

SCREENING  
DIGITALIZZAZIONE E INNOVAZIONE  
22 - 23 FEBBRAIO BARI

# DIGITALIZZAZIONE E INNOVAZIONE

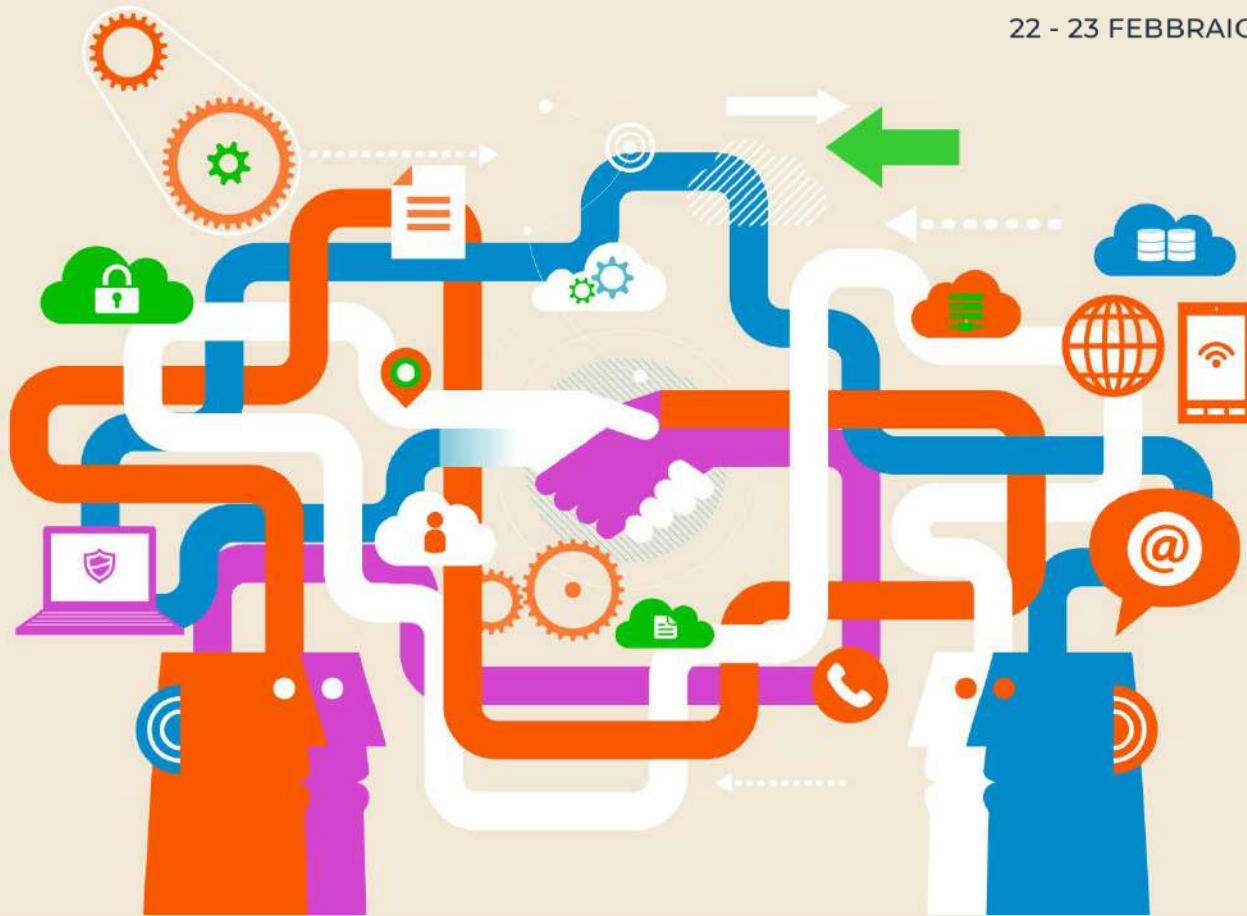
NEI PROGRAMMI DI PREVENZIONE PER LA  
DIAGNOSI PRECOCE DEI TUMORI

La presa in carico e l'integrazione  
con le reti oncologiche

*Mariangela Ciccarese*

*Dirigente Reti Cliniche ed Health Pathway AreSS Puglia*

*Coordinamento tecnico rete oncologica pugliese*



REGIONE  
PUGLIA



prevenzione  
Puglia



OSSERVATORIO  
NAZIONALE  
SCREENING

Federazione delle Associazioni degli Screening Oncologici - FASO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 7 agosto 2020, n. 1332

**Approvazione del Documento Tecnico "Organizzazione dei programmi di screening oncologici nella Regione Puglia".**

Inoltre, nel Piano Operativo si è posto in evidenza come, dall'analisi dei dati, le performance sono molto eterogenee confermando una carenza di adeguata ed efficace strategia sistemica regionale.

In considerazione della necessità di dare un impulso decisivo al miglioramento e la messa a regime di tutti i programmi di screening oncologici nella Regione Puglia, si rende opportuna una rivisitazione dell'attuale modello di governo così come delineato con le deliberazioni di Giunta Regionale n.1768 del 24/09/2013, n.2255 del 28/10/2014, n. 302 del 22/03/2016 e n.1051 del 04/07/2017 con lo scopo di rafforzare la *governance* complessiva e di renderla coerente con l'assetto realizzato per la gestione dei pazienti e dei percorsi assistenziali oncologici.

Al fine di migliorare la *governance* complessiva dei programmi di screening oncologici, saranno promosse forme di collaborazione stabile con organismi nazionali (es. ISPRO Toscana) volti ad assicurare attività di supporto, monitoraggio e valutazione funzionali sia alla *governance* regionale sia alle attività di competenza dell'Osservatorio Nazionale Screening.

Il livello di governo scientifico e della programmazione delle attività degli screening oncologici sarà garantito da un comitato regionale tecnico-scientifico degli screening oncologici (CRS) composto da professionisti e organismi che, a diverso titolo, sono coinvolti nelle fasi di analisi e programmazione nell'ambito della prevenzione oncologica nonché nella progettazione e gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali in ambito oncologico.

## 6.1. Comitato regionale screening oncologici (CRS)

Il Comitato regionale Screening oncologici è organismo incardinato nell'ambito del Servizio promozione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro cui sono attribuiti i seguenti compiti:

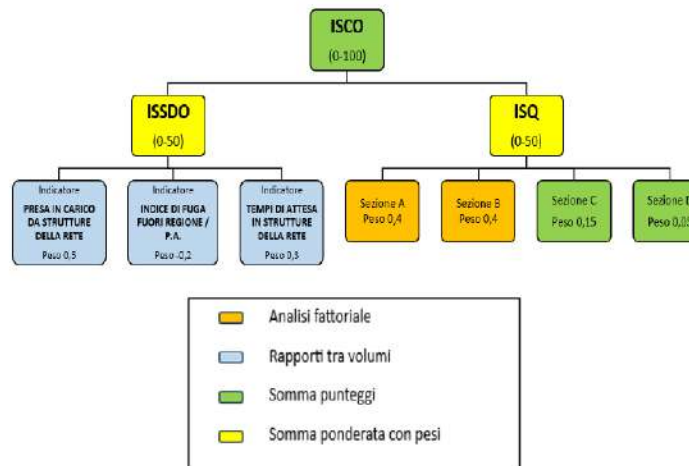
- a) elaborazione e approvazione dei programmi regionali di screening oncologici;
- b) analisi andamento e risultati dei programmi di screening oncologici;
- c) supporto alla elaborazione del piano regionale della prevenzione per gli aspetti connessi gli screening oncologici;
- d) raccordo tra la programmazione in materia di screening oncologici con la programmazione sanitaria regionale, la programmazione e le attività della Rete Oncologica Pugliese, la programmazione e le attività del Registro Tumori Puglia, con le attività degli altri enti e organismi coinvolti nei percorsi di prevenzione, presa in carico ed assistenza oncologica;
- e) altre attività, diverse da quelle sopra elencate, finalizzate all'analisi e miglioramento dei risultati degli screening oncologici e della integrazione e potenziamento dei percorsi assistenziali dei pazienti oncologici.



## Quinta Indagine Nazionale sullo stato di attuazione delle Reti Oncologiche Regionali

*Rapporto 2023*

13/12/2023



Peso specifico per area tematica:

Area Tematica	Peso
A - Struttura di base	0,4
B - Meccanismi operativi	0,4
C - Processi sociali	0,15
D - Risultati	0,05

I pesi assegnati alle Sotto Sezioni delle Aree Tematiche A e B sono riportati di seguito:

Area tematica A - Struttura di base	Pesi Sotto Sezioni	Area Tematica B - Meccanismi operativi	Pesi Sotto Sezioni
A.1 Modello Organizzativo / Sistema di Governo	0,247	B.1 Percorso dal Paziente	0,131
A.2 Sistema Informativo	0,139	B.2 PDTA	0,12
A.3 Risorse Economiche	0,216	B.3 Radioterapia	0,283
A.4 Personale	0,193	B.4 Breast Unit	0,117
A.5 Tecnologie	0,205	B.5 Ricerca Clinica	0,046
		B.6 Farmacologia e Farmacia Ospedaliera	0,262
		B.7 Formazione	0,041

# Stato della Rete Oncologica Pugliese



SCREENING  
DIGITALIZZAZIONE E INNOVAZIONE

*Modello Organizzativo e gestionale adottato dalla Rete Oncologica Regionale delle Singole Regioni e P.A.*

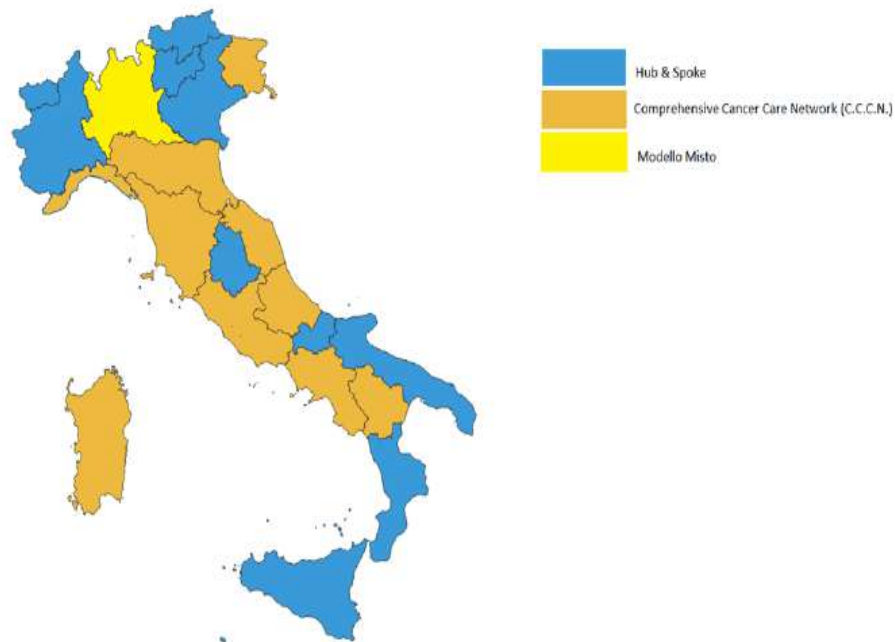


Figura 3. Modello di riferimento organizzativo e gestionale delle R.O.R. – Anno 2022

*Agencia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

## Indice Sintetico Complessivo (ISCO) anno 2022

L'iconografica riporta il valore dell'indice ISCO, espresso su scala da 0 a 100, ed il posizionamento della freccia indica il livello di *performance* complessivo raggiunto dalla ROR.



## Raccomandazioni

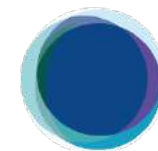
- In relazione a quanto dichiarato dalla Regione nel questionario di valutazione, si apprezza il lavoro fatto sulla Rete, si raccomanda di porre particolare attenzione alla attribuzione di risorse economiche adeguate allo sviluppo e implementazione della rete.
- Si sottolinea l'importanza di focalizzare l'operato della Rete in una reale interscambiabilità del paziente all'interno dei nodi per ottimizzare il percorso, ridurre i tempi di attesa ancora elevate per tutte le patologie eccetto colon-retto (chirurgia, diagnostica, terapia) e assicurare la prossimità delle cure mediche specie per i pazienti oncologici in fase avanzata/cronica di malattia.
- Si raccomanda di porre in essere le azioni necessarie per il controllo e il monitoraggio interno ai processi di rete, l'implementazione e l'aderenza ai PDTA di patologia.
- Si raccomanda di finalizzare i processi per la transizione digitale.
- Per quanto riguarda l'ottimizzazione dei servizi e la sostenibilità delle chirurgie ad alto impatto e ad alta specialistica (toracica, addominale come chirurgia del pancreas e dello stomaco, e ginecologica in particolare l'ovaio) si demanda alla Regione la decisione, sulla base di quanto rilevato:

376



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

- Per i tumori della prostata, ginecologici e colon-retto, si raccomanda di evitare dispersioni della casistica, accentrare gli interventi nei centri identificati dalla rete
  - Per il tumore dello stomaco e del pancreas si raccomanda di identificare i centri per concentrare la casistica in centri con expertise e il GOM data l'importanza della presa in carico per l'esito.
- In relazione alle prestazioni ambulatoriali per chemioterapia e radioterapia, si nota una estrema difformità di copertura del territorio con particolare criticità per la ASL di Foggia.
  - La Regione potrà utilizzare gli indicatori per orientarsi nelle scelte di *governance*.

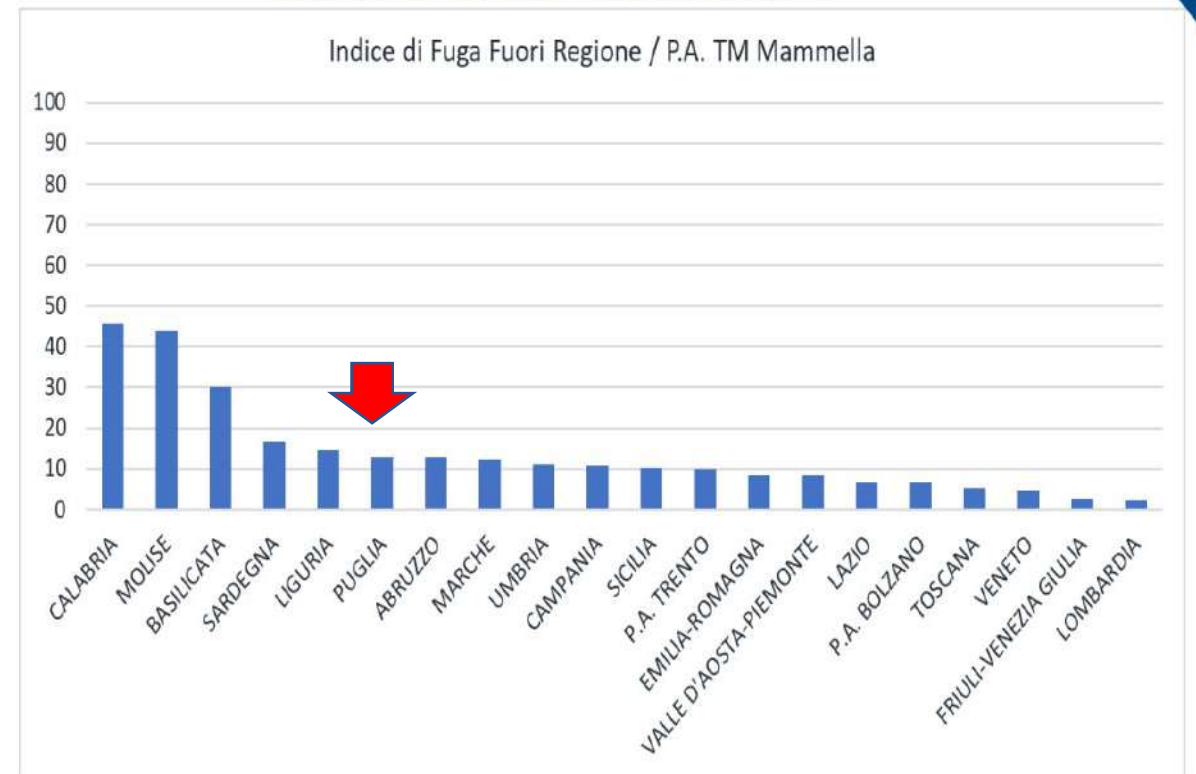


SCREENING  
DIGITALIZZAZIONE E INNOVAZIONE

# Indice di fuga: tumore della mammella

Anno di attività	2018	2019	2020	2021	Standard
Adesione grezza all'invito	54,2	53,7	47,9	53,6	≥ 50%
Percentuale di donne richiamate per approfondimenti	6,3	6,3	6,4	6,1	Primo esame: < 7% Esami succ.: < 5%
Rapporto biopsie benigne/maligne	0,13	0,12	0,13	0,15	Primo esame: ≤ 1:1 Esami succ.: ≤ 0.5:1
Tasso di identificazione dei tumori (‰)	4,4	4,4	4,9	5,1	
Tasso di identificazione dei carcinomi invasivi ≤ 10 mm (%)	1,4	1,3	1,4	1,4	
Percentuale di trattamento chirurgico conservativo nei tumori invasivi ≤ 2 cm (%)	83,4	83,9	82,1	80,3	> 85%

## Indice di Fuga Fuori Regione / P.A. Tumore della mammella



Rapporto ONS 2021

V Rapporto Agenas sulle Reti Oncologiche

RESEARCH

Open Access



# Integrating mammography screening programmes into specialist breast centres in Italy: insights from a national survey of Senonetwork breast centres

Silvia Deandrea<sup>1†</sup>, Francesca Ferré<sup>2†</sup>, Rosanna D'Antona<sup>3†</sup>, Catia Angiolini<sup>4</sup>, Marina Bortul<sup>5</sup>, Lauro Bucchi<sup>6\*</sup>, Francesca Caumo<sup>7</sup>, Lucio Fortunato<sup>8</sup>, Livia Giordano<sup>9</sup>, Monica Giordano<sup>10</sup>, Paola Mantellini<sup>11</sup>, Irene Martelli<sup>2</sup>, Giuseppe Melucci<sup>12</sup>, Carlo Naldoni<sup>3</sup>, Eugenio Paci<sup>13</sup>, Loredana Pau<sup>3</sup>, Gianni Saguatti<sup>14</sup>, Elisabetta Sestini<sup>3</sup>, Corrado Tinteri<sup>15</sup>, Milena Vainieri<sup>2†</sup> and Luigi Cataliotti<sup>16†</sup>

## Abstract

**Background:** Despite recommendations, mammography screening is often insufficiently integrated into specialist breast centres. A national, cross-sectional, voluntary, online survey on this issue was carried out among the Italian breast centres associated with Senonetwork, the Italian network of breast cancer services.

**Methods:** A 73-item questionnaire was created, pre-tested and piloted. Centres integrating and not integrating a screening programme were compared using the unified theory of acceptance and use of technology (UTAUT) model. Centres' clustering was performed using the Gower's distance metric. Groups and clusters were compared with the equality-of-means test.

**Results:** The response rate was 82/128 (65%). Overall, 84% (69/82) breast centres reported a collaboration with a screening programme in performing and/or reading mammograms and in the diagnostic work-up of women with abnormal screening results. The same proportion was observed among those centres responding to all questions (62/74). Performance expectancies (or the perceived usefulness of integration in terms of clinical quality, patient convenience, ease of job, and professional growth), satisfaction and motivation were higher in those centres collaborating with the screening programme. Effort expectancy indicators (or the degree to which the respondents believe that the integration is easy to implement) and those concerning the existence of facilitating conditions were lower both in centres collaborating and not collaborating with the screening programme. Among the former, six clusters of centres, distributed from 'no integration' to 'high', were identified. In cluster analysis, the highest level of integration was associated with higher agreement that integration eases the job, offers better opportunities for professional growth, and

<sup>†</sup>Silvia Deandrea, Francesca Ferré, Rosanna D'Antona, Milena Vainieri, and Luigi Cataliotti contributed equally to this work.

\*Correspondence: lauro.bucchi@irst.emr.it

<sup>6</sup> Romagna Cancer Registry, Romagna Cancer Institute - IRCCS, Istituto

## INTEGRAZIONE....

**Table 1** Variables used in the cluster analysis by type of integration of screening programmes into breast centres

Type of integration	Variable
Structural integration	The breast centre and the screening programme use the same software for patient management (screening invitation, basic test, assessment examinations) (D52)
	The breast centre and the screening programme share a database with patient information (D55)
	There is a reference person who ensures the link between the breast centre and the screening programme for women with suspected cancer (D57)
	Number of activities shared by the breast centre and the screening programme using the same software for patient management (D53_CONT)
	Number of items of information shared between the breast centre and the screening programme via shared database (D56_CONT)
	Number of health workers/professionals who ensure the link between the breast centre and the screening programme (D58_CONT)
Process integration	Number of health professionals from the screening programme who also work in the clinical area of the breast centre (D59_CONT)
	The screening activity is included into the diagnostic-therapeutic clinical protocol adopted by the breast centre (D65)
Functional integration	The breast centre and the screening programme share the same budget (D51)
	The person responsible for the breast centre and the one responsible for the screening programme share objectives about responsiveness and promptness of treatment (D67)
	Frequency of coordination meetings between the breast centre and the screening programme (D70)
	Availability of training opportunities targeting health professionals both from the breast centre and the screening programme (D73)

RESEARCH

Open Access



# Integrating mammography screening programmes into specialist breast centres in Italy: insights from a national survey of Senonetwork breast centres

Silvia Deandrea<sup>1†</sup>, Francesca Ferrè<sup>2†</sup>, Rosanna D'Antona<sup>3†</sup>, Catia Angiolini<sup>4</sup>, Marina Bortul<sup>5</sup>, Lauro Bucchi<sup>6\*</sup>, Francesca Caumo<sup>7</sup>, Lucio Fortunato<sup>8</sup>, Livia Giordano<sup>9</sup>, Monica Giordano<sup>10</sup>, Paola Mantellini<sup>11</sup>, Irene Martelli<sup>2</sup>, Giuseppe Melucci<sup>12</sup>, Carlo Naldoni<sup>3</sup>, Eugenio Paci<sup>13</sup>, Loredana Pau<sup>3</sup>, Gianni Saguatti<sup>14</sup>, Elisabetta Sestini<sup>3</sup>, Corrado Tinteri<sup>15</sup>, Milena Vainieri<sup>2†</sup> and Luigi Cataliotti<sup>16†</sup>

## Abstract

**Background:** Despite recommendations, mammography screening is often insufficiently integrated into specialist breast centres. A national, cross-sectional, voluntary, online survey on this issue was carried out among the Italian breast centres associated with Senonetwork, the Italian network of breast cancer services.

**Methods:** A 73-item questionnaire was created, pre-tested and piloted. Centres integrating and not integrating a screening programme were compared using the unified theory of acceptance and use of technology (UTAUT) model. Centres' clustering was performed using the Gower's distance metric. Groups and clusters were compared with the equality-of-means test.

**Results:** The response rate was 82/128 (65%). Overall, 84% (69/82) breast centres reported a collaboration with a screening programme in performing and/or reading mammograms and in the diagnostic work-up of women with abnormal screening results. The same proportion was observed among those centres responding to all questions (62/74). Performance expectancies (or the perceived usefulness of integration in terms of clinical quality, patient convenience, ease of job, and professional growth), satisfaction and motivation were higher in those centres collaborating with the screening programme. Effort expectancy indicators (or the degree to which the respondents believe that the integration is easy to implement) and those concerning the existence of facilitating conditions were lower both in centres collaborating and not collaborating with the screening programme. Among the former, six clusters of centres, distributed from 'no integration' to 'high', were identified. In cluster analysis, the highest level of integration was associated with higher agreement that integration eases the job, offers better opportunities for professional growth, and

**Table 4** Type of integration in the six clusters and number of breast centres in each cluster

Cluster	Number of centres (%)	Type of integration
Fully integrated	12 (19)	High integration in all the three dimensions (structural, functional and process)
Highly integrated	13 (20)	High integration in structural and process integration, moderate functional integration
Moderately integrated	8 (12)	Moderate integration in all the three dimensions
Mildly integrated	6 (9)	Moderate structural integration, mild process and functional integration
Poorly integrated	19 (30)	Mild structural and process integration, moderate functional integration
Scarcely integrated	6 (9)	Scarce integration in all the three dimensions





## Epidemiologia

- Analisi epidemiologiche
- Strumenti e processi di raccolta dati

## Gestione della domanda

- PDTA
- Linee guida
- Programmi di Prevenzione

## Gestione dell'offerta

- Qualificazione delle strutture
- Copertura territoriale
- Gruppo Oncologico Multidisciplinare

## Modello di controllo

- Analisi di performance clinica/economica
- Strumenti e processi di raccolta dati



# Qu. .T.A.



Le Breast Unit della Regione Puglia

## **Rete Oncologica Pugliese**

### **DiOnc Capitanata**

- B.U. OO.RR. AOU Policlinico Foggia
- B.U. ASL BAT
- B.U. IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza"

### **DiOnc Barese**

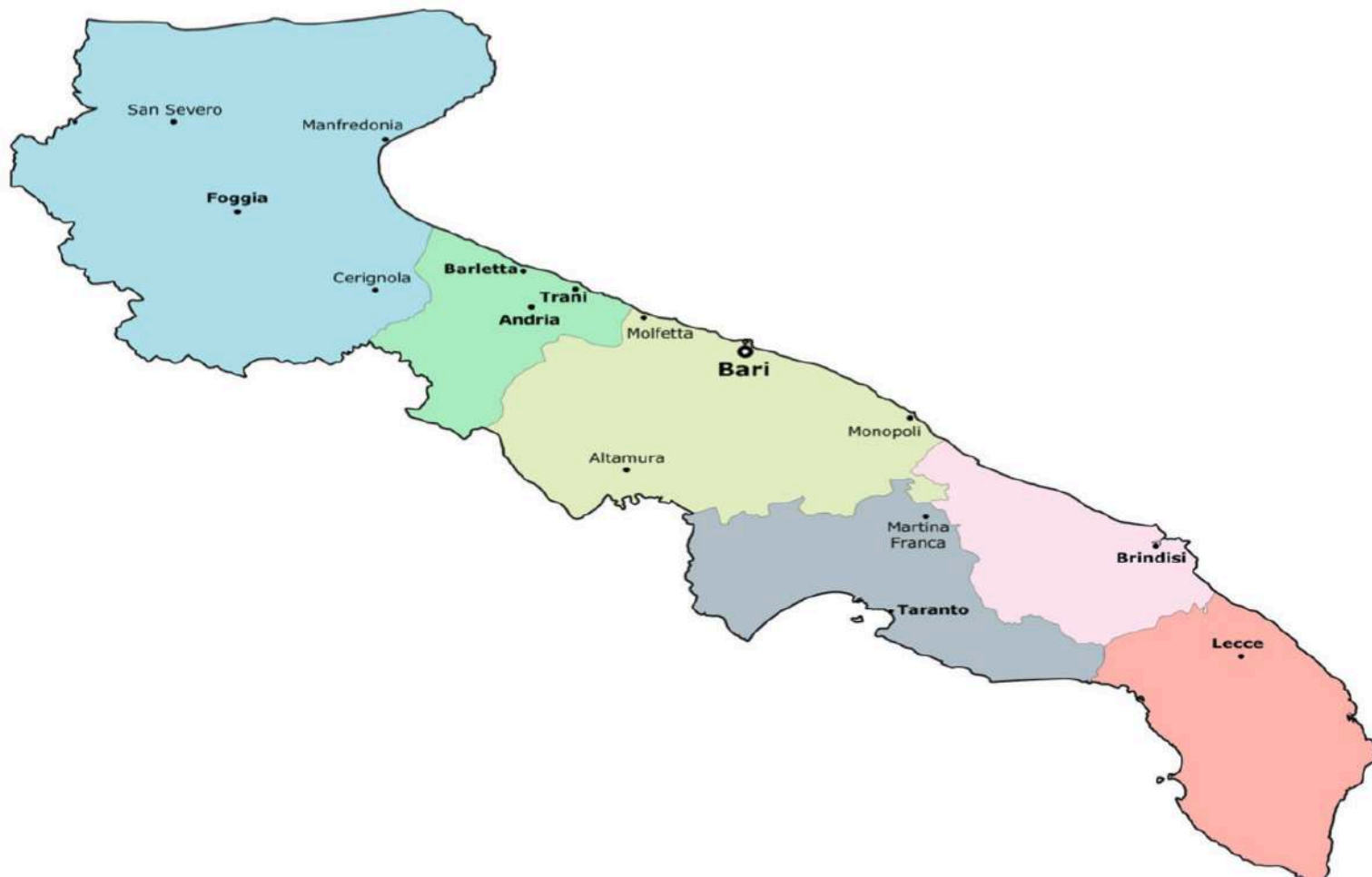
- B.U. IRCCS Oncologico "S. Giovanni Paolo II"
- B.U. AOU Policlinico di Bari
- B.U. ASL Bari
- B.U. E.E. "Miulli"
- B.U. Ospedale "Santa Maria" GVM
- B.U. "Mater Dei" CBH

### **DiOnc Jonico - Adriatico**

- B.U. ASL Taranto
- B.U. ASL Brindisi

### **DiOnc Salentino**

- B.U. ASL Lecce
- B.U. "Citta di Lecce" GVM



### Deliberazione del Commissario Straordinario

N. \_\_\_\_\_ 16/2024

OGGETTO: Coordinamento Rete Oncologica Pugliese (Co.R.O.P.). Proposta di aggiornamento del Breast Unit Network – Centri pugliesi di senologia.

L'anno 2024 il giorno 26 del mese di Gennaio in Bari, nella sede della Agenzia Regionale Strategica per la Salute ed il Sociale,

#### IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

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. n. 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 D.G.R. Puglia n. 1158 del 31/07/2015, recante "Adozione del modello organizzativo denominato Modello ambidestro per l'innovazione della macchina amministrativa regionale –

- proporre i seguenti interventi:
  - escludere la B.U. di complemento Mater Dei dalla Rete Oncologica Pugliese, per mancanza dei requisiti previsti dalla con DGR n. 854/2018 e ss.mm.ii., avendo registrato giudizio NON CONFORME nelle tre dimensioni auditate;
  - escludere la B.U. di complemento GVM Taranto Casa di Cura D'Amore dalla Rete Oncologica Pugliese, giusto Verbale pre-intese Case di Cura private del 14.04.2021 sottoscritto con il Dipartimento Salute Regione Puglia di approvazione alla trasformazione in casa di cura mono-specialistica ad esclusivo indirizzo ortopedico;
  - determinare la non rimborsabilità dei DRG relativi alle prestazioni sanitarie inerenti il carcinoma mammario per tutte le strutture regionali non afferenti alla R.O.P. e per le quali, nell'ambito della rilevazione PNE 2021 sopra riportata, siano stati censiti ricoveri per intervento TM mammella;
  - istituire l'obbligo per le Direzioni strategiche delle AASSLL regionali a sospendere con effetto immediato tutte le prestazioni assistenziali, nonché l'attività chirurgica, afferenti il carcinoma mammario, effettuate nelle strutture non annoverate tra le BB.UU. ufficiali della Rete Oncologica Pugliese;
  - istituire l'obbligo per le Direzioni strategiche delle AASSLL regionali all'acquisto in regime di accreditamento delle prestazioni riferibili al carcinoma mammario, solo dalle BB.UU. accreditate alla Rete Oncologica Pugliese;
- proporre l'aggiornamento del Breast Unit Network – Centri pugliesi di senologia come di seguito indicato:

Esito complessivo attività di audit 2021/2022			
Struttura	Assetto organizzativo B.U.	Implementazione PDTA Cr. Mammario	Conformità LLGG AIOM 2021
B.U. Oncologico Bari*	CONFORME	CONFORME	CONFORME
B.U. ASL Bari*	CONFORME	CONFORME	CONFORME
B.U. ASL Taranto*	CONFORME	CONFORME	CONFORME
B.U. ASL Brindisi*	CONFORME	CONFORME	CONFORME
B.U. ASL Lecce*	CONFORME	CONFORME	CONFORME
B.U. ASL BT*	CONFORME	CONFORME	CONFORME
B.U. Policlinico Bari*	CONFORME	CONFORME	CONFORME
B.U. OO.RR. Foggia*	CONFORME	CONFORME	CONFORME
B.U. EE Miulli**	CONFORME	CONFORME	CONFORME
B.U. GVM Bari**	CONFORME	CONFORME	CONFORME
B.U. GVM Lecce**	CONFORME	CONFORME	CONFORME
B.U. Mater Dei**	NON CONFORME	NON CONFORME	NON CONFORME
B.U. Casa Sollievo**	CONFORME	CONFORME	CONFORME
B.U. GVM Taranto**	In fase di riconversione definitiva in casa di cura monospecialistica ad esclusivo indirizzo ortopedico		

## Accentramento dei casi sulle BU Pugliesi andamento nel tempo

dispersione chirurgica per DiONC su strutture non BU accreditate	PNE 2021	PNE 2022
Capitanata	9	2
Barese	23	0
Ionico- adriatico	107**	81 **
Salentino	204*	142*

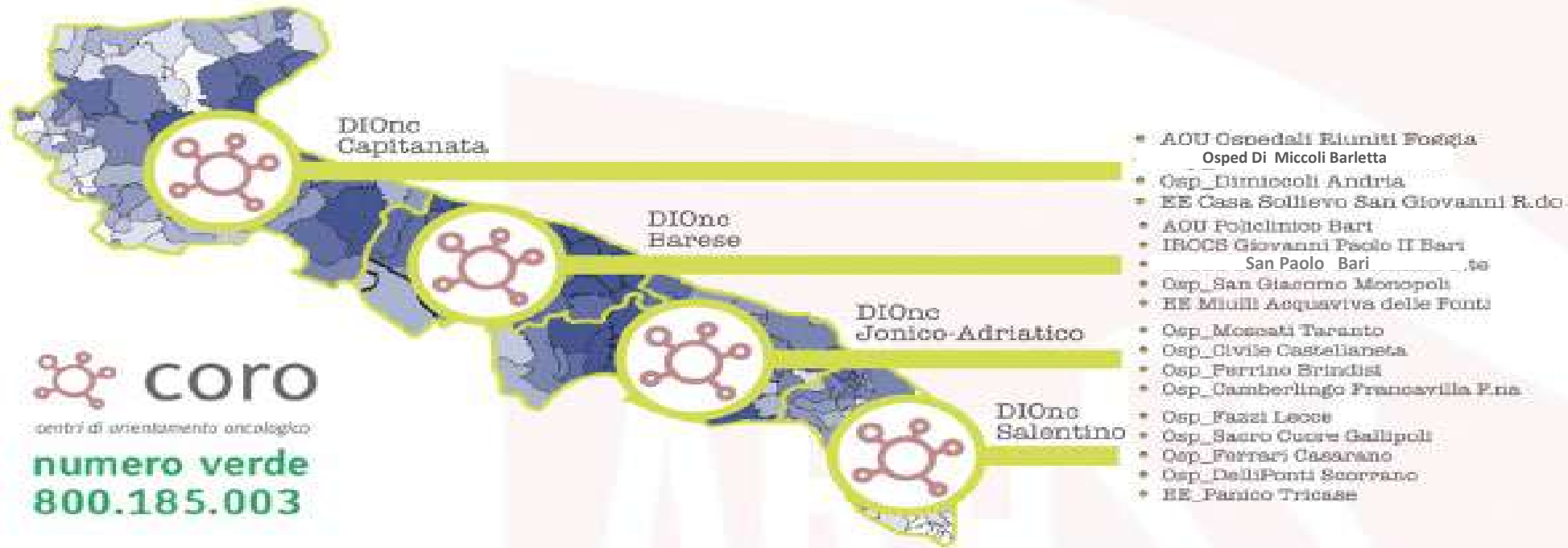
223 casi fuori rete nel  
2022  
Vs 311 nel 2021

\*\* 81 casi D'Amore Taranto nel 2021, 0 casi D'amore nel 2022 80 casi Salus Brindisi  
•92 casi EE panico Tricase nel 2021 e 82 casi Petrucciani Lecce,  
Nel 2022 72 casi Panico nel 51 casi Petrucciani

Fonte Dati PNE 2022



## IL CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO: DOVE TROVARE I PRIMI 18 CENTRI



centri di orientamento oncologico

**numero verde**  
**800.185.003**



SCREENING  
DIGITALIZZAZIONE E INNOVAZIONE

# Timeline audit COro Regione Puglia

Periodo di attuazione settembre-ottobre 2022

Riunione per restituzione delle risultanze 15.07.2023

Deadline per azioni correttive 15.09.2023

Sintesi esiti audit 14.12.2023: UCOOR

Relazione finale inviata al Dipartimento il 6.02.2024

Tutti i COro hanno messo in atto delle procedure interne per la risoluzione dei rilievi individuati in sede di audit; tali risoluzioni hanno consentito alle medesime articolazioni organizzative di dotarsi di strumenti organizzativi interni, adeguati in termini di capacità di autovalutazione e di risoluzione delle criticità, che si traducono nella capacità concreta di presa in carico dell'utenza. Non si può fare a meno di notare, tuttavia, che le realtà organizzative differiscono tra le diverse aree territoriali in termini di risorse e di volumetrica: nel dettaglio, vi sono COro con alto numero di pazienti presi in carico per mese (maggiore di 100) e COro con meno di 50 pazienti /mese.

Ulteriori differenze sono state riscontrate nella capacità di aderire all'infrastruttura regionale di telemedicina CoreHealth, fonte strategica di rilevazione dei dati di processo della Rete Oncologica, nonché nel coinvolgimento delle associazioni di pazienti, finalizzato alla misurazione dell'esperienza del paziente quale leva per il miglioramento nello svolgimento delle funzioni del COro, così come concepito e così come indicato dallo stesso regolamento.

Tale eterogeneità strutturale, nonché la congerie di criticità rilevate (a titolo esemplificativo ma non esaustivo il ritardo con cui le organizzazioni hanno tradotto in azioni correttive i rilievi e le criticità che sono state sollevate dal gruppo di audit) e la specificità del paziente oncologico, rappresentata dalla sua complessità clinica e psicologica, inducono a prevedere di istituire un monitoraggio periodico da parte del Coordinamento Regionale della Rete Oncologica Pugliese presso A.re.S.S. e del Servizio Qualità e Organismo Tecnicamente Accreditante (Qu.O.T.A.), anche al fine di rilevare ulteriori criticità idealmente legate all'auspicabile maggior afflusso alle strutture, a seguito di attività di pubblicistica regionale a favore dei punti di ingresso di rete.

In sintesi la tabella a seguire riassume l'assetto attuale dei COro che definisce il rationale della necessità di monitoraggio periodico, sebbene tutte le articolazioni possano ad oggi definirsi funzionanti.



Al Presidente della Regione Puglia  
All'Assessore alla Sanità Regione Puglia  
Al Direttore del Dipartimento Promozione della Salute  
Al Presidente UCOOR Rete Oncologica Pugliese  
LORO SEDI

Oggetto: attività di audit sperimentali dei C.Or.O. della Rete Oncologica Pugliese (ROP).  
RELAZIONE CONCLUSIVA.

Gentilissimi,

premesso che,

- con DGR n.221/2017 ad 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)", è stata istituita la Rete Oncologica Pugliese;
- con DGR n.1103/2020 ad oggetto "Preso d'atto delle deliberazioni del Direttore Generale dell'ArreSs relativa alla individuazione dei centri Hub & Spoke chirurgici della (ROP) e degli indicatori – Revisione identificazione Centri di Orientamento Oncologico (C.Or.O.) della Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) e relativo regolamento. Istituzione Comitato etico Unico oncologico e l'Aito Comitato per la ricerca Oncologica", sono state istituite le articolazioni organizzative della Rete Oncologica Pugliese;
- con DGR n.1104/2020 ad oggetto "Preso d'atto delle deliberazioni del Direttore Generale dell'ArreS.S. riferite ai PDTA regionali per Cr. Colon retto, Cr. Polmone, Cr. Prostata, Cr. Neoplasie mammarie e Cr. Endometrio", sono stati approvati i PDTA di disciplina; considerato che,
- il Piano Oncologico Nazionale 2023-2027 individua come obiettivo strategico la precoce presa in carico del paziente oncologico sin dai primi segni della malattia;
- le strutture individuate come Centri di Orientamento Oncologico (C.Or.O.), primi punti di accesso del paziente nella Rete Oncologica Pugliese, sono soggette a verifica e valutazione dei requisiti organizzativi e di funzionamento di cui alla DGR n.1103/2020;
- le attività di verifica e valutazione dei requisiti organizzativi e di funzionamento richiamati, in analogia con quanto previsto per le Breast Unit (BB.UU), sono garantite avvalendosi dei Valutatori del Servizio Qualità e Organismo Tecnicamente Accreditante dell'ArreS.S.;
- con nota prot. AReSS Puglia n.3203 del 29.07.2022, ad oggetto "Attività di audit sperimentali dei C.Or.O. della Rete Oncologica Pugliese (ROP). Programmazione anno 2022", questa Direzione strategica ha avviato, all'interno di un processo più ampio di

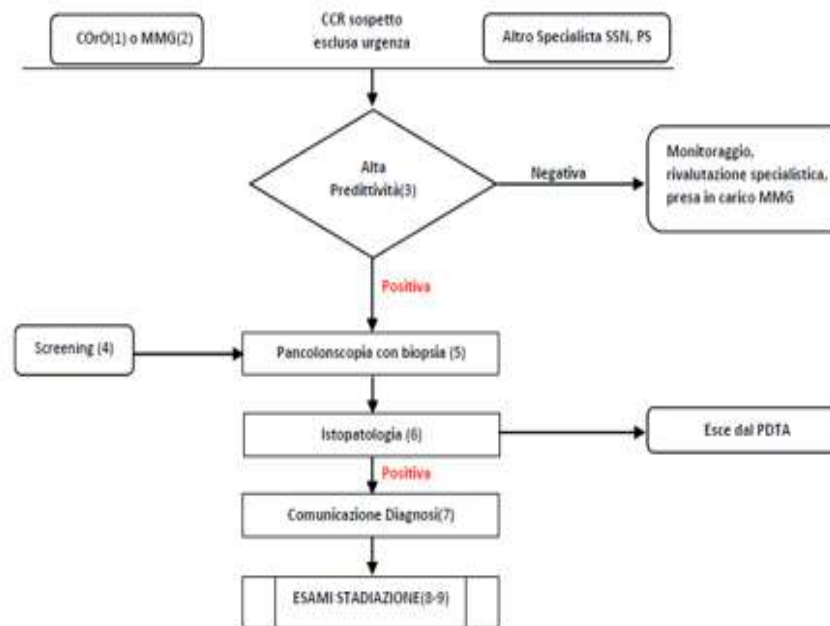
Direzione Generale  
Via Vittorio Veneto 33  
70131 Bari  
P.02-0812890726  
C.F. 05456100727  
Coordinamento Regionale  
Via S. Maria di Loreto  
00187 Roma  
Tel. +39 060 5101412  
E-MAIL: [coordinamento@reteoncologica.puglia.it](mailto:coordinamento@reteoncologica.puglia.it)  
P.E.C. [reteoncologica@reteoncologica.puglia.it](mailto:reteoncologica@reteoncologica.puglia.it)  
[www.arre.s.s.puglia.it](http://www.arre.s.s.puglia.it)

**Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)  
del Colon Retto**

**Regione Puglia**

**MAPPE**

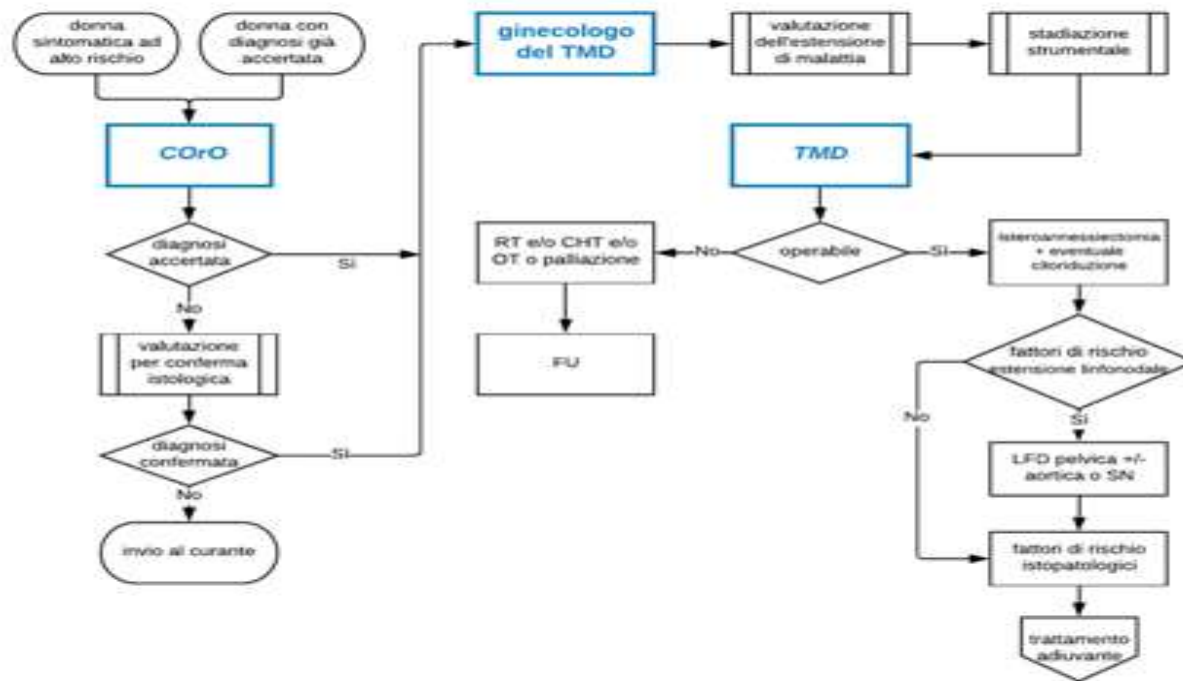
**1) Mappa della fase diagnostica del CA Colon e del Retto**



**Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)  
 per le pazienti affette da  
 Carcinoma dell'Endometrio**  
**Regione Puglia**

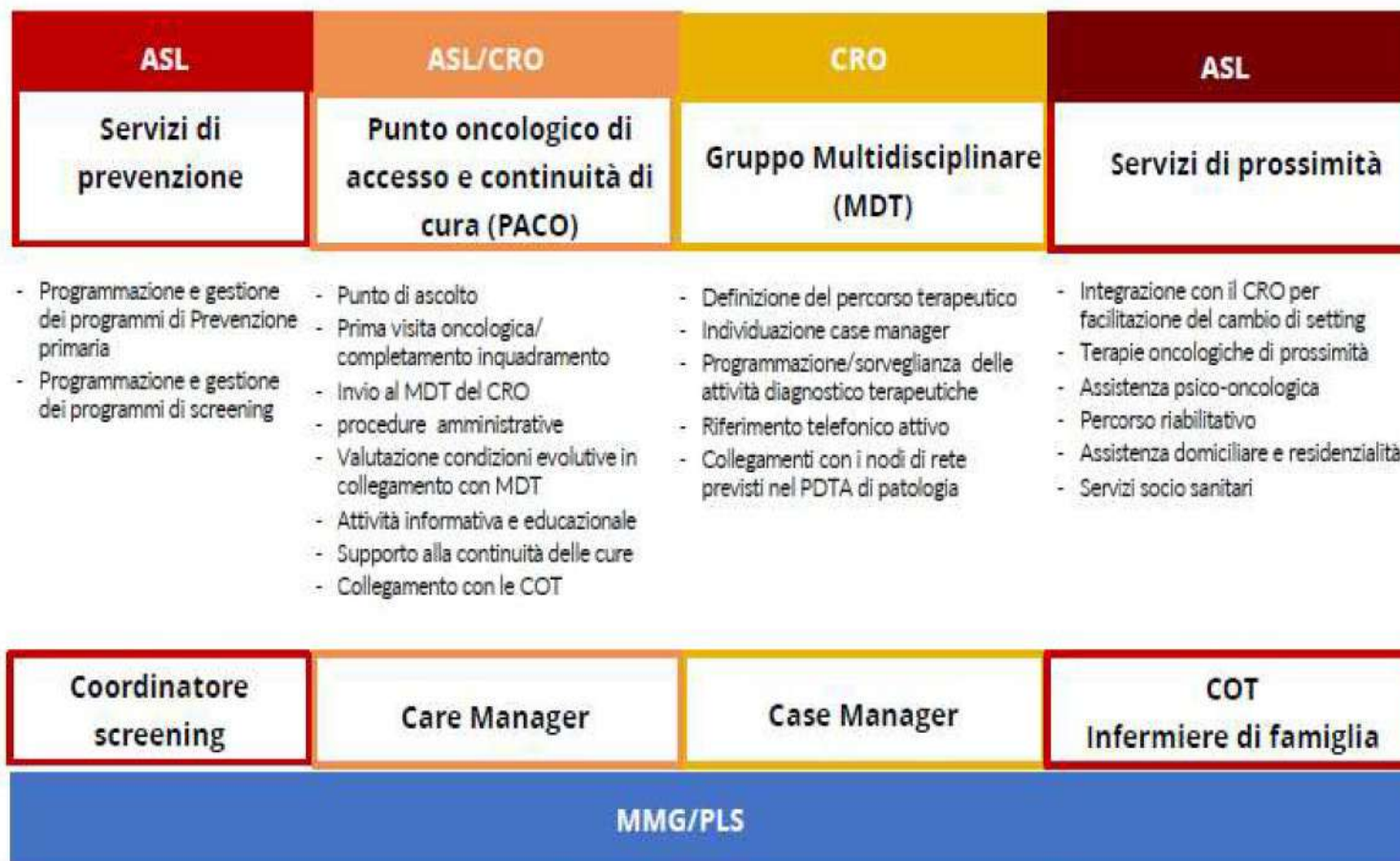
## MAPPE

### MAPPA 1 - ACCESSO, VALUTAZIONE E STADIAZIONE





**Figura 3. Attività e funzioni**

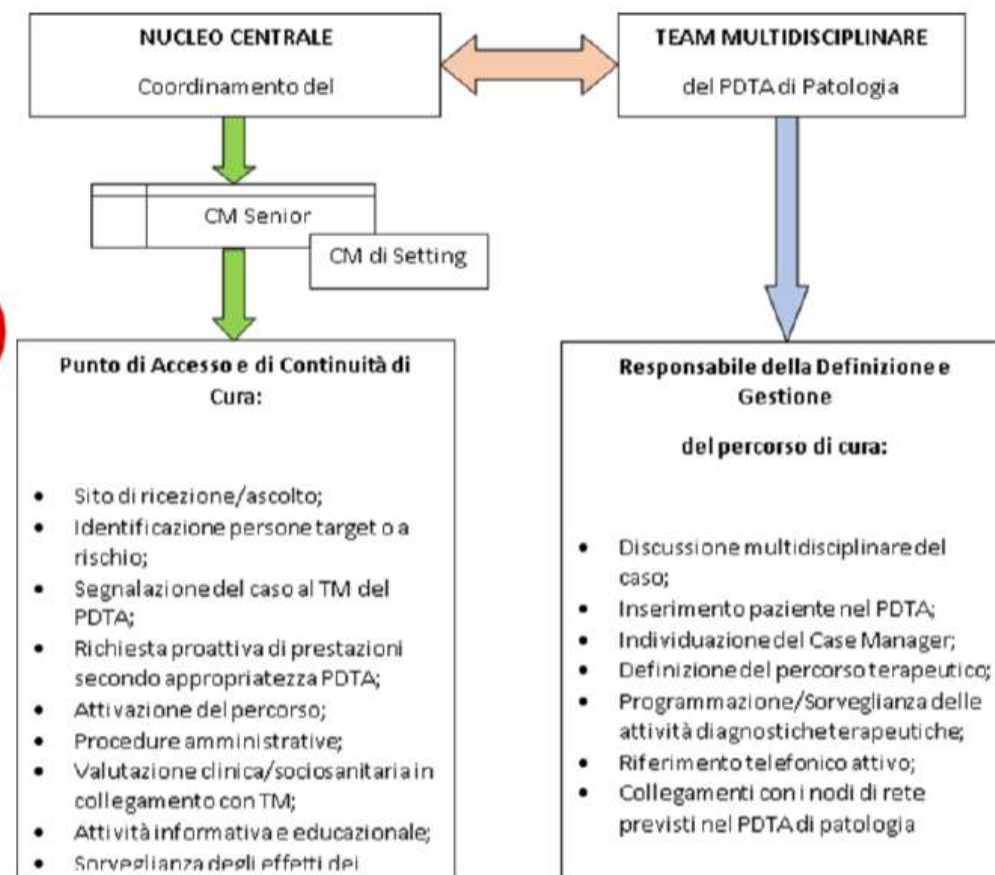


Prevenzione primaria - Identificazione persone target o a rischio - Richiesta proattiva di prestazioni per sospetta neoplasia secondo appropriatezza PDTA  
 - Attivazione del percorso oncologica - Sorveglianza degli effetti dei farmaci oncologici - Mantenimento continuità assistenziale e follow up a lungo termine

# AZIONI PER LA REALIZZAZIONE DEL MODELLO

## 1. INTERCETTARE PAZIENTI ONCOLOGICI

### Il modello del Case Management al Policlinico Tor Vergata



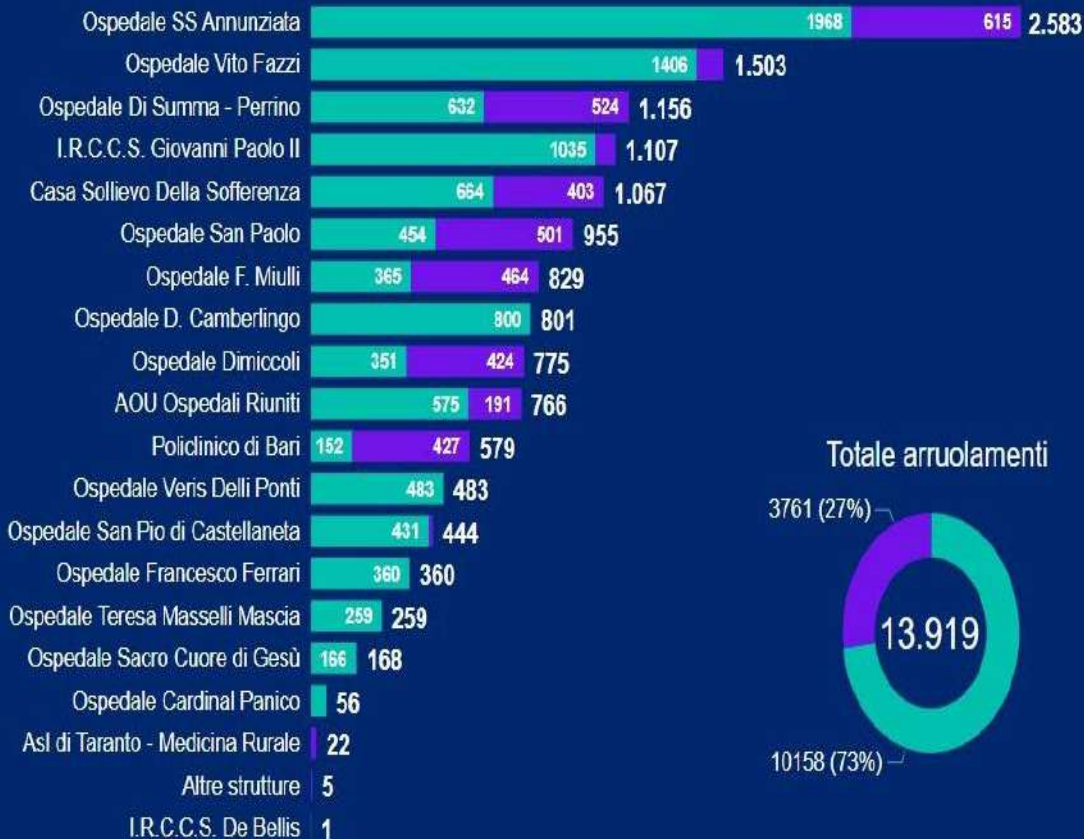
# Infrastruttura digitale di rete-COReHealth



PREVENZIONE E INNOVAZIONE

## Totale arruolamenti per struttura

Pazienti arruolati da ● COrO ● Reparto

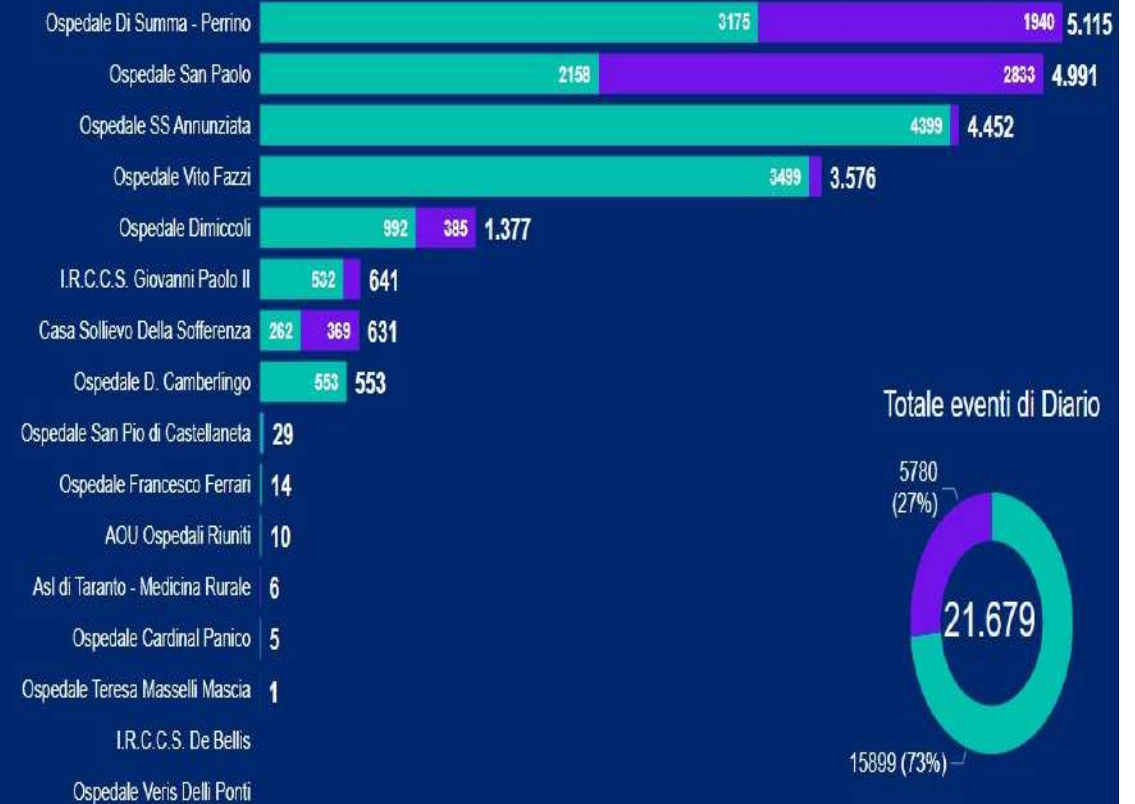


### Totale arruolamenti



## Totale eventi di diario per struttura

Origine ● COrO ● Reparto



### Totale eventi di Diario



# Let's play the patient music....



SCREENING  
DIGITALIZZAZIONE E INNOVAZIONE



## 1 Aggiornare e rimodulare il messaggio e le modalità di recapito dell'invito e dell'esito

Le donne devono avere la possibilità di gestire la loro prenotazione allo screening on line, coerentemente con il Progetto Italia digitale 2026, e ricevere per via telematica l'esito dell'esame, nel rispetto della legge sulla privacy, in materia di protezione dei dati personali.

## 2 Formazione in senologia obbligatoria per i Tecnici di Radiologia

È fondamentale che nei Centri Screening siano operativi Tecnici di Radiologia Senologica specializzati, con una formazione ad hoc anche per quanto riguarda la relazione e la comunicazione empatica.

## 3 Migliore comunicazione nella convocazione agli esami di II° livello

In caso di mammografia positiva oppure con esito dubbio, la donna riceve una telefonata con invito a presentarsi per un accertamento, senza la possibilità di ottenere ulteriori spiegazioni. Sono necessari quindi training specifici per gli operatori sanitari, da attuare anche con l'aiuto delle Associazioni pazienti, al fine di apprendere nuove modalità comunicative.

## 4 Collegamento tra Centro Screening e Breast Unit

È il momento di assicurare una consecutività tra Centro screening e Breast Unit, al fine di non abbandonare a sé stessa la donna nei momenti critici, ma di inserirla nel percorso strutturato di cura e assistenza che contraddistingue il centro di senologia multidisciplinare.



## 5 Screening dai 45 ai 74 anni in tutte le Regioni

La prevenzione dei tumori nella donna è una delle priorità del PNR 2020-2025. Ma deve essere raggiunta la copertura del 100% in ogni Regione per quanto riguarda l'invio delle lettere di adesione al Programma di Screening Mammografico, al fine di poter rendere uniforme in tutta Italia la possibilità alla fascia d'età 45-49 e 69-74.

## 6 Verifica sistematica della familiarità al primo accesso

A tutte le donne che accedono per la prima volta a un programma di screening, deve essere proposto un questionario di verifica della familiarità. In questo modo, è possibile effettuare una selezione delle donne che necessitano di controlli più approfonditi presso un Centro di genetica, dove viene esclusa oppure confermata la presenza di rischio genetico. In quest'ultimo caso, va attivata la presa in carico della donna con accesso gratuito agli esami raccomandati e ai possibili trattamenti.



Squadra unica con passaggi di setting armonici

Nodi di rete a cui fare riferimento periodicamente sotto valutazione

Strumento audit clinico organizzativo come garanzia di qualità ed equità oltre che leva di miglioramento continuo dei processi

Figura strategica del case manager sul territorio (CdC)

Advocacy come driver di miglioramento del sistema

