



Quali modelli di governance adottare a livello regionale per garantire una gestione sostenibile dell'innovazione in oncologia

Rossana De Palma

Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare

Regione Emilia-Romagna

Bologna 22 novembre 2016

Le dimensioni del problema: il «peso» dell'Oncologia

La prevalenza

Tasso di
crescita 3%
anno

Stima della prevalenza per le principali sedi di tumore - Anno 2015

	TUTTI I TUMORI	MAMMELLA	COLON- RETTO	PROSTATA	VESCICA	LINFOMA N- HODGKIN	CORPO UTERO	POLMONE
ITALIA	3.036.741	692.955	427.562	398.708	253.853	130.563	109.981	87.641
RER	269.199	63.539	37.925	40.671	21.132	11.780	9.121	7.422

Fonte AIRTUM 2016

Primi 5 tumori più frequenti in RER- Stima 2016		% sul totale
1°	Mammella	14%
2°	Colon-retto-ano	13%
3°	Prostata	11%
4°	Polmone	11%
5°	Vescica*	8%

* neoplasie invasive e non invasive

Fonte Registro Tumori RER 2016

I costi

farmaci oncologici

ITALIA +15% annuo

RER +9% annuo



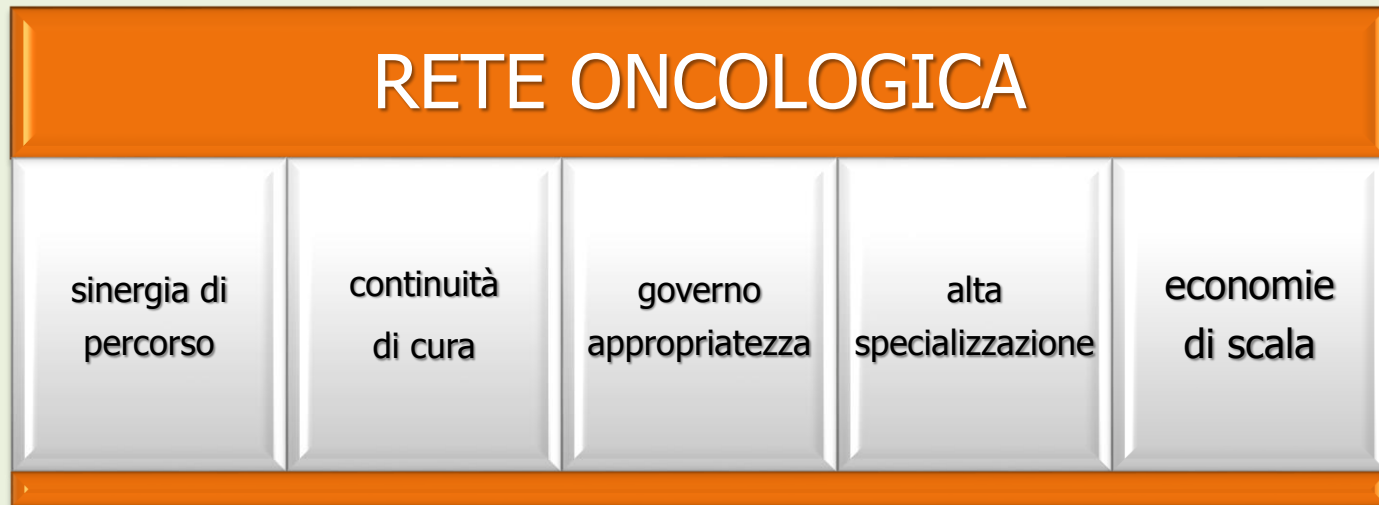
altri servizi

RER +5% per
paziente/anno



Alcuni strumenti di governo dell'innovazione

1. Integrazione disciplinare e di percorso: la rete oncologica



La rete come sistema orientato al “**valore**” delle cure fornite



High value health care

Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete ospedaliera *(DGR 2040/2015)*

Oncologia:

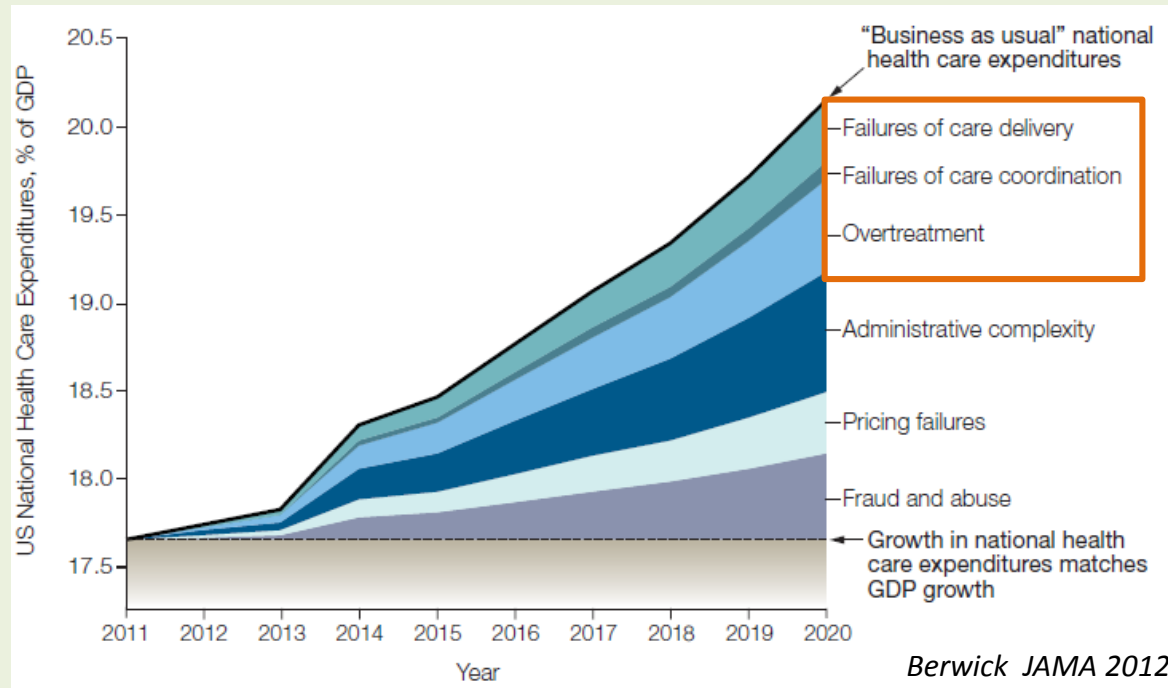
L'ambito non si limita alla sola oncologia ma al complessivo sistema di cura onco-ematologico, compresi gli aspetti diagnostici specifici e quelli terapeutici, anche chirurgici. Va sottolineato che, nelle more della definizione della rete oncologica e dei centri per il trattamento della casistica chirurgica oncologica, **ogni centro che tratti casistica chirurgica oncologica è vincolato a garantire che l'indicazione chirurgica venga posta a seguito di una valutazione multidisciplinare, sul modello del breast multidisciplinary team**. Un ulteriore elemento di prioritaria valutazione dovrà essere rappresentato dalle anatomie patologiche, per gli aspetti relativi all'assetto di rete e a quello delle competenze, avendo cura di valorizzare le sinergie tra fasi comuni del processo di produzione, in un'ottica di concentrazione delle sedi, delle tecnologie e delle funzioni avanzate, nonché delle competenze ad elevata specificità. Sarà necessario assicurare altresì la disponibilità di professionisti presso gli stabilimenti ospedalieri dove si eseguano interventi che abbiano necessità di diagnostica estemporanea.

2. I percorsi diagnostici-terapeutici assistenziali

Il triplice obiettivo:

1. migliorare l'esperienza individuale di cura (orientamento alla persona)
2. migliorare la salute della popolazione (outcome)
3. ridurre i costi pro capite delle cure

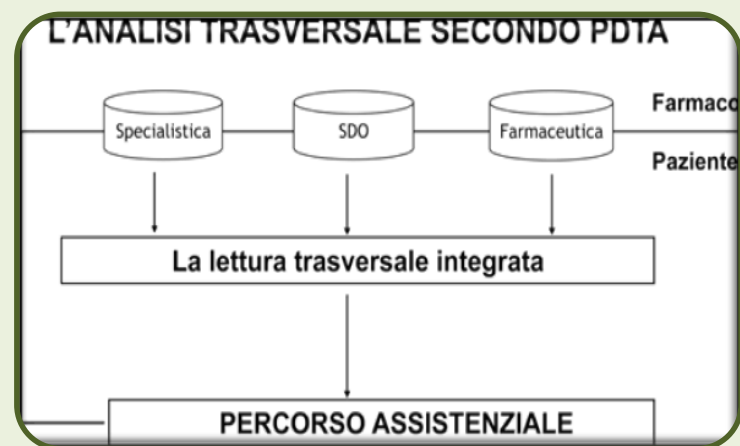
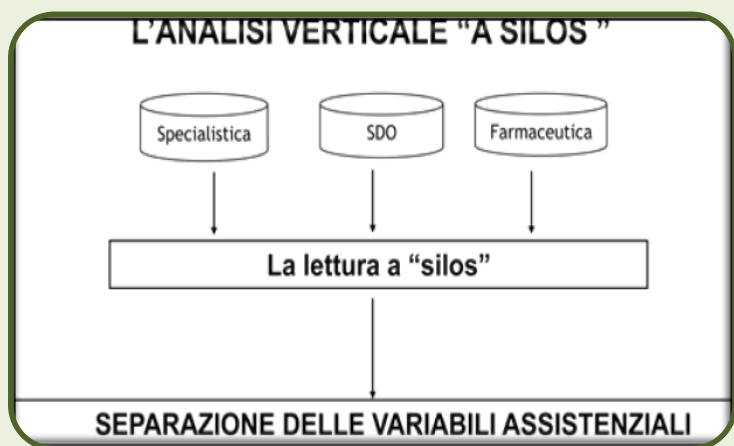
.....anche riducendo
gli «sprechi»



Berwick JAMA 2012

2. I percorsi diagnostici-terapeutici assistenziali

Dal modello "a silos" all'analisi trasversale del PDTA



Martini GRHTA 2015



3. La valutazione del valore dell'innovazione

- Una definizione corretta ed oggettiva di innovazione
- L'impiego dell'**HTA** come metodologia per valutare il farmaco in tutte le fasi del ciclo di vita
- L'utilizzo di criteri univoci e condivisi di «beneficio clinicamente rilevante» e di sicurezza
- L'adozione di piani di disinvestimento e di riallocazione della spesa

Premium pricing for incremental innovation is not sustainable

Robinson Health Affairs 2015

Considerata pertanto la necessità di porre in essere azioni utili a favorire un uso appropriato e sostenibile dei farmaci oncologici e, in particolare, valutata l'opportunità di strutturare gli incontri ed i lavori del Grefo al fine di:



centri oncologici/oncoematologici
ore strategia terapeutica che
pologia di neoplasia, per ogni
er ogni paziente il trattamento
orto rischio/beneficio ed il
ità più favorevole;
ee a livello dei vari centri
ali anche al fine di evitare
te attraverso una metodologia
e (metodo GRADE) che consenta ai
e di raccomandazioni attraverso
rove di efficacia e di sicurezza
qualità metodologica;
ie di prescrizione e
che per farmaci
fici ad alto costo con
o in presenza di complessità
possono anche prevedere il
centri selezionati;
ite più opportune rispetto
pratica clinica dei biosimilari;
condivisi di uso atteso anche al
derenza per ogni raccomandazione

4. La de-ospedalizzazione

➤ Perseguire l'appropriatezza dei livelli di assistenza

Creare i presupposti per un corretto percorso di riconduzione delle attività ospedaliere a solo 2 macro-tipologie: *inpatient* e *outpatient* (DGR 2040/2015)



Riconversione del DH nelle patologie oncologiche

➤ Migliorare la gestione del fine vita

- ❖ Completare la disponibilità di servizi alternativi all'ospedale per ridurre gli alti tassi di ospedalizzazione, accesso al Pronto Soccorso, mortalità intraospedaliera e ricorso alla chemioterapia
- ❖ Ridurre *overtreatment* e inappropriatezza degli interventi diagnostico-terapeutici anche attraverso una adeguata formazione del personale sanitario
- ❖ Riallocare le risorse economiche rese disponibili