

ASIAGO-GALLIO

HOTEL GAARTEN
MEETING & BUSINESS

Via Kanotole, 13/15

19 - 20 SETTEMBRE 2019

SUMMER SCHOOL 2019 - UP TO DATE SULLA SANITÀ ITALIANA

**PROGRAMMARE IL FUTURO
CONIUGANDO L'INNOVAZIONE**



**Un nuovo
scenario all'orizzonte in
oncologia
tra cronicizzazione della
malattia e sostenibilità**

G. Surico
***Coordinatore regionale Rete
Oncologica Regione Puglia***

SOMMARIO

- ✓ Dimensione del problema nazionale e regionale
- ✓ La patologia oncologica come cronicità
- ✓ Il sistema rete come strumento assistenziale per la cronicità
- ✓ La sostenibilità in oncologia e le disuguaglianze

ASIAGO-GALLIO

HOTEL GAARTEN
MEETING & BUSINESS

Via Kanotole, 13/15

19 - 20 SETTEMBRE 2019

SUMMER SCHOOL 2019 - UP TO DATE SULLA SANITÀ ITALIANA

**PROGRAMMARE IL FUTURO
CONIUGANDO L'INNOVAZIONE**

2019 **MOTORE** 
SANITÀ 
Gestire il Cambiamento



Ministero della Salute

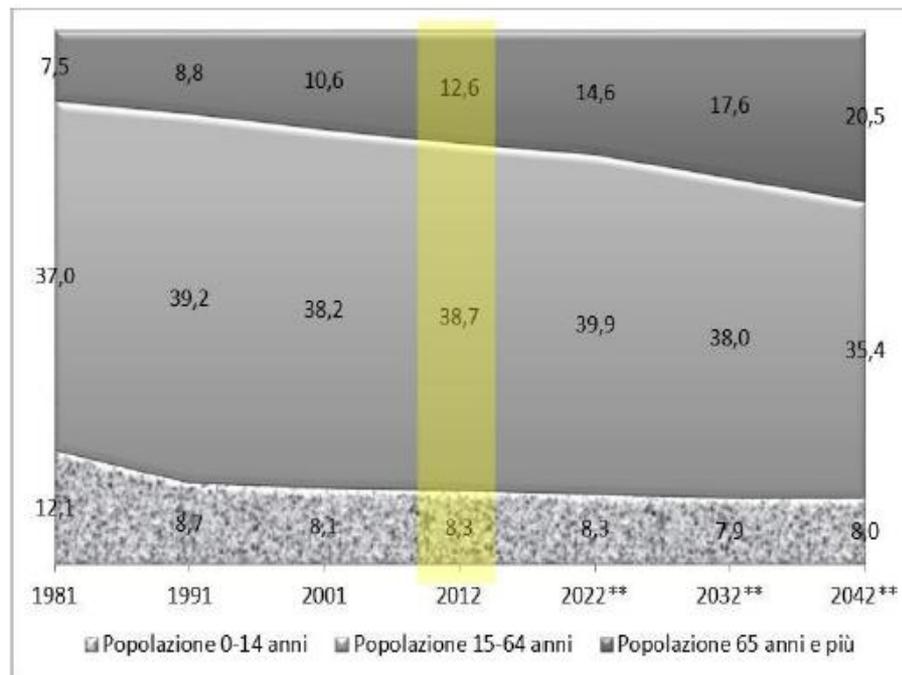
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Piano Nazionale della Cronicità

Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016

L'evoluzione della popolazione italiana per fasce d'età dal 1981 al 2041 (*)

(valore assoluto in milioni)



(*) Dati al 1 gennaio dell'anno successivo (**) Previsioni della popolazione, hp. Centrale

Fonte: elaborazione CENSIS su dati ISTAT

secondo le previsioni ISTAT nel 2032 la quota di anziani over 65 sul totale della popolazione sarebbe pari al 27,6% (circa 17.600.000) anziani in valore assoluto



Ministero della Salute

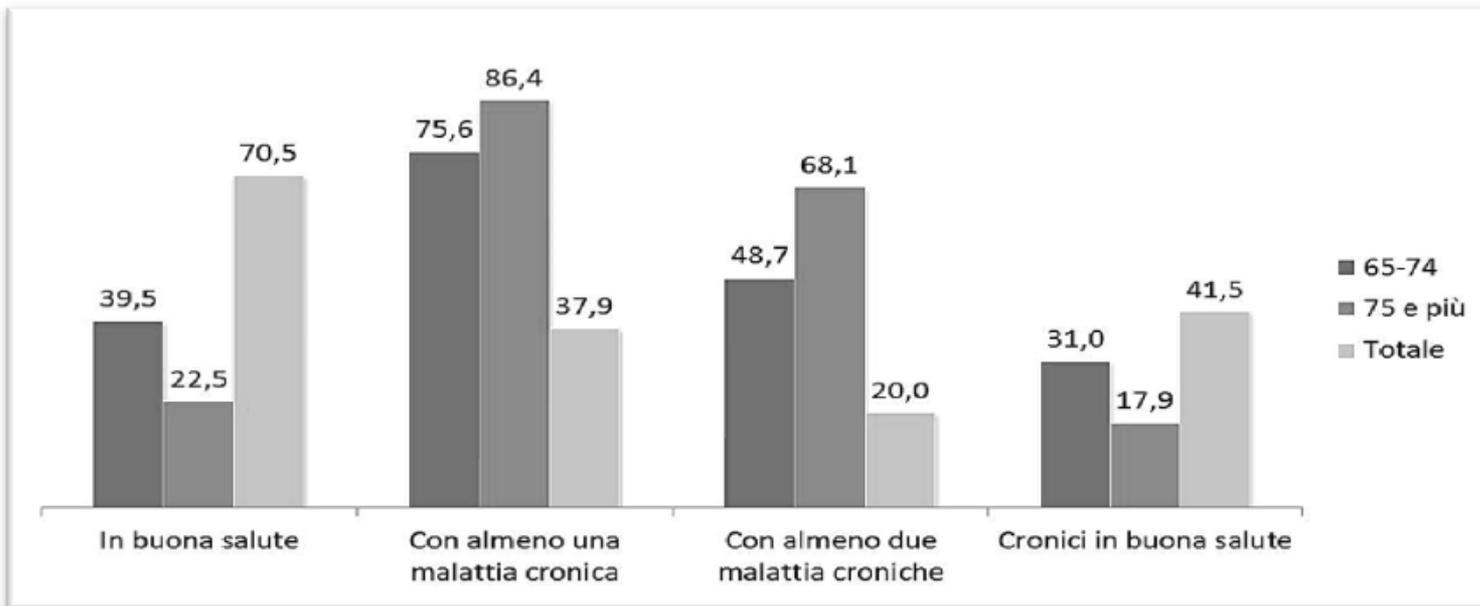
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Piano Nazionale della Cronicità

Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016

Almeno una malattia cronica nella fascia 65-74....

**Popolazione residente per condizioni di salute e malattie croniche dichiarate anno 2013
(per 100 persone della stessa classe di età)**



Fonte: elaborazione CENSIS su dati ISTAT 2013



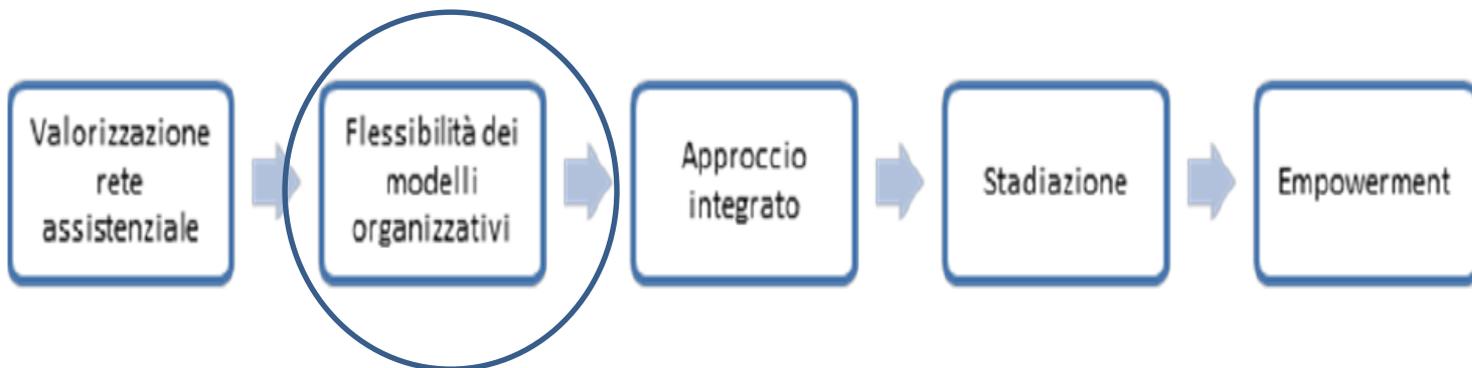
Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Piano Nazionale della Cronicità

Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016

Il piano di azione deve prevedere un adattamento per ogni Regione che esercita la propria autonomia nelle scelte organizzative e operative gestendo la cronicità in armonia con il disegno nazionale

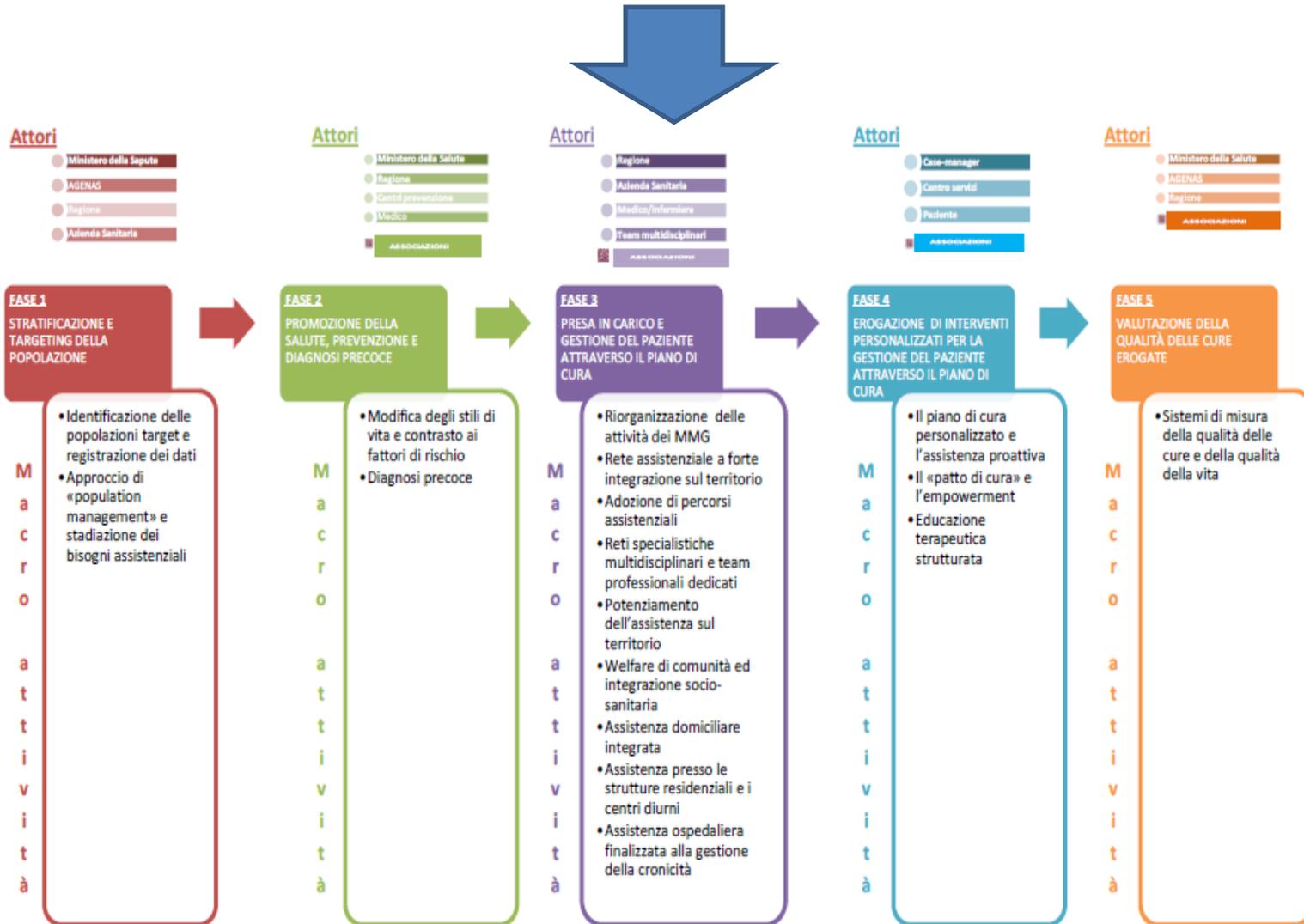


Modalità di gestione-rete oncologica come macroprocesso

Piano Nazionale della Cronicità

Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016

IL DISEGNO DEL MACROPROCESSO



I NUMERI
DEL CANCRO
IN ITALIA
2018

I DATI REGIONALI

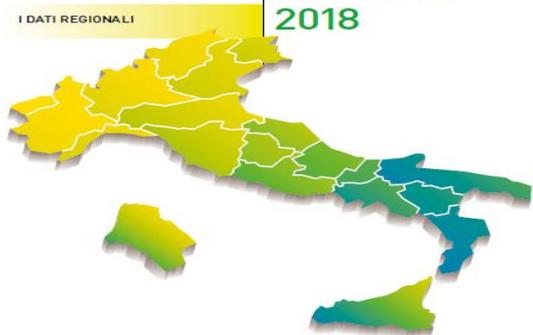


Dimensione del problema oncologico: Incidenza nazionale

Rango	Maschi	Femmine	Tutta la popolazione
1°	Prostata (18%)	Mammella (29%)	Mammella (14%)
2°	Colon-retto (15%)	Colon-retto (13%)	Colon-retto (14%)
3°	Polmone (14%)	Polmone (8%)	Polmone (11%)
4°	Vescica* (11%)	Tiroide (6%)	Prostata (9%)
5°	Fegato (5%)	Utero corpo (5%)	Vescica* (7%)

I NUMERI
DEL CANCRO
IN ITALIA
2018

I DATI REGIONALI



Aiom

AIRT

Aiom

PSSSI

Dimensione del problema oncologico: mortalità

Rango	Maschi	Femmine	Tutta la popolazione
1°	Polmone (26%)	Mammella (17%)	Polmone (19%)
2°	Colon-retto (11%)	Colon-retto (12%)	Colon-retto (11%)
3°	Prostata (8%)	Polmone (11%)	Mammella (7%)
4°	Fegato (7%)	Pancreas (8%)	Pancreas (6%)
5°	Stomaco (6%)	Stomaco (6%)	Fegato (6%)

I NUMERI
DEL CANCRO
IN ITALIA
2018

I DATI REGIONALI



Aon

AIFA

Aon

ISSI

ALLUNGAMENTO DELL'ETA' MEDIANA

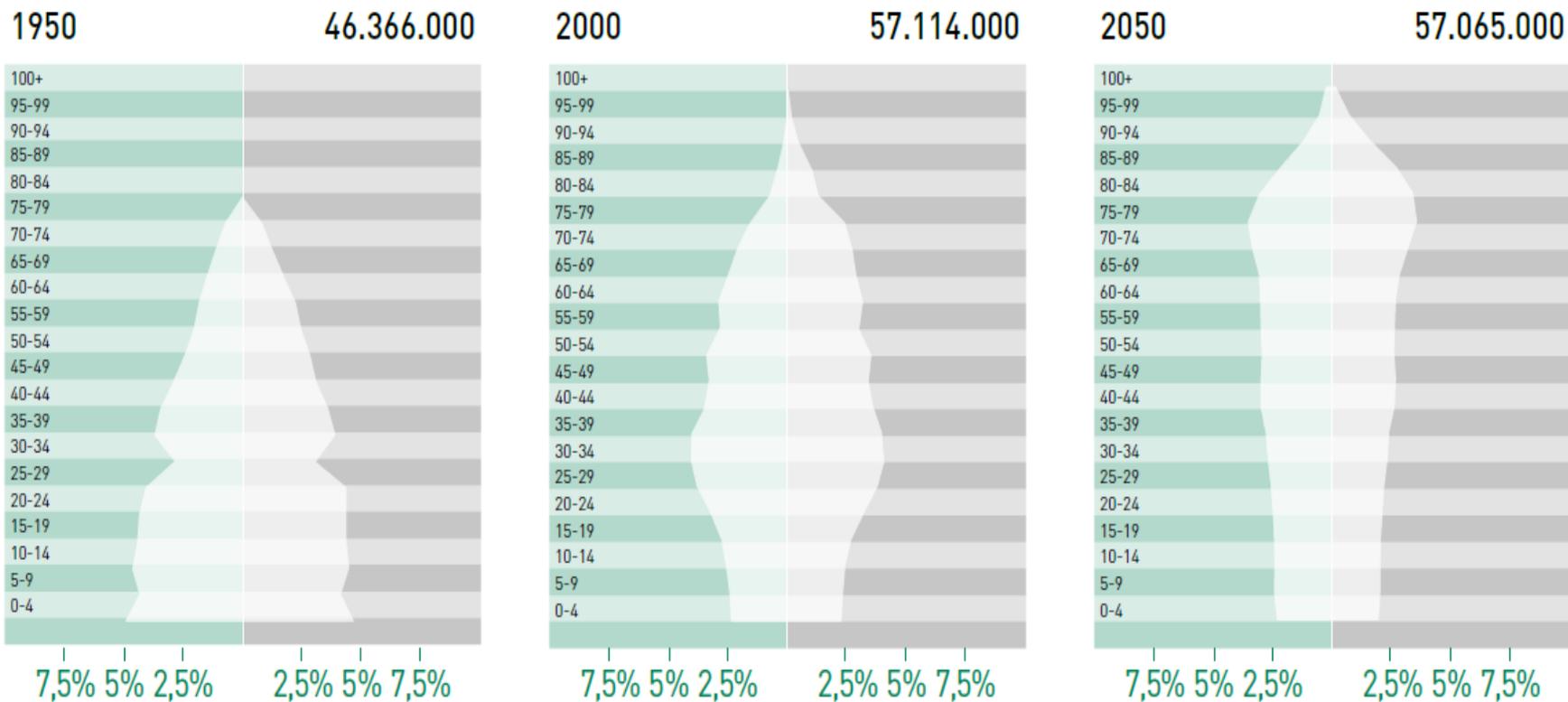


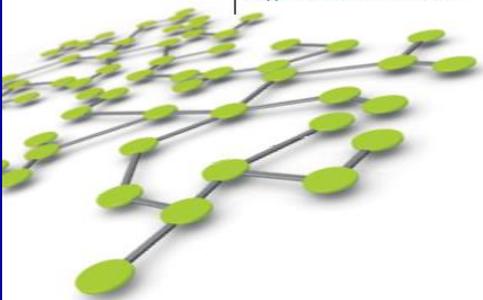
FIGURA 4. Struttura per età della popolazione italiana (<http://populationpyramid.net/it>)



Allungamento dell'aspettativa di vita

	Maschi		Femmine	
	2002	2015	2002	2015
65 anni	16,9	18,7	20,8	21,9
70 anni	13,3	14,9	16,6	17,6
75 anni	10,2	11,3	12,7	13,6
80 anni	7,5	8,2	9,3	9,9

TABELLA 13. Speranza di vita a diverse età, per maschi e femmine, nel 2002 e nel 2015 (www.demo.istat.it)



La patologia oncologica come patologia cronica lungosopravvivenza

	Tutti i tumori	Mammella	Colon retto	Prostata	Vescica	Linfoma non-Hodgkin	Testa e collo	Corpo dell'utero	Polmone
ITALIA	3,036,741	692,955	427,562	398,708	253,853	130,563	113,165	109,981	87,641
Piemonte	274,103	64,700	38,237	40,637	22,614	11,572	10,739	9,426	8,123
Valle D'Aosta	7,504	1,768	1,032	1,095	606	322	292	255	221
Lombardia	564,723	134,187	77,051	80,737	45,117	24,290	21,816	19,361	16,474
Liguria	107,962	25,913	15,375	16,042	9,038	4,482	4,223	3,811	3,210
Trentino Alto Adige	56,259	13,315	7,680	8,196	4,228	2,512	2,014	1,874	1,511
Veneto	280,871	66,863	38,756	41,231	21,316	12,451	10,074	9,499	7,601
Friuli Venezia Giulia	77,186	18,494	10,894	11,578	5,991	3,368	2,785	2,687	2,125
Emilia Romagna	269,199	63,539	37,925	40,671	21,132	11,780	9,756	9,121	7,422
Toscana	190,562	41,567	31,644	24,080	12,951	8,093	5,629	7,400	5,913
Umbria	45,632	9,923	7,581	5,775	3,108	1,937	1,350	1,764	1,414
Marche	77,722	16,751	12,906	9,892	5,324	3,316	2,307	2,970	2,409
Lazio	265,401	58,940	42,512	31,707	17,193	11,454	7,630	10,233	8,083
Abruzzo	58,022	12,486	7,695	6,423	6,240	2,432	2,487	2,252	1,670
Molise	13,962	3,000	1,874	1,570	1,522	581	602	544	405
Campania	212,211	46,133	26,811	21,493	21,315	9,222	8,794	8,116	5,853
Puglia	162,526	35,090	21,085	17,386	16,971	6,914	6,864	6,293	4,607
Basilicata	24,443	5,207	3,241	2,743	2,655	1,025	1,054	935	707
Calabria	80,292	17,111	10,483	8,805	8,541	3,404	3,429	3,054	2,301
Sicilia	197,812	42,773	25,583	21,072	20,603	8,416	8,319	7,647	5,578
Sardegna	70,349	15,197	9,196	7,574	7,389	2,992	3,001	2,740	2,015

TABELLA 1. Numero di persone che vivevano nel 2015 dopo una diagnosi di tumore nelle Regioni italiane per alcuni dei tipi di tumore più frequenti (stime regionali ottenute dalle stime per macro-area eccetto per le Regioni interamente coperte da registrazione dei tumori). AIOM AIRTUM, I numeri del cancro in Italia 2016.

Prevalenza tumori Puglia: 166.000 cittadini alle prese con la malattia

Provincia	Numero Pazienti Oncologici			Tassi Grezzi per 100 abitanti		
	Femmine	Maschi	TOTALE	Femmine	Maschi	TOTALE
BARI	30.732	24.700	55.432	4,7	4,0	4,4
BAT	8.077	6.505	14.582	4,0	3,3	3,7
BRINDISI	8.745	6.877	15.622	4,2	3,6	3,9
FOGGIA	12.865	10.991	23.856	4,0	3,5	3,8
LECCE	15.821	12.891	28.712	3,8	3,3	3,6
TARANTO	15.278	12.211	27.489	5,0	4,3	4,7
TOTALE	91.518	74.175	165.693	4,3	3,7	4,1

Tumori: le forme più frequenti



PUGLIA

MASCHI	Sede	Diffusione*
1	Polmone e bronchi	18,1%
2	Prostata	16,9%
3	Vescica	13,7%
4	Colon-retto	11,7%
5	Fegato	5,3%
(Pool Puglia)		58,9%

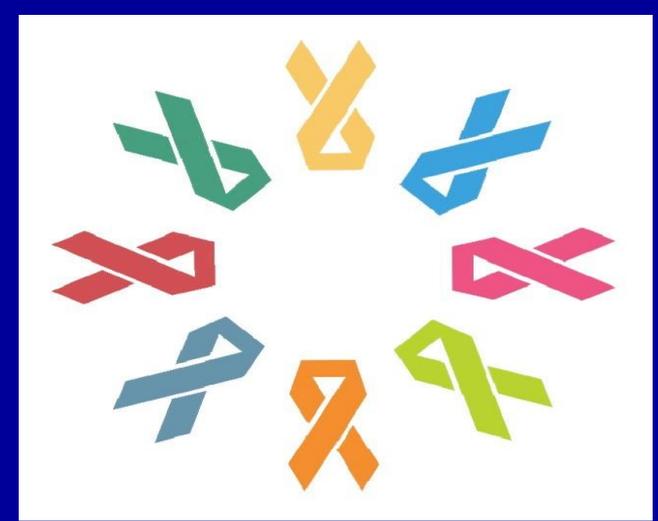
ITALIA

MASCHI	Sede	Diffusione*
1	Prostata	20%
2	Polmone	15%
3	Colon-retto	14%
4	Vescica	11%
5	Stomaco	5%
(I Numeri del Cancro in Italia, 2015)		



FEMMINE	Sede	Diffusione*
1	Mammella	29,2%
2	Colon-retto	13,1%
3	Tiroide	6,9%
4	Corpo dell'utero	5,3%
5	Polmone e bronchi	4,4%
(Pool Puglia)		65,7%

FEMMINE	Sede	Diffusione*
1	Mammella	29%
2	Colon-retto	13%
3	Polmone	6%
4	Tiroide	5%
5	Corpo dell'utero	5%
(I Numeri del Cancro in Italia, 2015)		



ROP: RETE ONCOLOGICA PUGLIESE



Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 43 del 10-4-2017

18211

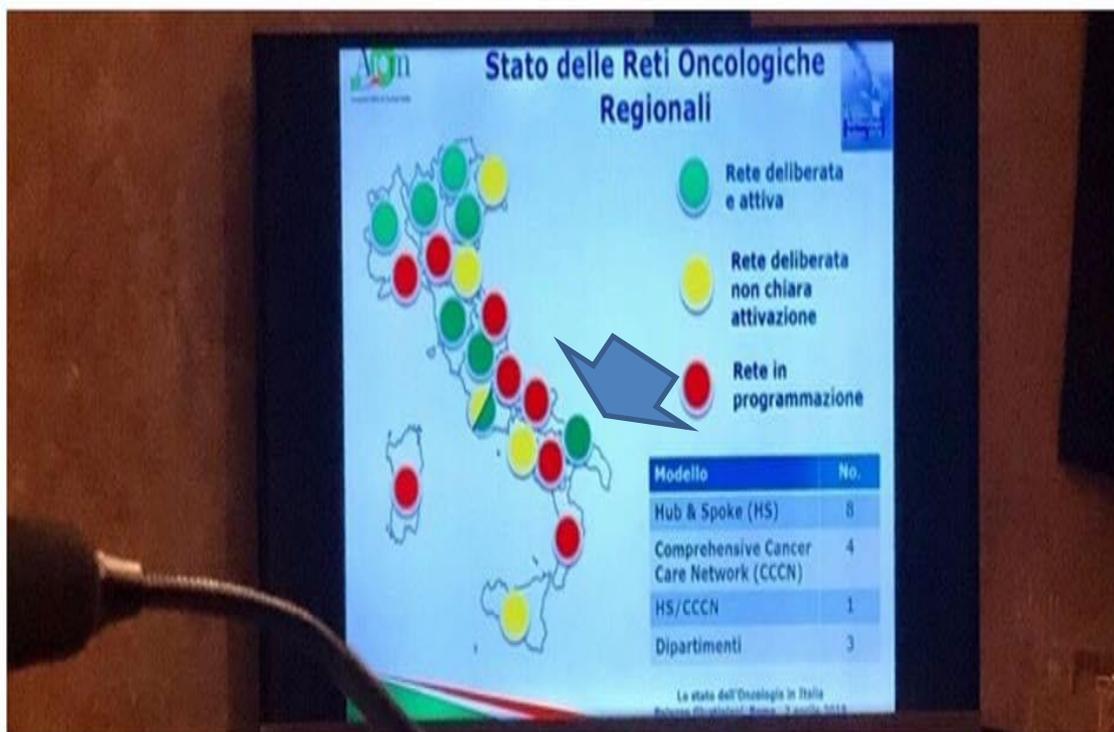
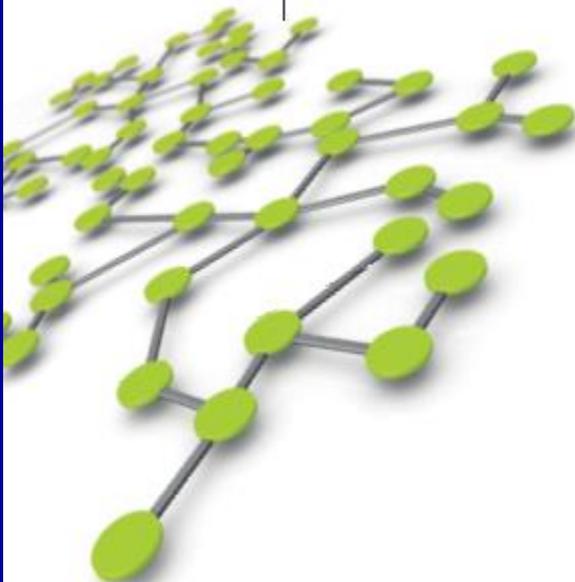
DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 23 febbraio 2017, n. 221

Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) – Approvazione modello organizzativo e principi generali di funzionamento. Recepimento 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)

Assente il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal responsabile A.P. e confermate dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, riferisce quanto segue l'assessore al Welfare arch. Salvatore Negro.

PROCESSI ORGANIZZATIVI, PERCORSI E RETI

Gruppo di lavoro AIDM-CIPOMO



ONCOLOGY DAY

2019: LO STATO DELL'ONCOLOGIA IN ITALIA

Roma, 2 aprile 2019

Sala Zuccari
Palazzo Giustiniani
Via della Dogana Vecchia, 29
Roma

ore 11-13

PROGRAMMA

- 11.00 Benvenuto e Introduzione
Pierpaolo Sileri
Presidente Commissione Igiene e Sanità
- 11.15 Lo stato dell'oncologia in Italia
Stefania Geri
Presidente Nazionale AIDM
- 11.35 Strutture oncologiche e Reti Regionali Oncologiche:
Libro Bianco 2018



COSTITUZIONE DEGLI ORGANI GOVERNO

- Consulta Oncologica Regionale 
- Unità di Coordinamento della Rete 
- Dipartimento integrato di Oncologia (DIOnc) 
 - Unità Oncologiche
 - Gruppi di patologia interdisciplinari
- Comitato della Ricerca in oncologia 
- Centro di Orientamento Oncologico (COro) 

Consulta Oncologica Regionale

Mission

Deve esplicitare la policy sanitaria

Aspetti Programmatori

aggregatore

Aspetti di indirizzo

Predisporre le
condizioni per la
realizzazione

✓ Migliorare la qualità dei servizi
in campo oncologico per i
Cittadini

✓ Garantire una alleanza stabile e
dialettica tra gli stakeholders

Modelli organizzativi
innovativi



Unità di Coordinamento della Rete

Mission

Sviluppare gli aspetti programmatici e di indirizzo esplicitati dalla Consulta attraverso:

*“la redazione di uno strumento operativo definito **PIANO di RETE**, per la costruzione di un modello organizzativo che assicuri la presa in carico dei pazienti oncologici mettendo in relazione professionisti, strutture e servizi nel rispetto della continuità assistenziale e dell’appropriatezza clinica e organizzativa”.*

(SOSTENIBILITÀ DELLA RETE ONCOLOGICA REGIONALE)

LA MOBILITÀ ONCOLOGICA

I ricoveri con patologia oncologica maligna in prima diagnosi nel 2017 dei residenti pugliesi: 42.503

fuori regione:

Totali: 5.490, che rappresentano il 13% del totale dei ricoveri per neoplasia dei residenti pugliesi

0-14 anni: 250 (45% di 556)

In mobilità attiva:

2.720 (6% dei ricoveri erogati per queste patologie da strutture ospedaliere della Puglia, pari a 39.733)

0-14 anni: 67 (18% di 373)

CRONOPROGRAMMA DI RETE (1) – I PDTA

I PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI (PDTA)

Se per **rete clinica** si intende la rete complessiva di offerta (professionisti, strutture, prestazioni, servizi) coinvolta nella risposta a specifici problemi di salute (ad es., rete oncologica, ictus, infarto miocardio, trauma, etc.), ...

... i **Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)** identificano i modelli di presa in carico per ciascuna condizione patologica a cui la rete clinica si riferisce, declinandone i contenuti dalla fase di prevenzione a quella del fine vita sia sul piano clinico assistenziale che su quello dell'organizzazione dei servizi.

CRONOPROGRAMMA DI RETE (1)

PDTA AREA ONCOLOGICA



Deliberazione del Direttore Generale

n. 209 /2019

OGGETTO: Rete Oncologica Pugliese. Proposta di adozione dei PDTA regionali per Cr. al Colon Retto, Cr. Polmone, Cr. Prostata, Cr. Mammella e Cr. Endometrio.

L'anno 2019 il giorno 28 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 - MANA, 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.)";
- 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 MANA - 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

Cronoprogramma di rete-Identificazione dei centri hub & spoke (2)

- **Le indicazioni del DM n. 70/2015 dimostrano che è necessario promuovere un percorso organizzativo della Rete Oncologica in un'ottica di maggiore efficienza gestionale al fine di garantire qualità e appropriatezza dei percorsi di diagnosi e cura dei Pazienti.**
- **I centri HUB e SPOKE per appartenere alla Rete regionale devono possedere criteri organizzativi, tecnologici e clinici aderenti alle linee guida ministeriali e delle società scientifiche nazionali e internazionali.**
- **La Regione Puglia si è dotata di un metodo che individua i centri HUB e SPOKE come un sistema di relazioni tra i singoli centri, capaci di intercettare integralmente la domanda assistenziale, promuovere la continuità di cura e favorire le sinergie.**
- **Le strutture, pur essendo fisicamente separate, sono connesse e integrate dal punto di vista funzionale**

Centri hub&spoke-Requisiti Generali da soddisfare

I centri di riferimento della ROP devono soddisfare i criteri di selezione generali individuati dall'Unità di Coordinamento della ROP per tutte le sedi d'organo nei rispettivi DiONC:

Criterio 1	L'unità operativa chirurgica ha operato nuovi casi di CR SEDE D'ORGANO \geq al numero minimo della SEDE D'ORGANO INDIVIDUATO (nel caso del CR Mammella ad esempio = 150, margine di tolleranza del 10%) (SI/NO)
Criterio 2	Numero di nuovi casi operati da ciascun chirurgo della sede d'organo individuato (nel caso del CR Mammella ad esempio \geq 50 interventi) (SI/NO)
Criterio 3	Esistenza di un team multidisciplinare che effettua, pre e post intervento chirurgico, incontri multidisciplinari settimanali con tutte le figure previste dalle linee guida del Ministero della Salute (SI/NO)
Criterio 4	Esistenza di un coordinatore clinico all'interno della Centro di riferimento Unit (SI/NO)
Criterio 5	Formalizzazione di un PDTA aziendale esistente e predisposizione all'aggiornamento rispetto al PDTA regionale (SI/NO)
Criterio 6	Esistenza di un Data Base digitale degli interventi clinici (SI/NO)

**Questi criteri sono stati già sperimentati e adottati nel caso
BREAST UNIT NETWORK**

Metodologia

(mutuata dal questionario LEA)

1. Invio agli ENTI del Sistema Sanitario Regionale GRIGLIA INFORMATIVA necessaria per l'individuazione dei Requisiti Organizzativi - Requisiti Tecnologici - Volumi di Attività Chirurgiche
2. Risposta certificata da parte degli ENTI del Sistema Sanitario Regionale con allegate evidenze delle informazioni richieste
3. Valutazione delle informazioni acquisite da parte del Coordinamento ROP per la verifica dei requisiti formali
4. Individuazione dei Centri di Riferimento e sotto-reti secondo tre tipologie di giudizio: Adempiente, Adempiente con impegno, Non Adempiente
5. Proposta centri HUB e SPOKE con atto deliberativo A.Re.S.S.
6. Delibera di Giunta Regionale istituzione Centri HUB e SPOKE della ROP

Di seguito l'esempio della griglia informativa per il CR del Polmone

Requisiti Organizzativi	A cura dei compilatori			A cura del Coordinamento ROP		
	SI	IN PARTE	NO	Adempiente	Adempiente con impegno	Non Adempiente
La struttura dispone di un team multidisciplinare per la presa in carico del paziente con tumore polmonare o sospetto di tumore polmonare?						
Il team è stato istituito con atto deliberativo?	SI	NO	Indicare atto	Adempiente	Adempiente con impegno	Non Adempiente
	SI	NO	indicare atto	Adempiente	Adempiente con impegno	Non Adempiente
E' stato identificato il coordinatore del team multidisciplinare						
Il team è composto almeno dalle dalle seguenti figure:						
Figure strutturali del team	SI/NO	Servizio (senza posti letto)	Unità operativa (con posti letto)	Adempiente	Adempiente con impegno	Non Adempiente
Pneumologo						
Radiologo/Radiologo Interventista						
Anatomo-Patologo,						
Radioterapista						
Chirurgo Toracico						
Oncologo Medico						
Infermieristico Case Manager						
Figure associate del team						
Medico Nucleare						
Biologo Molecolare						
Farmacista						
Medico di Base						
Palliativista						
Psicologo (psico-oncologo)						
Rappresentante associazioni pazienti						
	Una/settimana	Una/mese	meno frequenti	Adempiente	Adempiente con impegno	Non Adempiente
Con quale frequenza si riunisce il team multidisciplinare.						

Cronoprogramma di rete : i C.O.R.O (centro orientamento oncologico) (3)



FOGGIA-BAT :

S. Giovanni Rotondo
Barletta-Andria-Trani
Ospedali riuniti-Foggia
San Severo

BARI:

Miulli,
Monopoli-Castellana
Molfetta (Terlizzi-San Paolo-Bari)
Policlinico
Irccs

BRINDISI-TARANTO:

Taranto Ospedale Moscati
Castellaneta
Brindisi Perrino
Manduria- francavilla

LECCE

Fazzi
Tricase
Gallipoli-casarano
Maglie-scorrano

totale 17

Delibera ARESS-CORO sedi e regolamento



Deliberazione del Direttore Generale

N. 230 /2019

OGGETTO: Presa d'atto del Regolamento dei Centri di Orientamento Oncologico (COro) della Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) e loro istituzione.

L'anno 2019 il giorno 9 del mese di LUGLIO 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.);
- 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)";



Allegato composto da n. 8 pagine
alla deliberazione n. 230 del 2019



IL SEGRETARIO

Pinella Propolis



Regolamento dei Centri di Orientamento Oncologico nella Rete Oncologica Pugliese

E.A. Graps*, V.G. Colacicco, P. Errico, A. Sansonetti, A. Scelzi, V. D'Addabbo, L. Catucci*, F. Diomede**, S. Palmisano***.

CONCLUSIONI ROP

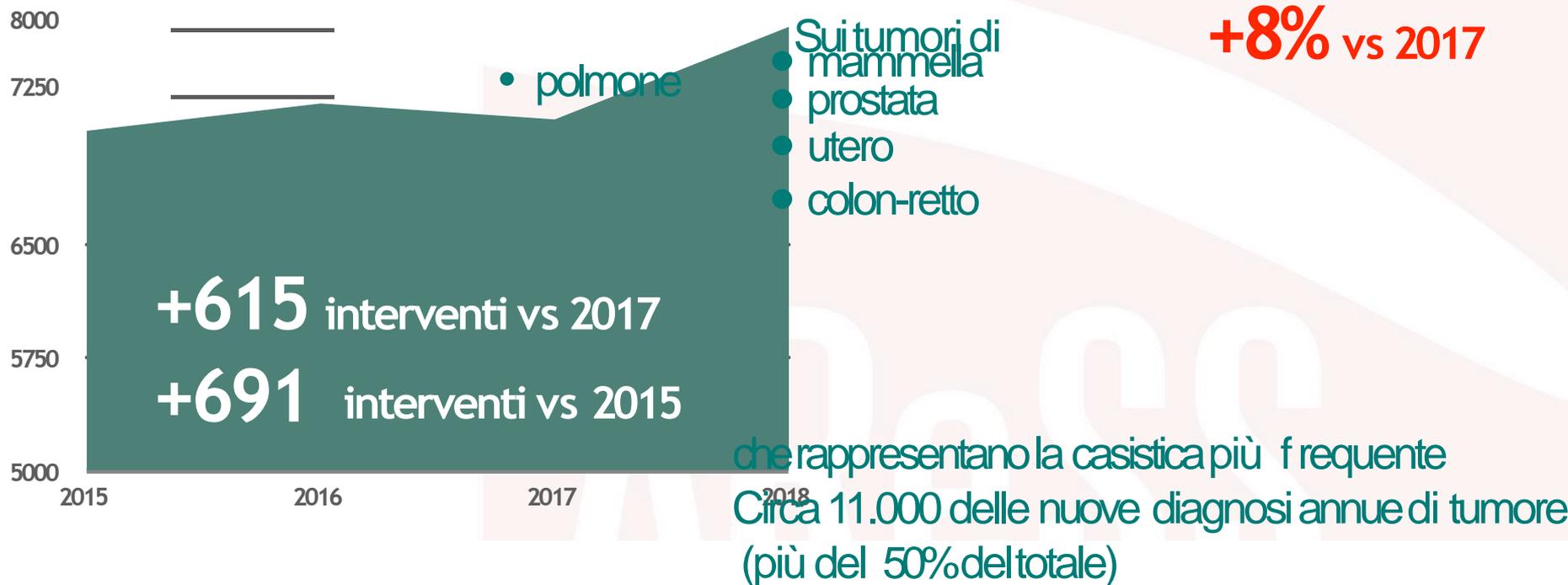
La Rete Oncologica deve creare le condizioni per:

- superare le disomogeneità territoriali, a livello di servizi sanitari e prestazioni erogate;
- raggiungere standard di trattamento sempre più elevati;
- semplificare le fasi di accesso ai servizi, da parte del paziente, e lo sviluppo dei percorsi di diagnosi e terapia;
- avvicinare i servizi al contesto di vita della persona bisognosa di cura;
- individuare percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali uniformi e coerenti;
- sviluppare un'attività di ricerca sempre più all'avanguardia con il conseguente trasferimento dei risultati ottenuti in ambito clinico.

la Rete: costo o risparmio?

ARESS

INTERVENTI DI CHIRURGIA ONCOLOGICA IN PUGLIA 2018



LA MOBILITÀ ONCOLOGICA

I ricoveri con patologia oncologica maligna in prima diagnosi nel 2017 dei residenti pugliesi:
42.503

fuori regione:

Totali: 5.490, che rappresentano il 13% del totale dei ricoveri per neoplasia dei residenti pugliesi

0-14 anni: 250 (45% di 556)

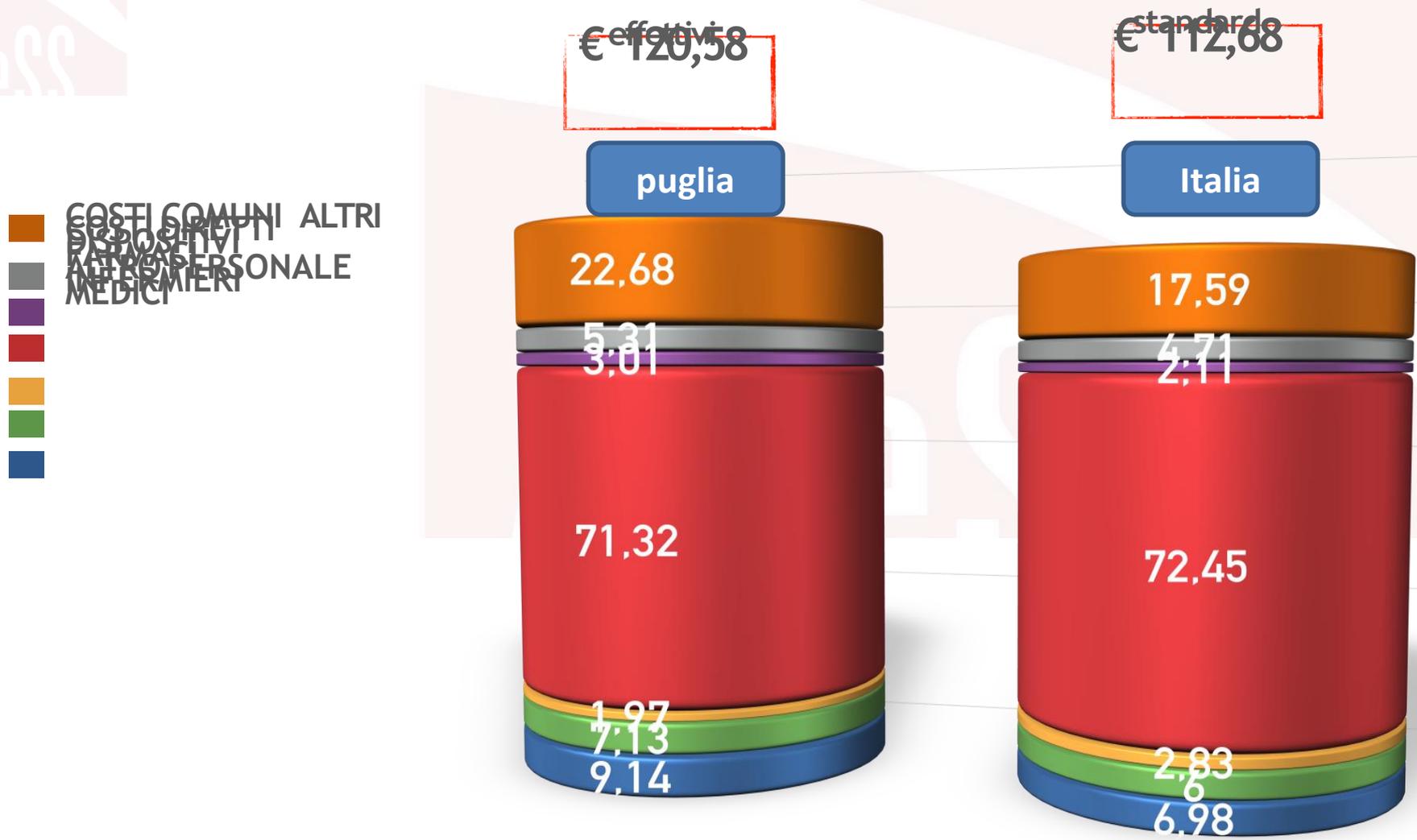
In mobilità attiva:

2.720 (6% dei ricoveri erogati per queste patologie da strutture ospedaliere della Puglia, pari a 39.733)

0-14 anni: 67 (18% di 373)

Spesa procapite per l'assistenza diretta al paziente oncologico

ARESS



*Costo dei soli reparti di oncologia: non chirurgie, medicine e territorio a qualunque titolo coinvolti sul paziente oncologico



- COSTI COMUNI ALTRI
- DISPOSITIVI
- FARMACI
- ALTRI PERSONALE
- MEDICI
-
-
-

Tariffato=strumento per
prezzare le attività che il
SSN rimborsa alle asl,
maggiore quota sui
farmaci

€ ^{effettivi} 120,58

puglia



€ ^{standard} 112,68

Italia

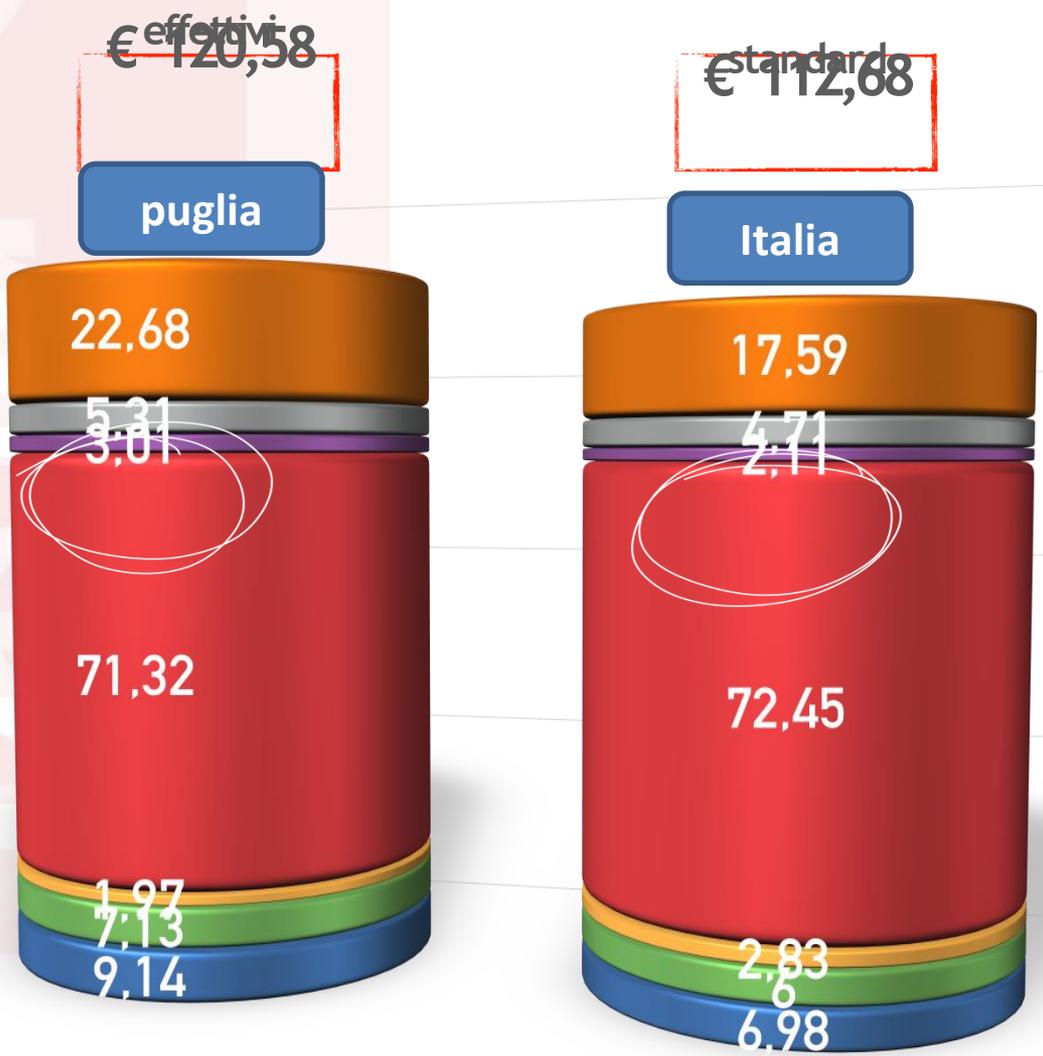


*Costo dei soli reparti di oncologia: non chirurgie, medicine e territorio a qualunque titolo coinvolti sul paziente oncologico

TARIFFATO
 € 17,40
 0123 4567 8901 2345

- COSTI COMUNI ALTRI
- ESPOSITIVI
- ALTRI PERSONALE
- MEDICHI
-
-
-

RIMBORSO A PARTE
 CON FILE "F" →



*Costo dei soli reparti di oncologia: non chirurgie, medicine e territorio a qualunque titolo coinvolti sul paziente oncologico

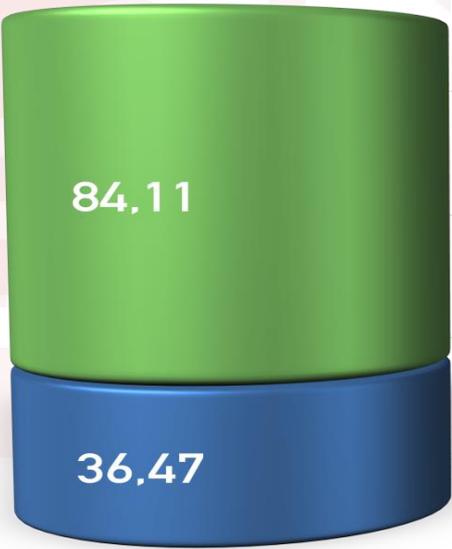


■ DH/AMBUL
■ REPARTO

Maggiore dispersione di risorse in dh rispetto ai reparti...la tariffa attribuita è verosimilmente bassa rispetto alla mole di attività

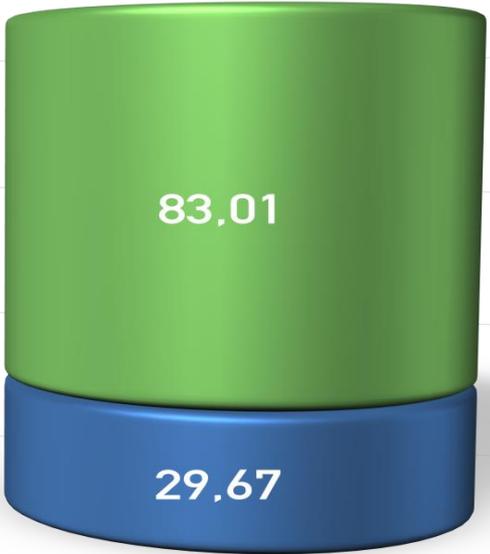
€^{effettivi} 120,58

puglia



€^{standard} 112,68

Italia



*Costo dei soli reparti di oncologia: non chirurgie, medicine e territorio a qualunque titolo coinvolti sul paziente oncologico



Innovazione e sostenibilità

Il governo dell'innovazione farmaceutica in Italia:
dallo stato dell'arte ad un modello di gestione
equa e sostenibile dei farmaci innovativi
e ad alto costo

Dossier

Prodotto Nome molecola	Yervoy			Tafinlar			Zelboraf		
	ipilimumab			dabrafenib			vemurafenib		
Dose - Formulazione	3 mg/kg una volta ogni 3 settimane per un totale di 4 dosi. - IV			150mg BID - Orale			960mg BID - Orale		
Durata media trattamento (Mesi)	2,8			5,1			5,32		
Prezzo	Per Pack*	Per month	Per Treatment	Per Pack***	Per month	Per Treatment	Per Pack**	Per month	Per Treatment
	€ 3.836	€16.109	€ 64.438	€1.245	€ 7.472	€38.110	€ 2.076	€ 9.020	€ 47.985

Esempio melanoma

*per 50 mg (10 ml fiala)

**Per 50 mg 28 compresse

***per 56 tablets (240 mg)

Assunzioni: No spreco farmaco. Peso paziente 70 kg. 1 mese = 28 giorni. Prezzi arrotondati. Eventuali sconti non trasparenti non applicati

Fonte: EMA and Codifa, Febbraio 2014.



Il governo dell'innovazione farmaceutica in Italia:
dallo stato dell'arte ad un modello di gestione
equa e sostenibile dei farmaci innovativi
e ad alto costo

Dossier

- **Fondo destinato esclusivamente ai farmaci innovativi ad alto costo, una quota proporzionale all'effettivo recupero delle note di credito del file F, per cui le regioni che ottemperano agli obblighi di compilazione potrebbero beneficiare maggiormente**
- **Rafforzare le funzioni di health technology assessment utilizzando i dati del file F per derivare linee guida per i medici ospedalieri. Necessario rapporto più stretto tra livelli istituzionali e banche dati. Necessario un unico soggetto valutatore con competenze medico-scientifiche che derivi dai dati evidenze super partes**
- **Revisione dei modelli di governance a livello centrale e regionale che permettano una corretta allocazione delle risorse disponibili per garantire la sostenibilità finanziaria dei farmaci innovativi ad alto costo per tutelare l'equità di accesso alle cure sul territorio nazionale ma anche per aumentare l'attrattività in Italia degli investimenti in ricerca e sviluppo, su cui le disomogeneità territoriali possono influire negativamente**