PTA (Presidi territoriali di assistenza territoriali) e paziente oncologico: un nuovo algoritmo assistenziale dopo Covid

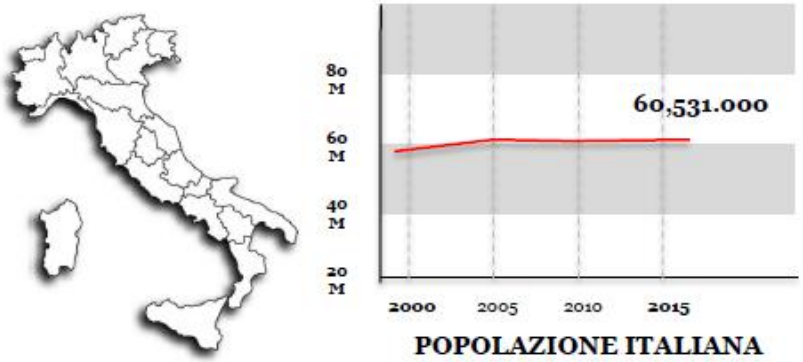
E. Attolini-M.Ciccarese

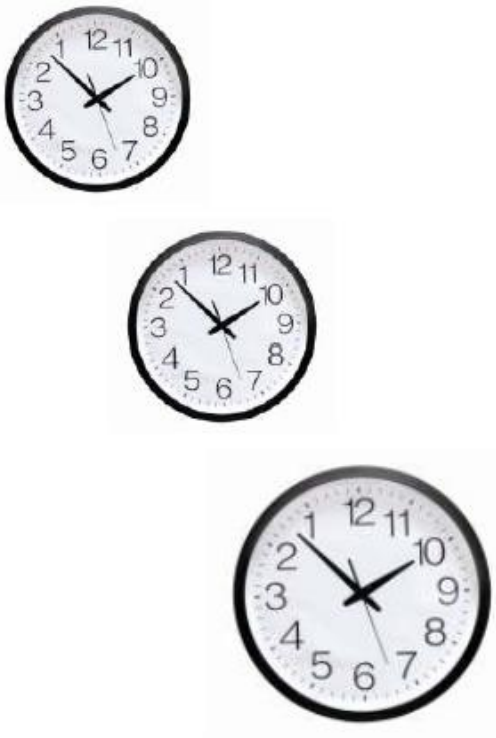
Sommario

- ✓Dimensione del problema oncologico (quanti pazienti quali pazienti)
- ✓ Nuove terapie e sopravvivenza
- ✓Contesto organizzativo regionale
- ✓Proposta di intervento: PTA e pazienti oncologici

Dimensione del problema

TUMORI MALIGNI: INCIDENZA

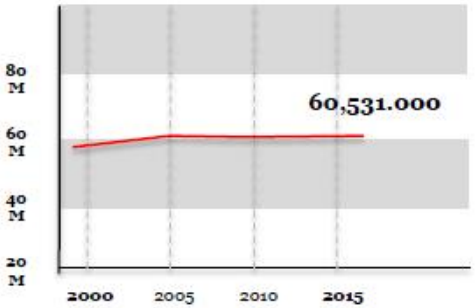




42 NUOVI TUMORI PER OGNI ORA

Dimensione del problema

TUMORI MALIGNI: PREVALENZA



POPOLAZIONE ITALIANA

2006

4.2% DELLA POPOLAZIONE

2,244,000

2019

5.3% DELLA POPOLAZIONE

3,460,000

01 01 2019

POPOLAZIONE DEI PAZIENTI CON NEOPLASIA

♀ 1,870,000 54%

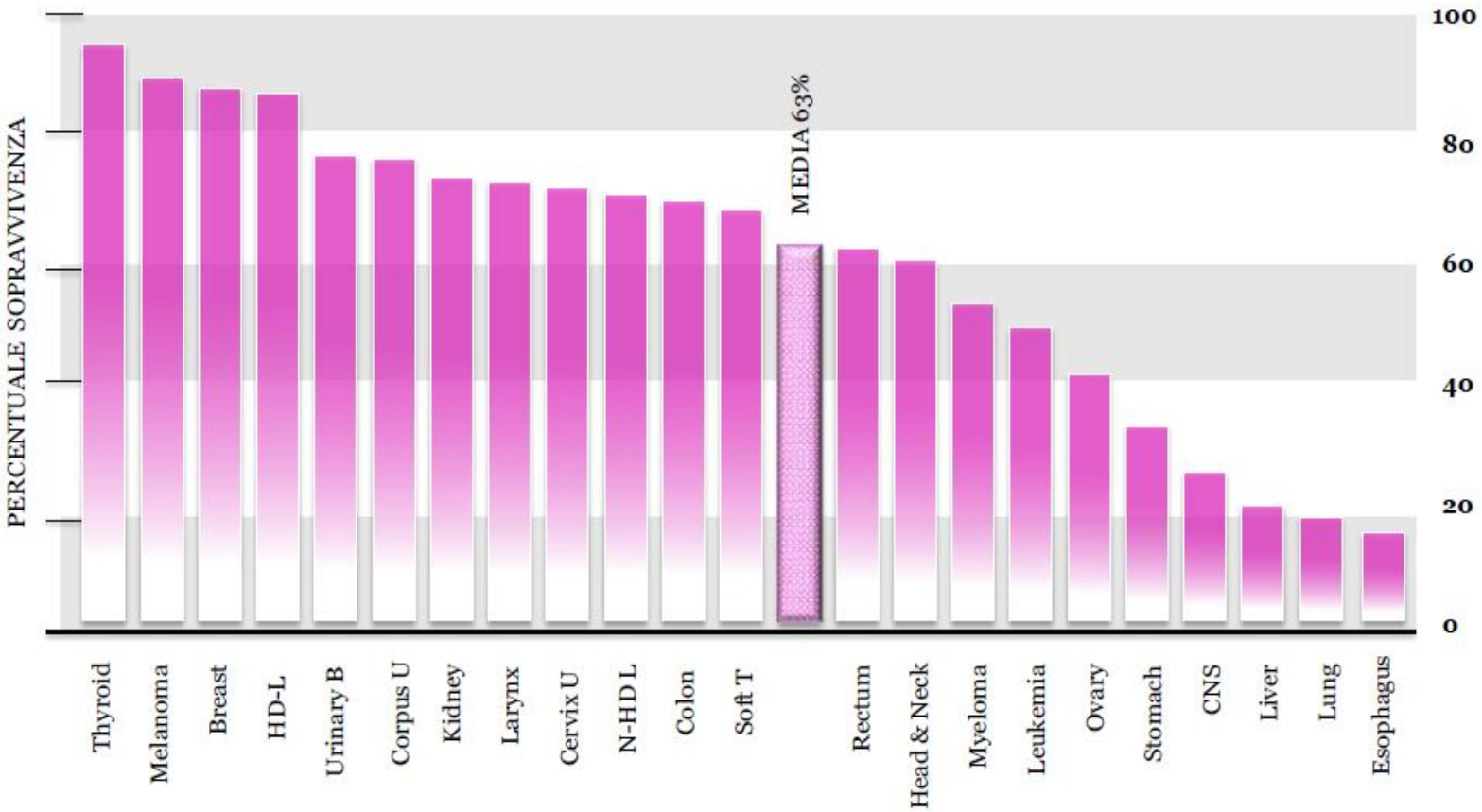
♂ 1,590,000 46%

TUMORI INCIDENTI: PRINCIPALI SEDI

1°	53,500 Mammella (14%)
2°	49,000 Colon-Retto (13%)
3°	42,500 Polmone (11%)
4°	37,000 Prostata (10%)
5°	29,700 Vescica U. (8%)

SOPRAVVIVENZA PER SEDE DI TUMORE

5 ANNI



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

Accordo, ai sensi dell'articolo 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul 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".

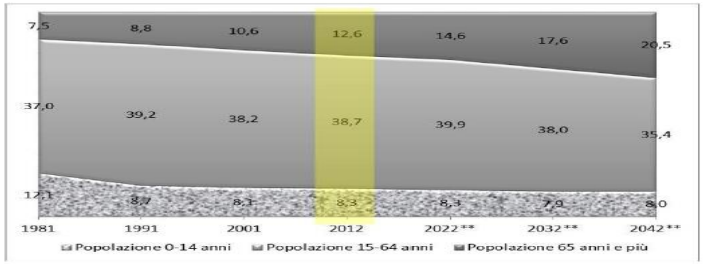
Repertorio Atti n. 59/CSR del 17 aprile 2019

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

Nell'odierna seduta del 17 aprile 2019

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

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. I dati epidemiologici relativi a incidenza, prevalenza e mortalità dei diversi tipi di tumore sono utili, sia per valutare nel tempo l'efficacia degli interventi di prevenzione primaria e secondaria e della qualità delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, sia per programmare i servizi che devono essere previsti dalla Rete Oncologica ed il relativo dimensionamento nel numero e nella collocazione geografica.

- 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. I nodi e le componenti della Rete sono definiti attraverso l'analisi epidemiologica, dei fabbisogni e dei bacini di utenza, in coerenza con gli *standard* nazionali dell'accreditamento e con gli standard ospedalieri, supportando il paziente rispetto alle problematiche di tipo burocratico per ridurne il disagio, dandogli la possibilità di potersi concentrare e dedicare esclusivamente alle cure cui sarà sottoposto.

- Gli indicatori del Programma Nazionale Esiti (PNE) costituiscono una parte importante di un sistema di monitoraggio della qualità dell'assistenza in campo oncologico, insieme ad 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 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*).

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

AUMENTO DEI TUMORI COME PATOLOGIA DELL'INVECCHIAMENTO

Key points

Massimo Di Maio[1], Diego Serraino[2]

Complessivamente le donne presentavano una sopravvivenza a 5 anni del 65%, migliore rispetto a quella degli uomini (59%), in gran parte legata al fatto che nelle donne il tumore più frequente è quello della mammella, caratterizzato mediamente da una buona prognosi.

Il gruppo di neoplasie a più alta sopravvivenza include alcune patologie che possono fruire ormai da tempo di diagnosi tempestive e terapie efficaci (es. testicolo, linfoma di Hodgkin). Per altre patologie, concorrono all'alta sopravvivenza (oltre ai progressi terapeutici) strategie diagnostiche sempre più sensibili, dai programmi di screening organizzati di dimostrata appropriatezza (mammella) a quelli di screening spontanei che si associano anche a rischio di sovradiagnosi e sovratrattamento (es. prostata, tiroide).

È stato stimato che, nel 2020, fossero circa 3,6 milioni le persone viventi nella popolazione italiana dopo una diagnosi di tumore. Si tratta del 6% della popolazione italiana, con un aumento del 36% rispetto alle stime prodotte nel 2010.

La stima dell'impatto della pandemia da Covid-19 sulla mortalità per tumori nel 2021 presenta considerevoli incertezze. Una diminuzione delle certificazioni di morti per tumore è ipotizzabile per i pazienti con tumore avanzato infetti con SARS-CoV2 il cui decesso è stato attribuito al Covid-19. D'altra parte, il decesso di alcuni pazienti con tumori avanzati può essere stato aumentato da ritardi nelle terapie soprattutto nei mesi di marzo-maggio, sempre a causa dell'impatto della pandemia sui sistemi sanitari, inclusi i servizi oncologici. Questo impatto dovrebbe essere, tuttavia, minore rispetto a quello che si è verificato per le patologie cardio-, cerebro-vascolari e neurologiche (Alzheimer). Non dovrebbe, quindi, aver verosimilmente introdotto maggiori andamenti spuri nella popolazione generale per il 2021.

Covid e cancro, tumori con T maggiore…onda lunga nel 2022

Research

JAMA Oncology | Original Investigation

Assessment of Overall Survival, Quality of Life, and Safety Benefits Associated With New Cancer Medicines

Sebastian Salas-Vega, MSc; Othon Iliopoulos, MD; Elias Mossialos, MD, PhD

Supplemental content

Table. Evidence Generally Reported by HTA Agencies to Evaluate Drug-Related Effects on Key Outcome Measures

Outcome Measure	Evidence
OS	Median OS[a,b,c]
	Mean OS[a,c]
	Survival probability (%)[b,c]
	OS (mean/median, NOS)[b,c]
	Expectations of impact on mortality (NOS)[b]
QoL	Symptom improvement[a,b]
	Time to change (deterioration/improvement) in functioning or symptoms[a,b,c]
	QoL instruments[a,b,c,d]
	Impact on utility[a]
	Expectations of impact on QoL (NOS)[a,b,c,e]
	Patient representative/clinical expert inputs[a,b,f]
Safety	Incidence of AE[a,b,c,g]
	Incidence of severe or serious AE[a,b,c,h]
	Time to first AE (≥grade 3)[a]
	Treatment discontinuation or dose reduction[a,b,c]
	Overall tolerance and safety profile (NOS)[a,b,c,i]
	Treatment-related deaths[a,b,c,j]
	Patient representative/clinical expert inputs[a,b,c,k]

Da intendere come pazienti che vivono più a lungo e in migliori condizioni

Salas Vega S. Jama 2017

Research

JAMA Oncology | Original Investigation

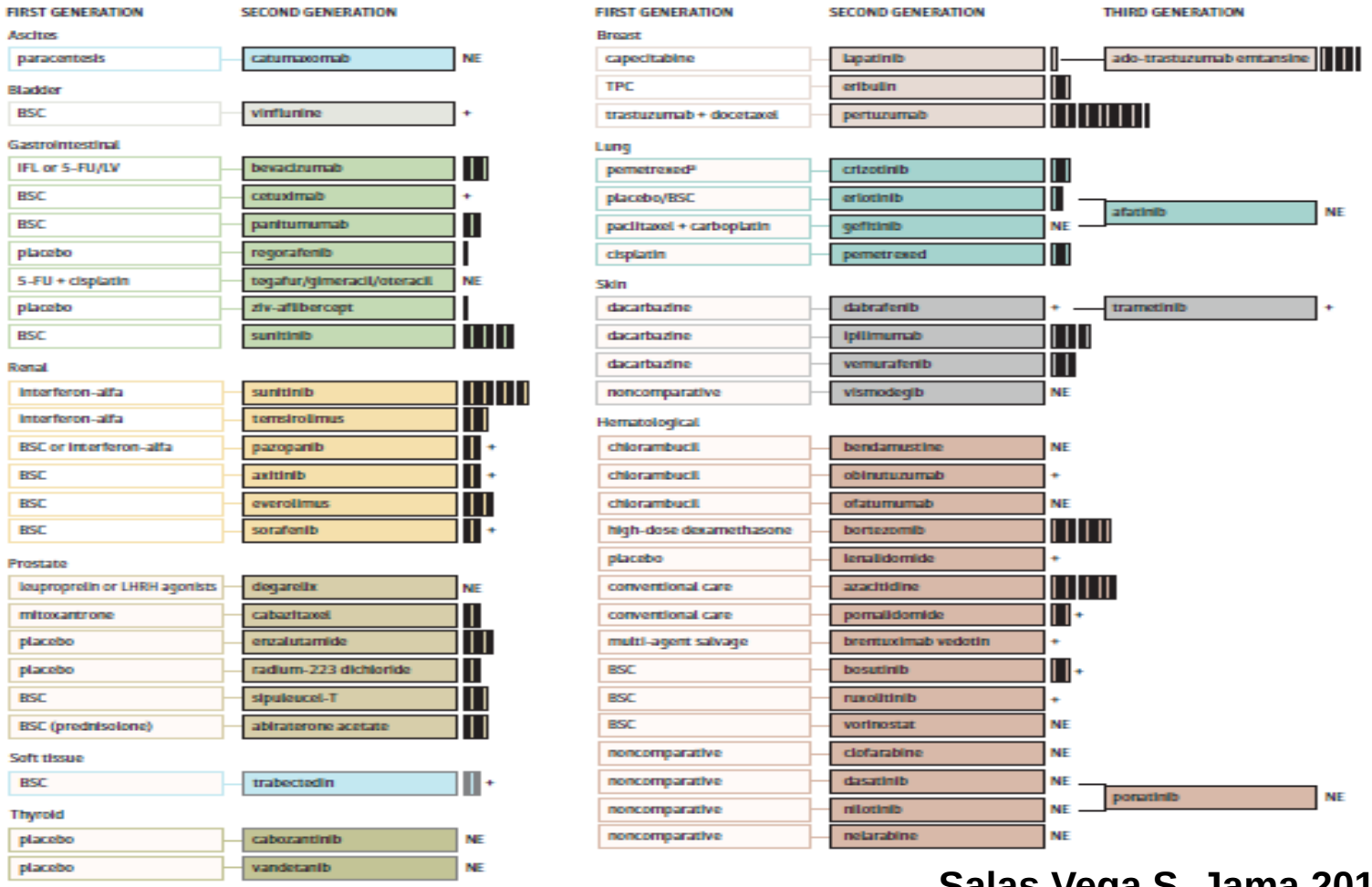
Assessment of Overall Survival, Quality of Life, and Safety Benefits Associated With New Cancer Medicines

Sebastian Salas-Vega, MSc; Othon Iliopoulos, MD; Elias Mossialos, MD, PhD

Supplemental content

Considerata clinicamente significativa una sopravvivenza superiore a 3 mesi

Figure 2. Analysis of Improvements in Overall Survival



Salas Vega S. Jama 2017

ESMO GOOD SCIENCE BETTER MEDICINE BEST PRACTICE

ESMO OPEN | CANCER HORIZONS

ORIGINAL RESEARCH

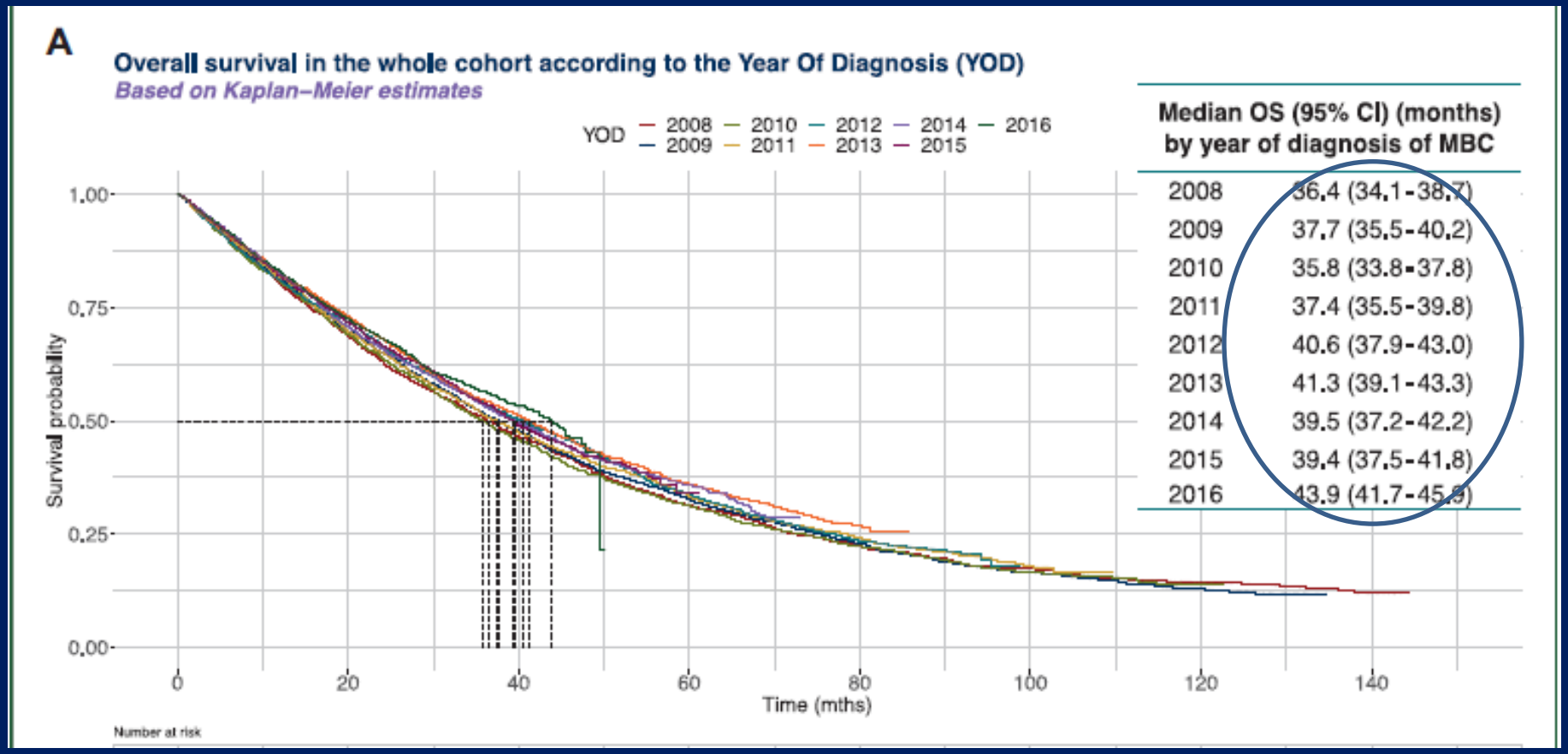
Evolution of overall survival and receipt of new therapies by subtype among 20 446 metastatic breast cancer patients in the 2008-2017 ESME cohort

T. Grinda[1], A. Antoine[2], W. Jacot[3], C. Blaye[4], P.-H. Cottu[5], V. Diéras[6], F. Dalenc[7], A. Gonçalves[8], M. Debled[3], A. Patsouris[9], M.-A. Mouret-Reynier[10], A. Mailliez[11], F. Clatot[12], C. Levy[13], J.-M. Ferrero[14], I. Desmoulins[15], L. Uwer[16], T. Petit[17], C. Jouannaud[18], M. Lacroix-Triki[19], E. Deluche[20], M. Robain[21], C. Courtinard[21,22,23], T. Bachelot[24], E. Brain[5], D. Pérol[2] & S. Delaloge[1*]

[1]Department of Cancer Medicine, Gustave Roussy, Villejuif; [2]Department of Biostatistics, Centre Léon Bérard, Lyon; [3]Department of Medical Oncology, Institut du Cancer de Montpellier, Montpellier; [4]Department of Medical Oncology, Institut Bergonié, Bordeaux; [5]Department of Medical Oncology, Institut Curie, Paris & Saint-Cloud; [6]Department of Medical Oncology, Centre Eugène Marquis, Rennes; [7]Department of Medical Oncology, Institut Claudius Regaud — IUCT Oncopole, Toulouse; [8]Department of Medical Oncology, Institut Paoli-Calmettes, Marseille; [9]Department of Medical Oncology, Institut de Cancérologie de l'Ouest Pays de Loire, Angers; [10]Department of Medical Oncology, Centre Jean Perrin, Clermont Ferrand; [11]Medical Oncology Department, Centre Oscar Lambret, Lille; [12]Department of Medical Oncology, Centre Henri Becquerel, Rouen; [13]Department of Medical Oncology, Centre François Baclesse, Caen; [14]Department of Medical Oncology, Centre Antoine Lacassagne, Nice; [15]Department of Medical Oncology, Institut de Cancérologie de Bourgogne, Dijon; [16]Medical Oncology Department, Institut de Cancérologie de Lorraine, Vandoeuvre-lès-Nancy, Vandœuvre-lès-Nancy; [17]Department of Medical Oncology, Centre Paul Strauss, Strasbourg; [18]Department of Medical Oncology, Institut de Cancérologie Jean-Godinot, Reims; [19]Department of BioPathology, Gustave Roussy, Villejuif; [20]Department of Medical Oncology, CHU de Limoges; [21]Department of Research and Development, R&D Unicancer, Paris; [22]Université de Bordeaux, Inserm, Bordeaux Population Health Research Center, Bordeaux; [23]Université de Bordeaux, Inserm, Bordeaux Population Health Research Center, Epicene Team, UMR 1219, Bordeaux; [24]Department of Medical Oncology, Centre Léon Bérard, Lyon, France

Available online 23 April 2021

Popolazione di pazienti con malattia metastatica-tumore della mammella avanzato



Median OS (95% CI) (months) by year of diagnosis of MBC	
2008	36.4 (34.1-38.7)
2009	37.7 (35.5-40.2)
2010	35.8 (33.8-37.8)
2011	37.4 (35.5-39.8)
2012	40.6 (37.9-43.0)
2013	41.3 (39.1-43.3)
2014	39.5 (37.2-42.2)
2015	39.4 (37.5-41.8)
2016	43.9 (41.7-45.9)

ESMO GOOD SCIENCE BETTER MEDICINE BEST PRACTICE

ESMO OPEN | CANCER HORIZONS

ORIGINAL RESEARCH

Impact of COVID-19 on cancer service delivery: a follow-up international survey of oncology clinicians

G. Chazan[1], F. Franchini[2,3,4], M. Alexander[1,5], S. Banerjee[6,7], L. Mileshkin[1,8], P. Blinman[9,10], R. Zielinski[11,12], D. Karikios[13,14], N. Pavlakis[15], S. Peters[16], F. Lordick[17], D. Ball[1,18], G. Wright[19,20,21], M. IJzerman[2,4,22] & B. J. Solomon[1,8*]

[1]Sir Peter MacCallum Department of Oncology, The University of Melbourne, Parkville; [2]Centre for Cancer Research and Centre for Health Policy, Faculty of Medicine, Dentistry and Health Sciences, University of Melbourne, Parkville; [3]Melbourne School of Public and Global Health, Faculty of Medicine, Dentistry and Health Sciences, Parkville; Departments of [4]Cancer Research; [5]Pharmacy, Peter MacCallum Cancer Centre, Melbourne, Australia; [6]Gynaecology Unit, The Royal Marsden NHS Foundation Trust, London; [7]Division of Clinical Studies, The Institute of Cancer Research, London, UK; [8]Department of Medical Oncology, Peter MacCallum Cancer Centre, Melbourne; [9]Faculty of Medicine, University of Sydney, Sydney; [10]Medical Oncology, Concord Repatriation General Hospital, Concord; [11]Medical Oncology, Western Sydney University, Sydney; [12]Medical Oncology, Orange Hospital, Western New South Wales Local Health District, Orange; [13]Medical Oncology, Nepean Hospital, Sydney; [14]Nepean Clinical School, University of Sydney, Sydney; [15]Medical Oncology, Royal North Shore Hospital, Sydney, Australia; [16]Medical Oncology, Lausanne University Hospital CHUV, Lausanne, Switzerland; [17]University Cancer Centre Leipzig, University Medicine Leipzig, Leipzig, Germany; [18]Radiation Oncology, Peter MacCallum Cancer Centre, Melbourne; [19]St Vincent's Hospital, Victorian Comprehensive Cancer Centre, Fitzroy; [20]Surgery, Peter MacCallum Cancer Centre, Melbourne; [21]Department of Surgery, University of Melbourne, Parkville, Australia; [22]University of Twente, Health Technology & Services Research, Enschede, The Netherlands

Available online 9 July 2021

Table 1. Reported telehealth use throughout the 2020 pandemic period

Percentage of consultations using telehealth	Before pandemic (n = 172)	'Early' period of pandemic (n = 172)	'Later' period of pandemic (n = 172)
Median	4.00	43.00	23.00
Mean (SD)	8.57 (13.99)	45.54 (29.28)	29.18 (25.53)
Q1, Q3	0.00, 10.00	20.00, 71.00	9.00, 45.00

Q1, Q3, quartile 1, quartile 3; SD, standard deviation.

La telemedicina è uno strumento ma in oncologia non può e non deve sostituire il rapporto clinico-paziente

Missione 6: Salute

È focalizzata su due obiettivi: il rafforzamento della prevenzione e dell'assistenza sul territorio, con l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, e l'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Potenzia il Fascicolo Sanitario Elettronico e lo sviluppo della telemedicina. Sostiene le competenze tecniche, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario, oltre a promuovere la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario.

M6C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

OBIETTIVI GENERALI:

M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

- Potenziare il SSN, allineando i servizi ai bisogni delle comunità e dei pazienti, anche alla luce delle criticità emerse durante l'emergenza pandemica.
- Rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari
- Sviluppare la telemedicina e a superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio.
- Sviluppare soluzioni di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare

1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità

L'investimento mira al potenziamento dell'offerta dell'assistenza intermedia al livello territoriale attraverso l'attivazione dell'Ospedale di Comunità, ovvero una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. Tale struttura, di norma dotata di 20 posti letto (fino ad un massimo di 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica, contribuisce ad una maggiore appropriatezza delle cure determinando una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari come ad esempio quelli al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero o il ricorso ad altre prestazioni specialistiche. L'Ospedale di Comunità potrà anche facilitare la transizione dei pazienti dalle

Le dodici direttive chiave di intervento identificate da PERIPLO

1. L'oncologia ospedaliera può prevedere attività anche in proiezione territoriale con modalità innovative di flessibilità e mobilità del personale (inclusa l'estensione territoriale delle Reti Formative delle Scuole di Specializzazione in Oncologia Medica).
2. Si devono individuare "recettori oncologici" a livello territoriale con specialisti del settore operanti a domicilio o nelle strutture di cure intermedie in continuità con l'MMG e l'oncologo ospedaliero di riferimento
3. Le cure intermedie e l'ospedalizzazione domiciliare sono modalità di assistenza territoriale che devono, secondo precise indicazioni, ospitare anche pazienti oncologici che necessitano di media/bassa intensità assistenziale (in sinergia tra MMG, specialista territoriale e specialista ospedaliero).
4. Il paziente oncologico e la sua presa in carico devono essere inseriti nelle diverse articolazioni del *cronic-care model* con adeguate competenze specialistiche e precisi criteri di elezione.
5. Alcuni trattamenti oncologici, di basso impegno assistenziale, possono essere eseguiti a domicilio del paziente sotto controllo specialistico in sinergia con l'MMG.
6. Un'adeguata infrastruttura telematica deve garantire e promuovere pratiche di televisita e teleconsulto con attivazione di tutte le figure coinvolte sia a livello territoriale sia ospedaliero.
7. Deve essere prevista una cartella clinica informatizzata unica (ospedale e territorio) che deve essere alimentata da tutti i professionisti coinvolti nelle diverse fasi del percorso.
8. Il follow-up si configura come un esempio di medicina di iniziativa e deve essere modulato tra specialista e MMG con momenti strutturati di interazione.
9. Viene individuato per ogni paziente un "tutor" che è punto di riferimento per tutti i professionisti coinvolti nel percorso e che agevola i passaggi delle diverse fasi di presa in carico da parte di strutture diverse.
10. Il *caregiver* e il volontariato sono parte integrante dell'equipe di cura e partecipano, o comunque sono coinvolti, nelle valutazioni di percorso.
11. Si definisce per ogni fase di malattia il modello assistenziale più appropriato (ospedaliero e territoriale) facilitando al massimo lo spostamento nell'ambito delle diverse tipologie (domicilio, ospedalizzazione domiciliare, cure intermedie, DH, ricovero ordinario).
12. Si definiscono nei PDTA con precisione i luoghi di presa in carico e di cura e la tipologia di professionista sanitario di volta in volta coinvolto.

Le cure intermedie, l'ospedalizzazione domiciliare sono modalità di assistenza territoriale che devono, secondo precise indicazioni, ospitare anche pazienti oncologici che necessitano di media/bassa intensità assistenziale (in sinergia tra Mmg, specialista territoriale e ospedaliero).

REGIONE PUGLIA

I Presidi Territoriali di Assistenza nella Regione Puglia

Ipotesi di lavoro-setting in Regione Puglia

Tab. B Presidi territoriali di Assistenza istituiti dai Regolamenti n. 14/2015 e n. 7/2017 (integrato dal reg. 3/2018).

ASL FG	ASL BT	ASL BA	ASL BR	ASL TA	ASL LE
Torremaggiore	Minervino Murge	Rutigliano	Mesagne	Massafra	Campi Salentina
San Marco in Lamis*	Spinazzola	Altamura	Ceglie Messapica	Mottola	Nardò
Monte Sant'Angelo	Trani	Gravina	Cisternino		Poggiardo
Vico del Gargano		Bitonto	Fasano		Maglie
Sannicandro Garganico*		Ruvo	San Pietro Vernotico		Gagliano del Capo
Troia/Accadia		Gioia del Colle			
		Noci			
		Grumo Appula			
		Conversano			

*PTA accorpati su indicazione della ASL FG in un unico PTA diffuso.

Gli obiettivi primari del PTA sono :

- organizzare in modo appropriato, efficace ed efficiente i percorsi dei pazienti in relazione ai loro bisogni di salute, rivolgendo particolare attenzione alle persone con patologie croniche, che costituiscono una delle maggiori sfide per il sistema assistenziale;
- organizzare la transizione tra cure primarie e cure secondarie e terziarie, promuovendo percorsi assistenziali integrati che mettano in evidenza le responsabilità, i contributi ed i risultati di tutti i professionisti impegnati nella filiera di cura e assistenza.

Mission coerente con l'obiettivo del PNNR

REGIONE PUGLIA

rete del distretto incontra la rete oncologica

- l'utilità di definire **sedi fisiche di prossimità sul territorio per l'accesso e l'erogazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e socioassistenziali** rivolti alla popolazione di pazienti cronici in aggiunta ai già esistenti setting assistenziali rappresentati dal domicilio del paziente o dalle strutture residenziali;

- la presenza di sistemi informativi evoluti in grado di leggere i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) al fine di monitorare e valutare l'assistenza erogata al paziente cronico;

- l'utilizzo di linee guida in grado di tener conto della comorbilità e della complessità assistenziale e, contemporaneamente, porre attenzione alla promozione di stili di vita salubri, utilizzando l'approccio dei piani assistenziali individuali, ancorché formulati a partire da linee guida evidence-based;

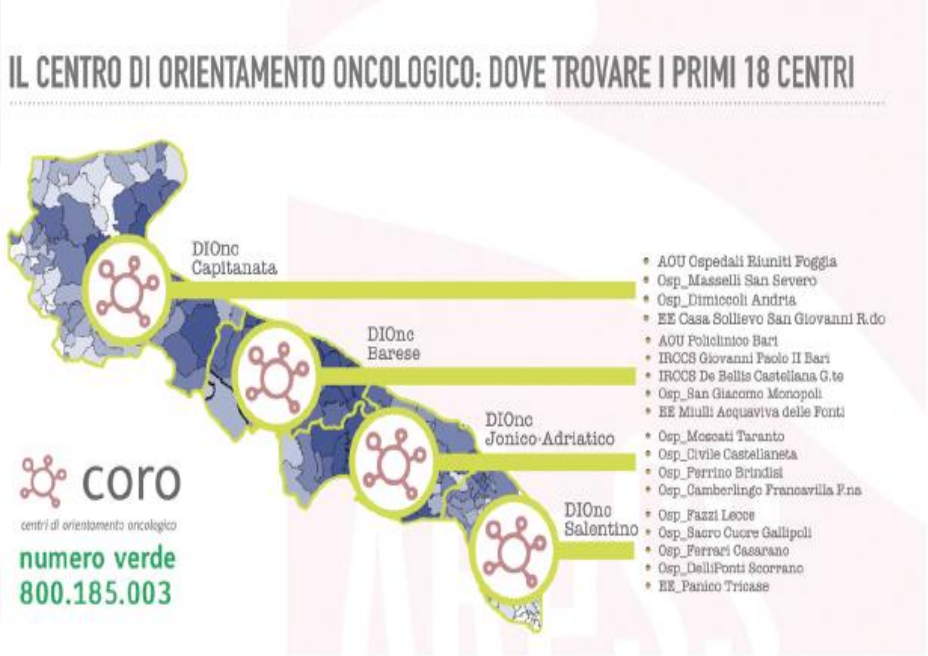
Si configura così **un modello a rete al cui centro si colloca il Distretto**, che svolge funzioni di coordinamento della committenza ed a cui sono attribuite tutte le funzioni amministrative.

Tab.D Funzioni distrettuali collocabili all'interno del PTA

SERVIZI SANITARI	
Prevenzione	Vaccinazioni
	Sicurezza sul lavoro
	Medicina legale e fiscale
	Screening
	Sicurezza alimentare e Sanità animale
	Commissione invalidi
Riabilitazione	Centro Riabilitazione Ambulatoriale
	Trattamenti Domiciliari
Salute Mentale	Centro Salute Mentale
	Neuropsichiatria infantile
Dipendenze Patologiche	SerT
	Centri Terapeutici Speciali (fumo, alcol, ludopatie)
Assistenza consultoriale e materno-infantile	Consultorio familiare
Rete Oncologica Pugliese	Centro di ORientamento Oncologico (CORO)
DEGENZE TERRITORIALI	
	Residenze sanitarie
	Ospedale di Comunità
	Hospice

Distribuzione territoriale dei COrO e normativa

DGR Puglia n.1103 del 16-07-2020



ARESS Puglia
Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale

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.)*;

PROGETTO PILOTA: DELOCALIZZAZIONE DI UN AMBULATORIO ONCOLOGICO ALL'INTERNO DI UN PTA DISTRETTUALE PER LA GESTIONE DEL FOLLOW UP E TERAPIA DI UN SETTING DI PAZIENTI CRONICI OPPORTUAMENTE INDIVIDUATO. (BREAST)

CARATTERISTICHE

Il paziente oncologico con malattia "cronicizzata" viene trasferito nelle fasi stabili di malattia e per bisogni di intenstà medio-bassa sul territorio

VANTAGGI

L'hub viene destinato solo a casi complessi, malattia non stabile, prescrizione di terapia ev.

Il paziente cronicizzato a media bassa intensità anche quando in terapie target per os viene gestito con il "recettore oncologico" territoriale all'interno del PTA, il tutor del processo del distretto e il mmg e il distretto nelle figure identificate all'interno dei PTA

il paziente ed il caregiver sono prsssimali al luogo di cura periodico

BENEFICI

il paziente ed il caregiver sono prossimali al luogo di cura

Condivisione dei saperi tra professionisti

Empowerment della strutturra territoriale su cronicità oncologica

Decongestionamento degli hub e degli accessi al PS

Bisogni strutturali …..

STRUMENTI	• CONNESSIONE INFORMATICA PAZIENTE-MMG-PTA-HOSP • PDTA H-T SETTING PAZIENTE INDIVIDUATO • ATTREZZATURA DIAGNOSTICA PTA • PERSONALE FORMATO PTA (MEDICO PARAMED) • CONNESSIONE FARMACIA H-T • MMG DISPONIBILE E FORMATO • CONNESSIONE INFORMATICA PAZIENTE-MMG-PTA-HOSP
ATTIVITA'	• CABINA DI REGIA – GRUPPO DI PROGETTAZIONE • FORMAZIONE PERSONALE COINVOLTO
INDICATORI DI PROCESSO	H - LISTA DI ATTESA, TURNOVER AMBULATORIO, TEMPI DI ATTESA ALLA VISITA PTA - NUMERO DELLE PRESTAZIONI, QUALITA' DELLE PRESTAZIONE MMG - PAZIENTE - SODDISFAZIONE DELLA PRESTAZIONE-PROMS E PREMS

Take home messages

✓Il Covid ha rappresentato una opportunità per potenziare tutte le strutture territoriali per le cronicità incluse quelle oncologiche

✓Il paziente oncologico non è per definizione solo un paziente complesso, ma gestibile in maniera ottimale per bassa e media intensità in un processo condiviso

✓La necessità di scambio dei saperi rappresenta il “core” dell’ipotesi di lavoro

✓I PTA possono essere ampliati nelle loro expertise includendo il gruppo di lavoro su progetto

✓La telemedicina è uno strumento indispensabile per mantenere il flusso di dati ma in assenza di professionisti organizzazioni i processi non partono