favorire il confronto e l'individuazione di best practices nella rete, anche in termini di promozione dell'innovazione nei percorsi di cura e nell'utilizzo di tecnologie innovative.

Tutti i COro avranno disponibilità di appositi kit informativi (carta intestata per il MMG, biglietti da visita, ecc) riconoscibili e contenenti l'icona corrispondente COro (media pack).

Attivazione COro.

Il MMG e/o lo specialista (territoriale o ospedaliero) che formula la prima diagnosi/sospetto diagnostico di cancro segnala tempestivamente il paziente al COro territoriale oppure al numero verde regionale che lo mette in contatto con il COro (1 o più) dell'area dipartimentale sede di residenza del paziente, indicando il COro più vicino al domicilio dell'assistito (COro di riferimento). Sulla base delle informazioni che riceve dal COro il paziente può decidere liberamente il Centro di riferimento a cui rivolgersi nell'ambito della sua macroarea/dipartimento di afferenza. La scelta del paziente di rivolgersi ad una struttura all'interno del proprio Dipartimento è garanzia di rispetto, per gli aspetti di competenza del COro, della tempistica di esecuzione del PDTA. Qualora il paziente opti per un centro di riferimento extra dipartimentale, il COro non potrà garantire il rispetto della tempistica, ma potrà riprendere in carico il paziente successivamente per il completamento dell'iter diagnostico terapeutico, secondo quanto previsto dal PDTA di riferimento e dallo stesso regolamento.

Al COro si può riferire direttamente lo stesso paziente cui sia stata formulata una diagnosi o sospetta diagnosi di neoplasia (ad es. fuori Regione). Per il tramite dei summenzionati professionisti giungono al COro anche le segnalazioni provenienti dai programmi di screening oncologico. I COro assicurano il ritorno informativo al MMG e/o allo specialista proponente dell'avviamento del paziente a diagnosi e terapia, attivazione Team di riferimento e aderenza ai PDTA.

ATTIVITA' DEL PERSONALE COro

Personale amministrativo:

è preposto al primo contatto con i pazienti, data entry, valutazione delle necessità con eventuale attivazione del personale sanitario e fissazione "prima consulenza COro", nello specifico:

- Prenotazione degli esami;
- Informativa gestione trattamento dati personali;

- gestione della procedura di assegnazione di esenzione ticket per patologia (Cod 048) su richiesta dello specialista che ha formulato la diagnosi;
- contatto con i servizi distrettuali per la gestione e semplificazione delle pratiche necessarie alla prescrizione di ausili protesici/dispositivi medici monouso (sacche, placche, cateteri, cannule tracheali, etc.) su indicazione dell'oncologo;
- tenuta ed aggiornamento dei contatti (indirizzi mail, n. di telefono, etc.) con gli altri COro, con i Servizi Sanitari e Sociali del territorio;
- tenuta documentale del fascicolo sanitario del paziente;
- rendicontazione trimestrale del COro;
- partecipazione alle riunioni o eventi formativi locali e della Rete Oncologica della Puglia.

Personale infermieristico:

- accoglienza dei pazienti e valutazione di specifiche necessità (problemi assistenziali, psicologici, sociali, nutrizionali, di comorbidità, dolore, etc.);
- pre-accettazione dei pazienti in "prima consulenza COro" con compilazione della anagrafica ed infermieristica;
- colloquio con il paziente e compilazione della "Scheda fragilità" con eventuale attivazione del Servizio di Psico-Oncologia su richiesta del paziente e coinvolgimento dell'Assistente sociale in caso di fragilità sociale;
- consegna delle impegnative redatte dal medico finalizzate all'esecuzione degli esami strumentali ed il modulo di consenso informato per l'esecuzione degli stessi;
- consegna del questionario anonimo per la valutazione della qualità di accesso al COro;
- conservazione referti in archivio cartaceo e inserimento in database COro relativo al paziente oltre che predisposizione documentazione per visite successive;
- monitoraggio della presa in carico (attivazione TMD di patologia, aderenza ai PDTA);
- collaborazione alla rendicontazione trimestrale del COro;
- partecipazione alle riunioni o eventi formativi locali e della Rete Oncologica della Puglia.

Medico oncologo:

- Effettuazione della "prima consulenza COro", colloquio con il paziente e valutazione delle necessità anche sulla scorta degli input infermieristici, attivazione del percorso diagnostico terapeutico;
- valutazione della documentazione sanitaria prodotta dallo specialista e/o Medico di Medicina Generale (o Pediatra di libera Scelta), arruolamento del paziente nel percorso diagnostico terapeutico;
- redazione delle impegnative per l'esecuzione di esami e procedure previste dal PDTA, stesura della relazione informativa per il Medico di Medicina generale;
- accesso ed implementazione del database COro relativo al paziente;
- agevolazione del raccordo tra il paziente e i relativi Servizi distrettuali per l'accesso ad ausili protesici o dispositivi medici correlati alla patologia neoplastica;
- dissipazione di eventuali dubbi manifestati dal paziente sul modulo di consenso informato all'esecuzione di indagini e procedure specifiche;
- partecipazione alle riunioni o eventi formativi Rete Oncologica Pugliese;
- coordinamento e formazione del personale infermieristico e amministrativo del COro;
- rendicontazione con cadenze prestabilite sulle attività dei TMD infra-aziendali al DiOnc di riferimento;
- rendicontazione con cadenze prestabilite sulle performance e sulle attività del COro.

Psico-oncologo:

- counselling con tutti i pazienti che presentano indicazione specifica anche sulla base delle indicazioni dell'Infermiere e del medico;
- pianificazione sedute periodiche in funzione della complessità del paziente e della fase di malattia.

Assistente sociale:

- colloquio con tutti i pazienti che presentano indicazione specifica sulla scorta della "Scheda fragilità" compilata dall'Infermiere;
- in funzione della fragilità sociale, attivazione dell'Assistente sociale del Comune di residenza del paziente;
- raccordo e contatto periodico con gli Assistenti sociali dei Comuni di afferenza al COro per un monitoraggio della presa in carico dell'assistito.

Volontario:

- Collaborazione in termini di accoglienza e ascolto degli utenti;
- Facilitazione dei contatti fra i COro della ROP, anche con finalità di confronto e segnalazione di buone pratiche;
- Rilevazione di bisogni specifici e particolarmente impattanti sulla qualità di vita dei pazienti;
- Somministrazione di questionari o "check list" specifiche per la valutazione di aspetti di "umanizzazione delle cure" nella rete;
- Supporto ai pazienti nella compilazione di questionari anonimi sulla qualità delle cure e sulle modalità di accesso alle strutture del territorio.

CONFLITTO DI INTERESSE E RISERVATEZZA

Il personale del COro, compresi i volontari, si impegnano formalmente a non divulgare informazioni e notizie apprese nel corso della attività nel COro e, a tal fine, saranno i DPO delle singole strutture sanitarie, all'interno delle quali sorgono i singoli COro, a predisporre e fornire l'informativa sul trattamento dei dati personali.

Sarà onere delle direzioni generali trasmettere alla rete la modulistica adottata in merito alle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi ed al trattamento dei dati personali.

INDICATORI DI ATTIVITA'

Indicatore 1: numero pazienti presi in carico dal COro/ numero pazienti con diagnosi di cancro;

Indicatore 2: numero di esenzioni 048 attivate/numero di diagnosi certe;

Indicatore 3: numero di questionari sulla qualità di percorso/n. pazienti presi in carico;

Indicatore 4: tempo d'attesa tra "primo contatto COro" e "prima consulenza COro";

Indicatore 5: numero di questionari sulla qualità di percorso con valutazione sintetica pari a "buono"/numero di questionari sulla qualità di percorso (scala: insufficiente, sufficiente, discreto, buono, ottimo).

MONITORAGGIO DELLE PERFORMANCES

Il COro con cadenza semestrale produce la reportistica di monitoraggio degli indicatori di attività e una relazione di accompagnamento sulle attività svolte; invia tale documentazione al coordinatore Dionc (AUO, ASL, AO, IRCCS, EE), che a sua volta trasmette al Coordinatore Operativo della Rete Oncologica Pugliese, il quale a sua volta relazionerà all'UCoR.