Nuovi modelli organizzativi?

RETI DI PATOLOGIA-DIFFERENZE REGIONALI DI APPROCCIO

LA RIORGANIZZAZIONE DEL SSN TRA CENTRALISMO E REGIONALISMO

Prof. Fabio Farinati

UOC di Gastroenterologia - Azienda Università Ospedale di Padova

Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche

Segretario Società Italiana di Gastroenterologia

SIGE

AIGO

SIED

FISMAD

FEDERAZIONE ITALIANA DELLE MALATTIE DIGESTIVE

AISF

FISMAD

FEDERAZIONE ITALIANA DELLE MALATTIE DIGESTIVE

SIGE

Presidente
F. Farinati

S.I.E.D

Presidente
S. Benvenuti

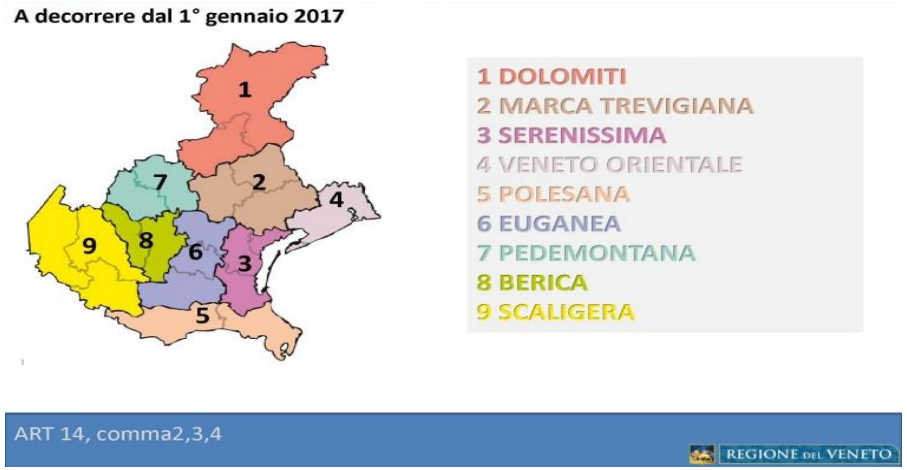
aigo

Presidente
F. Galeazzi

REGIONE DEL VENETO

REGIONE VENETO e FISMAD VENETO:

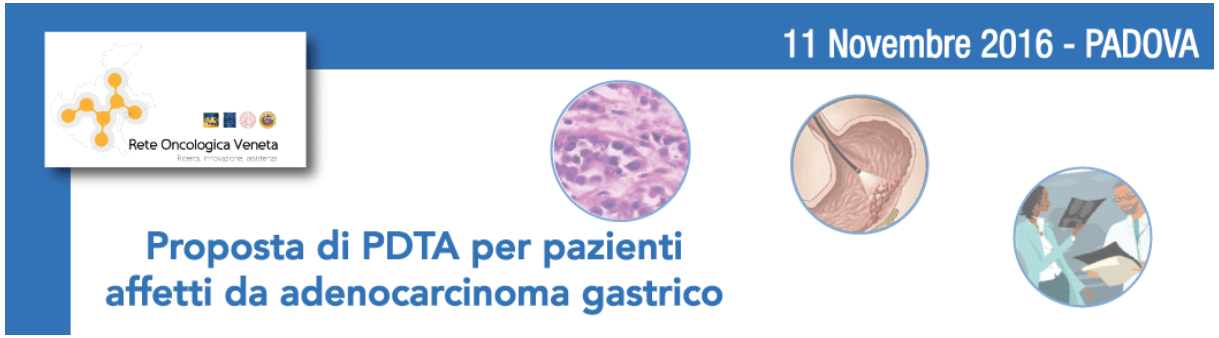
- delibera 1183 del 2010 con una commissione tecnica partecipata da FISMAD sui requisiti di ospedale e di unità operativa per la partecipazione alla rete per l'endoscopia urgente per l'emorragia digestiva; **Rete dell'Urgenza/emergenza**
- delibera 2845 del dicembre 2012 con le specifiche cliniche per la prescrizione appropriata rispetto alle fasce di priorità di visite gastroenterologiche, esofagogastroduodenoscopie e colonscopie; **(RAO)**
- legge 22 sui requisiti di accreditamento strutturale dei servizi di endoscopia digestiva in una prima commissione nel 2009 ed in una seconda nel 2015;



REGIONE VENETO e FISMAD:

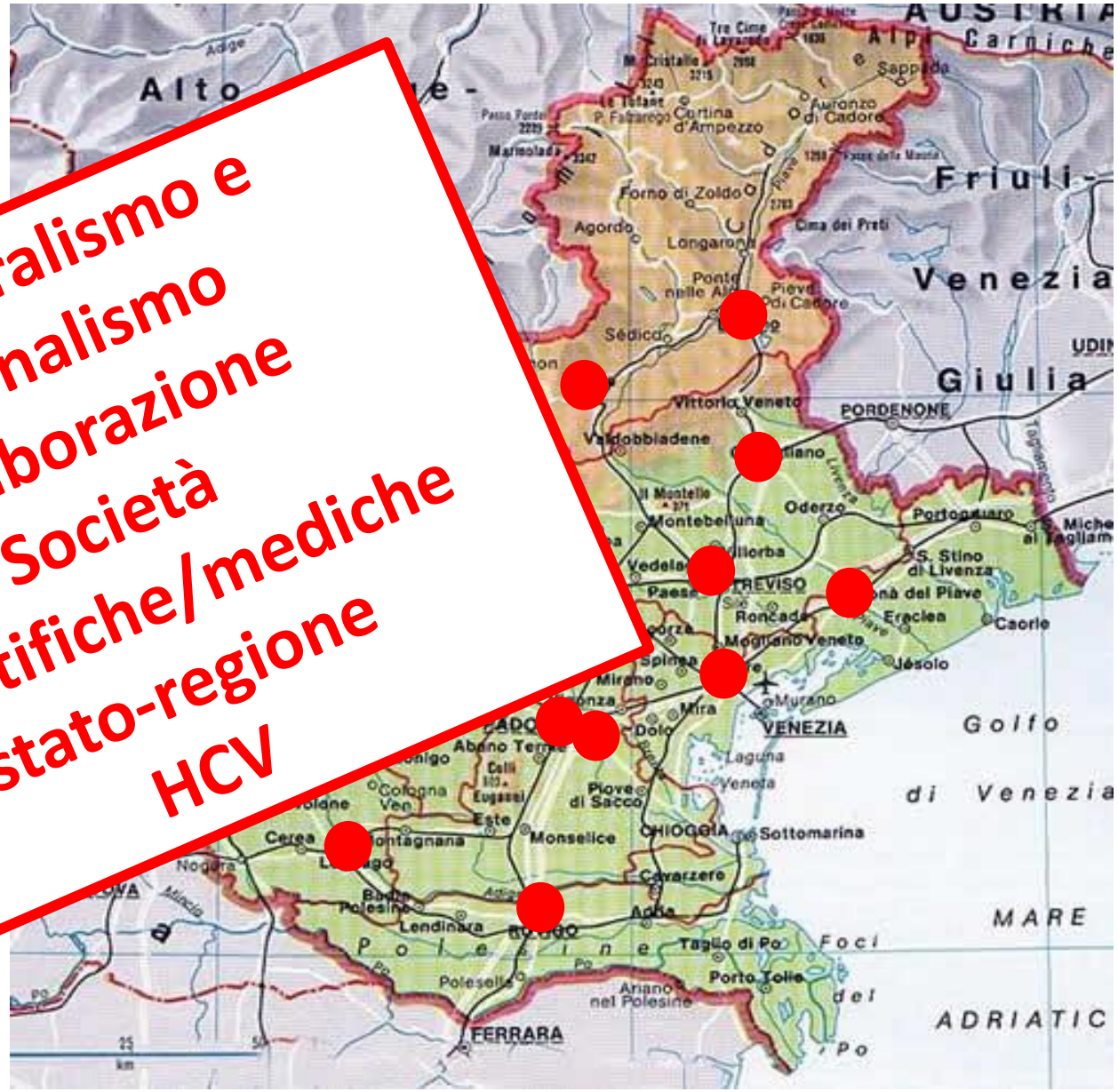
- Commissioni Celiachia e Farmaci Biologici per la malattie infiammatorie croniche intestinali;
- PDTA regionali ROV per quanto attiene, sinora, i tumori dello stomaco e del fegato;
- Screening del cancro del colon, nell'ambito del quale FISMAD è sempre stata in prima linea;
- collaborazioni Regione-Fismad per l'elaborazione dei pacchetti Day-Service per la Gastroenterologia.
- Collaborazione con la Regione per l'assegnazione dei posti regionali aggiuntivi per le Scuole di Specializzazione in Gastroenterologia (ora Malattie dell'Apparato Digerente) per un tentativo di sopperire alla carenza di specialisti che caratterizza l'attuale fase.

«Tavolo di lavoro permanente»



Consulta dei Dirett
UOC/UC
Gastroentero
Veneto

Tra centralismo e regionalismo
Collaborazione Società Scientifiche/mediche stato-regione
HCV

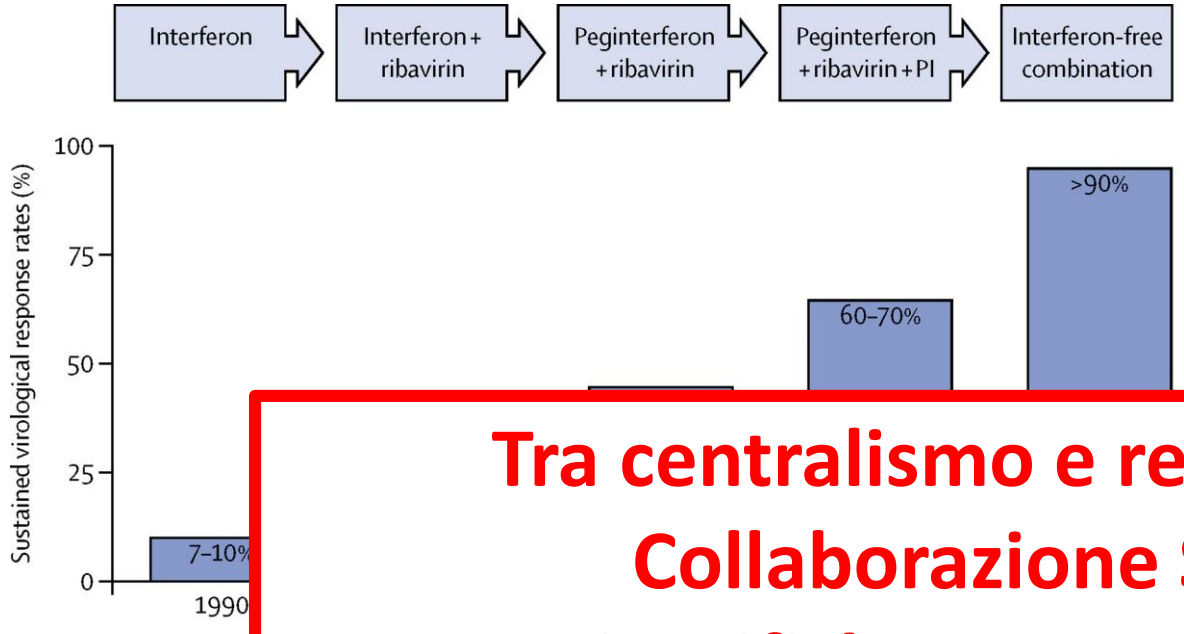


Global epidemiology and burden of HCV infection and HCV-related disease

Veneto
Abitanti 5.000.000
Prevalenza 1.5-2%
75-100.000

Region	Prevalence % (95% Uncertainty Interval)	Estimated numbers of persons with anti-HCV antibodies in 2005 (all estimates are conservative)
High-income Asia Pacific	1.4 (1.2–1.5)	2.4 million
Central Asia	3.8 (3.0–4.5)	2.9 million
East Asia	3.7 (3.1–4.5)	50.0 million
South Asia	3.4 (2.6–4.4)	50.0 million
Southeast Asia	2.0 (1.7–2.3)	11.0 million
Australasia	2.7 (2.2–3.2)	0.6 million
Caribbean	2.1 (1.6–2.6)	0.7 million
Central Europe	2.4 (2.0–2.8)	2.9 million
Eastern Europe	2.9 (2.3–3.5)	6.2 million
Western Europe	2.4 (2.2–2.7)	10 million
Andean Latin America	2.0 (1.4–2.7)	1.0 million
Central Latin America	1.6 (1.3–1.9)	3.4 million
Southern Latin America	1.6 (1.1–22)	0.9 million
Tropical Latin America	1.2 (1.0–1.4)	2.3 million
North Africa/Middle East	3.6 (3.2–4.1)	15 million
High-income North America	1.3 (1.1–1.6)	4.4 million
Oceania	2.6 (2.1–3.1)	0.1 million
Central sub-Saharan Africa	2.3 (1.6–3.1)	1.9 million
East sub-Saharan Africa	2.0 (1.6–2.4)	6.1 million
South sub-Saharan Africa	2.1 (1.7–2.5)	1.4 million
West sub-Saharan Africa	2.8 (2.4–3.3)	8.4 million
World	2.8 (2.6–3.1)	184.0 million

Thrift AP et al 2017 Nat Rev Gastr Hep



HCV & DAA

Tra centralismo e regionalismo
Collaborazione Società
Scientifiche – AIFA/Ministero

1. Contrattazione costi
2. Scelta criteri
3. Distribuzione budget alle Regioni
4. Scaglionamento in relazione ai costi/regione

	CLUSA
	EKIRAX+EXVIERA
	EPATIER
	AVIRET
Daclatasvir	
Simeprevir	
Ledipasvir/sofosbuvir	

NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI DI TRATTAMENTO IN VENETO: HCV

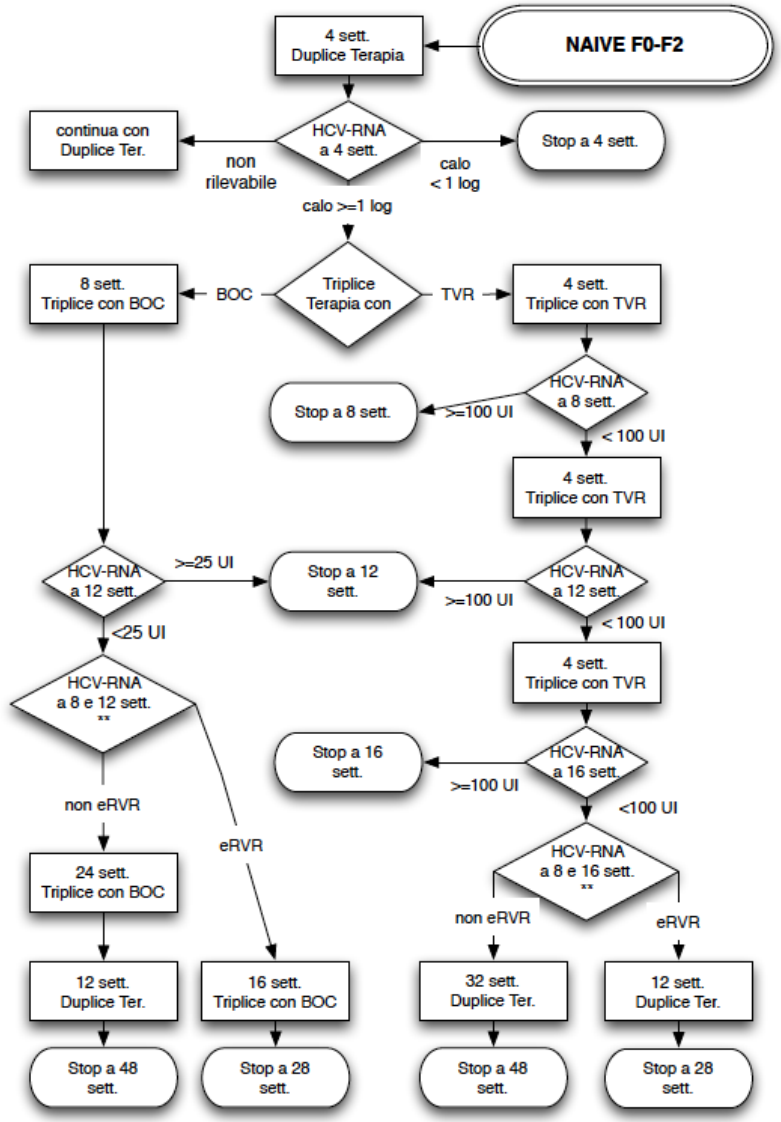
- Ottimo
- Navigatore

ALGORITMI DECISIONALI

DEL

PROGETTO "OTTIMO 2013"

"Ottimizzare la Triplice Terapia, attraverso un sistema Interattivo di Monitoraggio degli Outcome", nell'epatite virale da HCV-1



**eRVR= HCV-RNA non rilevabile in entrambe le settimane di trattamento specificate

si consigliano controlli biochimici e virologici mensili e se HCV-RNA rilevabile eseguire anche lo studio delle resistenze virali

Tra centralismo e regionalismo

Collaborazione Società Scientifiche – Regione

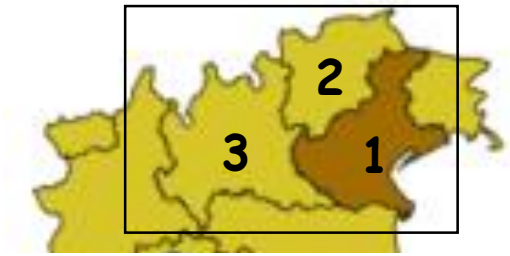
1. **Identificazione della rete**
2. **Scelta modelli organizzativi**
3. **Registrazione pazienti e valutazione dati di outcome**

REGIONE DEL VENETO

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITA' PADOVA

LA PIATTAFORMA NAVIGATORE

Nuovi **A**nti**VI**rali per epatite C : **G**estione **A**ttravers**O** Registro degli **E**siti



4.925.000
1.110.000
10.003.000
} **Residenti**

PIATTAFORMA on-line su sistema RedCAP

VENETO :

39 CENTRI

115 Utenti

FLUSSI PAZIENTI in tempo reale : Andamenti e Programmazione Regionale

OTTIMIZZAZIONE e OMOGENEITA' NELLA GESTIONE CLINICA secondo linee di Indirizzo Nazionali e Regionali

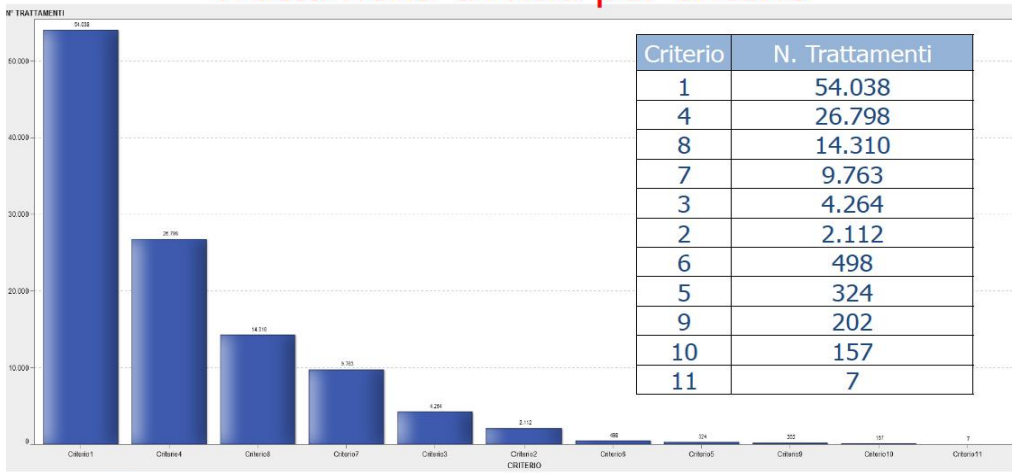
VERIFICHE DI APPROPRIATEZZA anche in rapporto a Benchmark Regionali

REGISTRAZIONE PROSPETTICA DEGLI OUTCOME Virologici Clinici

SICUREZZA/EFFETTI AVVERSI : collaborazione Centro Regionale Farmacovigilanza

Lombardia & Trentino AA

Trattamenti avviati per criterio

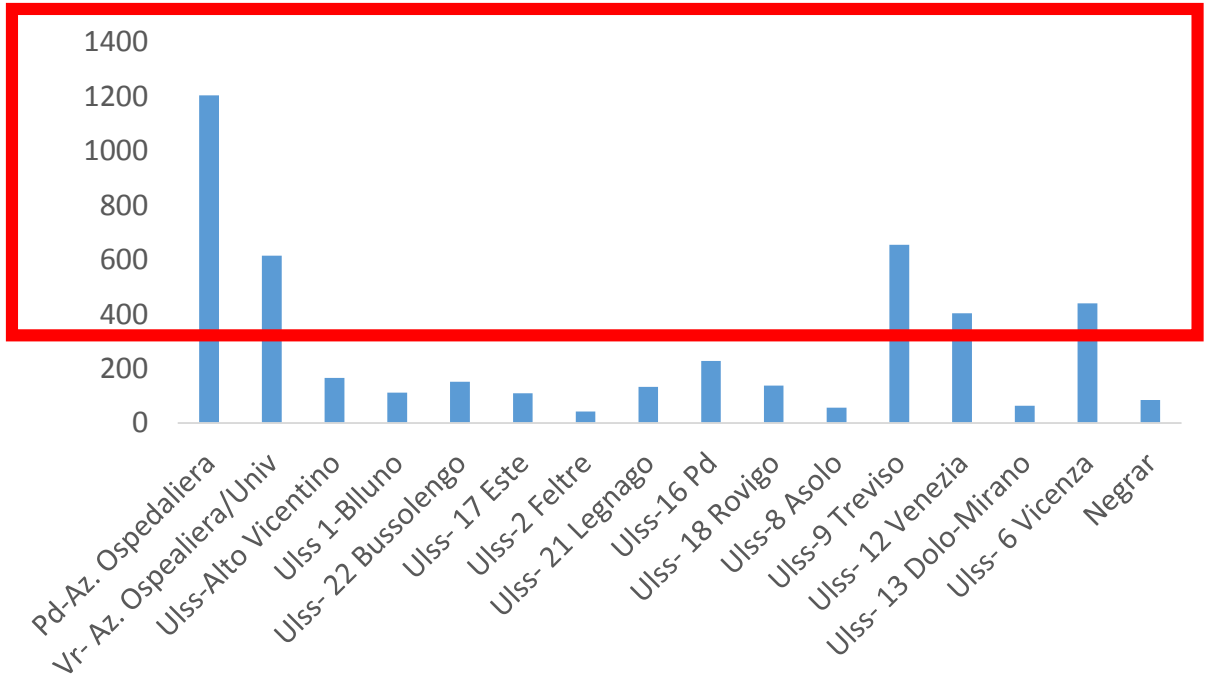


Criterio	N. Trattamenti
1	54.038
4	26.798
8	14.310
7	9.763
3	4.264
2	2.112
6	498
5	324
9	202
10	157
11	7

Agenzia Italiana del Farmaco AIFA

NB: I trattamenti avviati con il precedente criterio 7 sono stati distribuiti, sulla base della stadiazione METAVIR, nei nuovi criteri 7 e 8

TREATED (N=4012)



Nuovi modelli organizzativi?
RETI DI PATOLOGIA-DIFFERENZE REGIONALI DI APPROCCIO

LA RIORGANIZZAZIONE DEL SSN TRA CENTRALISMO E REGIONALISMO

«Il modello delle malattie croniche»

- Ripartizione di ruoli centro/regioni
- Il regionalismo consente/favorisce:
- -> Modelli organizzativi specifici basati su specifici «bisogni»
- -> Valutazioni epidemiologiche, di metodo e di outcome -> feedback +/-
- -> Interfacie con le società scientifiche/mediche (FISMAD/Consulta dei Direttori) -> collaborazione su modelli organizzativi/PDTA
- -> Collaborazione non episodica ma strutturata (tavoli di lavoro stabili) per ottimizzare i risultati