

Verbale Riunione Unità di Coordinamento della Rete Oncologica Pugliese (UCoOR)

Bari, 11/06/2019

OGGETTO: Riunione UCoOR del 11 giugno 2019

In data odierna, come da convocazione con Prot. 10321 del 22/05/2019 a firma del dott. A. Delvino Direttore Generale IRCCS "Giovanni Paolo II", si è riunita c/o la sala conferenze del medesimo Istituto, l'Unità di Coordinamento della Rete Oncologica Pugliese, con il seguente ordine del giorno:

1. Approvazione PDTA regionale;
2. Qualificazione HUB e SPOKE;
3. Valutazione istanza della dott.ssa Mariagrazia Carone coordinatore della Sez. Puglia e Basilicata della Società italiana di psiconcologia

Alla riunione sono presenti:

Dott. V.A. Delvino, Presidente UCoOR

Dott. G. Surico, Coordinatore Operativo UCoOR

Dott. G. Gorgoni, Direttore Generale ARESS Puglia

Dott. F. Lisena, AOU Policlinico, delegato dalla **Dott.ssa M. Carlucci** (Direttore Sanitario AOU Policlinico), delegata dal **Dott. G. Migliore** (Direttore Generale AOU Policlinico)

Dott.ssa S. Fornelli, Direttore Sanitario ASL Bari, delegato dal **Dott. A. Sanguedolce** (Direttore Generale ASL Bari)

Avv. S. Rossi, Direttore Generale ASL Taranto

Dott. G. Pasqualone, Direttore Generale ASL Brindisi

Dott. R. Rollo, Commissario Straordinario ASL Lecce

Dott. Errico Pierangelo delegato della **dott.ssa Suor M. Bramato**, Direttore Generale EE Panico

Dott. Nigri Antonio Giuseppe (Direttore Sanitario ASL FG) delegato del **Dott. V. Plazzola**, (Direttore Generale ASL Foggia)

Dott. Gadaleta Caldarola Giovanni delegato **Avv. Delle Donne**, Direttore Generale ALS Bat

Dott. F. Gambarelli, AOU Ospedali Riuniti di Foggia, delegato del **Dott. V. Dattoli** (Direttore Generale AOU Ospedali Riuniti di Foggia)

Dott. Tommaso Stallone Direttore Generale IRCCS "De Bellis"

Dott. Fabrizio Celani (Direttore sanitario) delegato **Mons. D. Laddaga**, Direttore Generale delegato EE Miulli

Dott. E. Maiello, Coordinatore DIOnC Capitanata

Prof. A. Moschetta, Coordinatore DIOnC Barese



Dott. S. Pisconti, Coordinatore DiOnc Jonico-Adriatico

Dott. G. Di Rienzo, Coordinatore DiOnc Salentino

Dott. E. Attolini, Esperto ARESS Referente Reti Cliniche e PDTA

Cav. F. Diomede, Vice Presidente FAVO, Rappresentante Associazioni di Volontariato

Dott. P. Milella, Direttore Sanitario IRCCS "Giovanni Paolo II"

Dott.ssa P. Tesauro, Medico Dirigente, referente ROP - IRCCS "Giovanni Paolo II"

Aprè la riunione, il dott. Surico, che saluta i colleghi e comunica che sono stati definiti i 5 PDTA regionali e per questo ringrazia il dott. Attolini e tutti coloro che vi hanno lavorato e comunica che sono pronti per essere inviati in Giunta, come strumento di omogeneità sul territorio regionale. Comunica inoltre quanto segue:

- i PDTA aziendali dovranno contestualizzare i PDTA regionali e potranno essere effettuate eventuali modifiche sottoponendole alla approvazione dell'UCoOR;
- è in atto la implementazione della rete informatica con la realizzazione della informatizzazione della cartella oncologica unica su tutto il territorio regionale collegata con i PDTA e con il registro tumori;
- è prevista la approvazione di una sottorete per la genetica e la biologia molecolare e la approvazione dell'alto comitato della ricerca.

Il dott. Gorgoni propone quindi che i PDTA siano validati in data odierna e propone che la delibera di giunta regionale contenga anche le 5 sottoreti di patologia (50% della nuove dx oncologiche in Puglia) oltre ai PDTA. E' necessario che successivamente le aree vaste e le Direzioni generali provvedano alla contestualizzazione dei PDTA definendo le matrici di responsabilità con deliberazioni dei Direttori Generali che indichino le strutture erogatrici. Affronta successivamente il tema degli HUB e SPOKE. Le griglie non sono state inviate da tutte le Direzioni Generali. Precisa che le griglie dovevano essere compilate per singola struttura ospedaliera e non per area vasta. Propone una ulteriore settimana di tempo per l'invio delle griglie al fine di poter completare la definizione di HUB e SPOKE. Nei vari DiOnc è necessario che vi siano delle strutture HUB. Per la qualifica di una struttura come HUB sono necessari i seguenti requisiti: un minimo di volumi come da DM/70, la presenza di un reparto di Oncologia con posti letto ordinari e la presenza di un team multidisciplinare. Questi 3 elementi sono il minimo previsto per la definizione di HUB. Se mancano delle strutture tale mancanza può essere sanata tramite una conversione. Le strutture che non sono HUB sono SPOKE. Se non vi sono i team multidisciplinari i reparti diventano degli SPOKE chirurgici. E' evidente che la multidisciplinarietà è presente solo in una struttura di secondo livello.

Interviene il dr Delvino sostenendo che il valore definito alla data del 31 dicembre è quello fondamentale che considera il numero degli interventi nell'ultimo triennio. Si è deciso però di non considerare tali dati come definitivi concedendo ancora un triennio di tempo per la valutazione definitiva, poiché vi sono situazioni border line. Aggiunge che senza rigore la rete non esiste ma non vi sono termini ultimativi dando la possibilità di adeguarsi in un triennio. E dichiara che il coordinamento si assume la responsabilità di un rigore mitigato, ma che poi i Direttori Generali dovranno intervenire assecondando questo percorso di rigore. In questo triennio non sarà vietato a nessuno di intervenire ma saranno diffusi i numeri in modo che gli stessi pazienti possano decidere sulla base dei dati. Viene deciso che la proposta di HUB e SPOKE verrà diffusa ai componenti dell'UCoOR, verranno raccolte le osservazioni e solo se vi saranno proposte di modifiche sostanziali verrà convocato un nuovo incontro dell'UCoOR. La rete, afferma, si consoliderà sulla base delle scelte dei pazienti che verranno orientati dai COO e per la prima volta la forza dei numeri può determinare un cambiamento. L'UCoOR ha la responsabilità della definizione dei criteri sulla base di dati rigorosi poi i Direttori Generali dovranno decidere tempi e modi e fare le scelte conseguenti.

Il dr. Gorgoni sottolinea ancora i 3 criteri fondamentali per gli HUB e che non vi devono essere oltre 2 figure esterne per poter essere HUB. La valutazione per il mantenimento degli spoke è del Direttori Generali ed è una valutazione complessa comprensiva di molti elementi di valutazione.

L'elenco dei volumi per i centri HUB è il seguente:

 2

<u>Tumori del colon-retto</u>	50 interventi	nel 2019
	70 interventi	nel 2020
	100 interventi	nel 2021
<u>Tumori della prostata</u>	100 interventi	nel 2019
	120 interventi	nel 2020
	150 interventi	nel 2021
<u>Tumori dell'utero</u>	40 interventi	nel 2019
	50 interventi	nel 2020
	70 interventi	nel 2021
<u>Tumori del polmone</u>	100 interventi	nel 2019
	120 interventi	nel 2020
	150 interventi	nel 2021

Per la mammella erano già definiti.

il Coordinatore afferma che dovrebbero andare in giunta sia i PDTA che le sottoreti entro fine giugno 2019. Si discute poi degli Enti ecclesiastici che sono allineati e degli Enti accreditati per cui sarebbe necessario una revisione delle preintese con gli enti privati accreditati.

Si passa poi a discutere del funzionamento dei COO e viene ribadito che la sua funzione non è quella del CUP ma di accompagnare il paziente in tutto il suo percorso fino al follow-up.

Intervengono tutti i presenti descrivendo la situazione nelle proprie realtà. Viene sottolineato che non vi è stata una adeguata informazione e pubblicizzazione.

A settembre verranno effettuate le verifiche e si propone di stressare la campagna pubblicitaria coinvolgendo i medici di medicina generale.

Il cav. Diomede interviene proponendo di apporre manifesti negli studi dei medici di medicina generale e uno spot su RaiTre.

Il dott. Gorgoni comunica che ARESS ha dato mandato ad ASSET per la declinazione di immagine per tutti i COO, i loghi, la segnaletica e quant'altro serve alla riconoscibilità. La pubblicizzazione è fondamentale purchè siano attivi i COO su quel territorio.

Successivamente i PDTA delle 5 patologie vengono approvati all'unanimità.

Viene discusso brevemente un punto non all'ordine del giorno che è l'indicazione del trastuzumab e.v. nella fase di terapia di mantenimento, oggetto di una delibera regionale che verrà modificata. Il dr. Delvino sottolinea il ruolo della UCooR e l'importanza di un suo coinvolgimento prima che vengano deliberate dalla Regione decisioni di questo genere.

Il dott. Gorgoni comunica 2 novità: il dott. Di Rienzo collaborerà con ARESS nel Coordinamento Regionale della ROP e presenta la dott.ssa Ciccarese che seguirà la implementazione dei COO.

Il dott. Attolini interviene chiedendo di completare le griglie, tenendo conto delle segnalazioni del dr. Gorgoni, per chi ancora non le avesse completate.

Aggiunge che il 70% dei casi nuovi dovranno essere discussi nel Team multidisciplinare e questo verrà inserito nel PDTA.

Si propone e viene approvata la nomina dell'Alto Comitato per la ricerca la cui composizione sarà la seguente:

- Rettore università di Bari o suo delegato
- Rettore Università di Foggia o suo delegato
- Direttore ARESS o delegati
- Coordinatore Operativo UCooR
- Presidente UCooR
- 4 Coordinatori di macroarea
- 1 rappresentante CNR
- Direttori scientifici IRCCS
- 1 rappresentante del Ministero Sanità

Successivamente si giungerà ad un Comitato Etico Unico Regionale.

Il prof. Moschetta afferma che i proventi dei protocolli di ricerca profit, possano essere utilizzati in maniera no-profit.

Il dr. Surico comunica che il Presidente della Regione intende implementare questo fondo con risorse da attingere dai fondi FSR. Tutti i comitati etici sono stati invitati ad aprire gli studi oncologici aperti, ma tranne l'Oncologico nessuno ha risposto.

Verrà deliberato un Comitato Etico Unico Regionale.

Il dott. Devino ne propone 1 almeno per ogni macroarea, visto la mole di lavoro che dovrà svolgere.

Il dr. Surico propone e viene approvata la costituzione di una sottorete di Genetica e Biologia Molecolare che verrà presentata nella prossima riunione dell'UCoOR.

Il dr. Delvino propone di assumersi l'incarico di presentare tale proposta alla prossima riunione dell'UCoOR e viene approvata la sua proposta.

Si discute della cartella clinica informatizzata. Il dr. Delvino afferma che la funzione della informatizzazione non è la cartella ma un sistema che permetta di tracciare il paziente.

Si discute del fatto che la cartella oncologica possa dialogare con la cartella clinica non oncologica. Secondo il dr. Piazzolla il modello deve essere una cartella unica a geometria variabile (cartella con parti specialistiche dedicate che si possano aggiungere ad un modello comune) che possa essere consultabile e aggiornabile a tutti i livelli.

Il dr. Delvino parla di un software leggero per gestire la posizione del paziente rispetto alla rete oncologica, insieme ad una gara per una cartella clinica sistematica. Sottolinea il problema del collegamento con il FSE.

Il dr. Gorgoni sottolinea che è fondamentale avere a disposizione i dati tramite la informatizzazione. Vi sono interessanti soluzioni già in uso in altre regioni che si stanno visionando.

Il dr. Surico conclude affermando che il COO deve avere uno strumento omogeneo e rapido di acquisizione interfacciato con i PDTA e con il Registro Tumori. La cartella clinica oncologica è uno strumento fondamentale e bisogna pertanto effettuare la scelta confrontando gli strumenti esistenti.

La riunione si conclude alle 17.30.

