



18

21-24 NOVEMBRE 2023
AREZZO FIERE E CONGRESSI

Julia Szyszko

Area Farmaco e dispositivi medici, Regione Emilia Romagna

**Dalla prevenzione alla presa in carico del paziente oncologico:
il punto di vista della Regione Emilia-Romagna**

Julia Szyszko
Area Farmaco e Dispositivi Medici, Regione Emilia-Romagna

#ForumRisk18



www.forumriskmanagement.it

Prevenzione oncologica secondaria

- La prevenzione secondaria – lo screening oncologico - si riferisce alla diagnosi tempestiva di una patologia. La **precocità** di intervento **aumenta le opportunità terapeutiche**, migliorandone la progressione e riducendo gli effetti negativi.
- Permette di individuare il tumore dopo l'insorgenza biologica dello stesso e prima che dell'insorgenza dei sintomi.
- Lo strumento della prevenzione secondaria è quindi la diagnosi precoce, strumento che non può essere utilizzato per tutti i tipi di cancro ma che ha un ruolo fondamentale nella cura della malattia.

Prevenzione oncologica primaria

- L'obiettivo della prevenzione primaria dei tumori è quello di ridurre - o meglio evitare - l'adozione di comportamenti che rappresentano fattori di rischio e comporterebbero quindi l'insorgenza di tumori (stile di vita sano, alimentazione che non esponga a rischio tumorale, attività fisica, astensione dal fumo, ecc.)
- Per prevenzione primaria comprende l'utilizzo di vaccini contro virus che aumentano il rischio di insorgenza di carcinoma (es.: vaccino contro HPV).
- Necessario implementare dei programmi di prevenzione primaria con supporto dei serizi di prevenzione collettiva → ostacoli da superare: inquinamento atmosferico, sedentarietà di alcune categorie della popolazione e lo stile alimentare

Nel quinquennio 2013-2018 la prevalenza di sovrappeso e sedentarietà invariati, consumo di frutta e verdura diminuito, diminuzione dei fumatori, aumento del consumo di alcool nei giovani
La prevalenza di questi fattori di rischio è, ad eccezione del consumo di alcol a maggior rischio, più alta nelle persone più svantaggiate e le diseguaglianze vanno aumentando.

Erogazione dei LEA - RER

- L'Emilia-Romagna è la prima regione in Italia nell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) che rispecchia capacità di utilizzare le risorse dello Stato per garantire i servizi essenziali, seguita da Toscana, provincia autonoma di Trento, Lombardia e Veneto.
- A confermarlo è il monitoraggio a cura della Fondazione Gimbe
- L'Emilia-Romagna ottiene un punteggio totale di 281,2 punti, migliorando di 7,4 punti gli esiti dell'anno precedente (2020): nello specifico, il punteggio è la somma dei 90,73 punti ottenuti in prevenzione collettiva e sanità pubblica, 95,96 in assistenza distrettuale, 94,5 in assistenza ospedaliera
- Mobilità attiva elevata, regione attrattiva

Programmi di screening in Emilia-Romagna

- Nel 2005, anno dell'introduzione dello screening per il **tumore del colon-retto**, l'incidenza ha mostrato un picco transitorio dovuto all'iniziale ricerca in una popolazione sana, che era atteso. Successivamente i tassi sono diminuiti per otto anni, tornando poi a stabilizzarsi. Variazioni più evidenti negli uomini e nella fascia d'età 50-69 anni, ma sono state abbastanza forti da influenzare l'incidenza totale (in riduzione per tutte le età).
- Così è stato per l'andamento del tumore della **cervice uterina**, il cui screening è stato introdotto tra il 1996 e il 1998: è stata registrata una riduzione del 40% circa nella fascia d'età 25-64 anni, poi l'incidenza è tornata a stabilizzarsi.
- Lo **screening mammografico**, infine, introdotto tra fine 1994 e inizio 1998, ha rapidamente portato a una riduzione dell'incidenza dei tumori in stadio avanzato. Anche questo andamento, come quelli dei tumori del colon-retto e della cervice uterina, erano attesi e l'incidenza della mammella è tornata a stabilizzarsi.



Aderenza agli screening e riduzione della mortalità

- Per lo screening dei **tumori al seno** la percentuale di adesione della popolazione target femminile (donne nella fascia di età 45-74 anni), che nel 2021 era del 69%, nel **2022** è salita al **71%**. Per le donne che aderiscono allo screening mammografico: **- 56% la mortalità per tumore al seno e -31% le forme avanzate di carcinoma mammario.**
- si è passati dal 63 al **65%** per lo screening al **collo dell'utero** (donne tra i 25 e 64 anni): **- 40% l'incidenza di tumori della cervice uterina e - 50% la mortalità**
- dal 51 al **53%** per lo **screening al colon-retto**, con raccolta sangue occulto, per uomini e donne 50 - 69 anni, con **calo significativo di nuovi tumori e tasso di mortalità sia negli uomini** (rispettivamente -33% e -65%) **che nelle donne** (-21% e -54%)

+2%

Dati di monitoraggio dall'Assessorato RER alle Politiche per la salute
[Screening prevenzione tumori — Salute \(regione.emilia-romagna.it\)](#)

#ForumRisk18

Aggiornati al 31 dicembre 2022



www.forumriskmanagement.it



21-24 NOVEMBRE 2023
AREZZO FIERE E CONGRESSI

18

Diagnosi precoce del tumore al seno in Emilia-Romagna

Il carcinoma della mammella è responsabile del 29% dell'incidenza dei tumori maligni nelle donne con oltre 4.500 nuovi casi all'anno.

Il Servizio Sanitario Regionale garantisce:

- programma di **screening**
- un percorso specifico di valutazione del **rischio eredo-familiare per tumore al seno**, con eventuale presa in carico gratuita per esami e trattamenti.
- la rete dei **Centri di Senologia multidisciplinari (Breast Unit)** che consta di 12 strutture in tutto il territorio regionale. Un sistema organico di **presa in carico delle donne** in tutte le fasi del percorso, dalla **prevenzione alla terapia**, al **follow-up e alla riabilitazione**.

La rete dei Centri di senologia è il risultato di un percorso articolato, iniziato con il recepimento dell'**atto di intesa tra il Governo e le Regioni su Linee di indirizzo ministeriali**, che conferma l'Emilia-Romagna tra le Regioni più virtuose in termini di organizzazione dei servizi di diagnosi e cura del tumore al seno.

#ForumRisk18



www.forumriskmanagement.it

Obiettivi e criteri di qualità della Rete dei Centri di senologia

- Il **Centro di Senologia (CdS)** è la struttura nevralgica dell'interno del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale del tumore alla mammella.

La normativa regionale ha definito l'assetto organizzativo di ogni Centro delineando ruoli decisionali e responsabilità, nonché tempi e percorsi delle varie fasi dell'assistenza, dalla diagnosi, alla terapia, al follow up.

- Il percorso assistenziale fornito dalla Rete regionale dei Centri di Senologia rispetta le linee guida attualmente in vigore nelle diverse discipline e garantisce in modo condiviso il **migliore livello di appropriatezza nell'applicazione e nella sorveglianza di procedure comuni in tutte le fasi del percorso (PDTA)**. È frutto di un lavoro capillare di interazione tra tutti i professionisti coinvolti nell'attività dei Centri che hanno, inoltre, condiviso **indicatori di sorveglianza** per la tutela dell'appropriatezza di tutto il percorso assistenziale.
- Sono stabiliti **requisiti di qualità** per assicurare standard di efficienza come l'associazione positiva fra volume di attività chirurgica per centro e per operatore e i migliori esiti della chirurgia per tumore maligno della mammella, alti livelli di competenza clinica di tutti i professionisti, omogeneità dei protocolli, una valutazione multidisciplinare per la presa in carico e la continuità assistenziale tra il Centro e il territorio (medicina generale).

Lo screening mammografico - ONS

Inviti nelle fasce di età 45-49 e 70-74 anni nel 2021

Nel 2021 alcune Regioni o singoli programmi hanno invitato allo screening anche le donne nelle fasce di età 45-49 (a intervallo annuale) e 70-74 (con intervallo biennale) con modalità organizzative diverse.

Per quanto riguarda la classe di età più giovane, nel 2021 sono state effettivamente invitate 434.561 donne pari a circa il 37% della popolazione bersaglio. La maggior parte delle donne invitate in questa fascia di età proviene da 7 regioni: **l'Emilia-Romagna invita il 92% le donne residenti** nella fascia di età, il Friuli Venezia Giulia il 56%, la Toscana il 44%, la Campania il 34%, la Basilicata il 28%, il Piemonte il 23% e la Lombardia il 20%. Anche alcune aree della Liguria, delle Marche e della Val d'Aosta invitano le 45-49enni (copertura <=10%). Il 58% delle donne accetta l'invito (252.807 donne). Piemonte, Emilia-Romagna, Basilicata, Lombardia e Toscana registrano un'adesione dal nel range compreso dal 55% al 70%, mentre in Friuli Venezia Giulia e Campania l'adesione grezza è rispettivamente del 42% e del 28%.

Per quanto riguarda le ultrasessantenni è necessario premettere che vi sono modalità di invito differenti tra una regione e l'altra. A ogni modo, nel 2021 sono state invitate 315.261 donne, pari a circa il 31% della popolazione target; 213.000 circa hanno risposto all'invito, con una partecipazione del 68%. Delle donne invitate in questa fascia di età, **la Regione Emilia-Romagna nel 2020 ha invitato il 54%**, il Veneto il 46%, Umbria, Lombardia, Basilicata, Friuli Venezia Giulia, e Toscana hanno invitato rispettivamente il 43%, 35%, 34%, 30% e 25% delle donne residenti. Il Piemonte ha invitato circa il 9% delle donne di questa fascia d'età. La rispondenza è elevata in tutte le regioni, in un range compreso tra il 64% e l'87%.

Screening tumore al seno

Il percorso



Dati di avanzamento e adesione al programma di screening

al 1° gennaio 2023

Fascia d'età	Donne residenti/domiciliate in Emilia-Romagna	Invitate ad eseguire mammografia in screening*	Donne residenti/domiciliate che hanno eseguito la mammografia in screening*
45-49 anni	180.600	99%	72%
50-69 anni	640.000	99%	71%
70-74 anni	130.000	99%	72%

*secondo la cadenza indicata per la fascia di età.

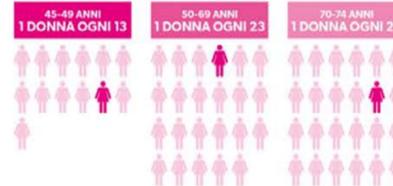


21-24 NOVEMBRE 2023
AREZZO FIERE E CONGRESSI

18

Risultati screening tumore al seno

DONNE ESAMINATE IN SCREENING RICHIAMATE PER ACCERTAMENTI



TUMORI AL SENO IDENTIFICATI AGLI ACCERTAMENTI



La partecipazione allo screening del tumore al seno
HA RIDOTTO DEL 56%
LA MORTALITÀ TRA LE ADERENTI

LO SCREENING IDENTIFICA UN TUMORE AL SENO



#ForumRisk18

www.forumriskmanagement.it

Rete regionale del tumore ovarico

La rete regionale in sintesi

Centri ospedalieri di I livello

Sono rappresentati da tutti gli ospedali dotati di servizio di ginecologia che effettuano le procedure diagnostiche necessarie a caratterizzare il rischio di una massa annessiale e operano all'interno di un percorso di collaborazione con il centro Hub di riferimento.

Presso questi centri può essere assicurato il trattamento oncologico medico a completamento della strategia terapeutica in accordo col centro Hub di riferimento.

Il trattamento del carcinoma ovarico, anche in stadio iniziale, può essere eseguito soltanto nei centri Hub individuati per il trattamento del tumore ovarico.

Centri ospedalieri Hub di II livello

Il Centro di II livello ha il compito di prendere in carico la paziente, di completare l'iter diagnostico, attivare il gruppo multidisciplinare (ginecologo oncologo, oncologo medico, radioterapista, genetista e anatomo-patologo) per la discussione della strategia terapeutica e procedere al trattamento chirurgico qualora indicato.

I centri di II livello finora identificati sono rappresentati dall'**Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma**, dall'**Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia**, dall'**Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna**. Per il territorio della **Romagna** l'organizzazione di riferimento verrà individuata a breve.

Centro di riferimento regionale (Hub di III livello)

Il Centro di III livello, individuato presso la Unità Operativa di **Oncologia Ginecologica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna**, rappresenta il riferimento per l'intera rete regionale per il trattamento chirurgico dei casi più complessi o inoperabili o rari, inviati direttamente dai centri di I o II livello dopo discussione multidisciplinare. Contemporaneamente, svolge le funzioni di centro di II livello per l'AVEC e di centro di I livello per il proprio bacino di utenza. Svolge un'attività di sostegno all'intera rete e promuove e coordina la didattica e la ricerca nel settore specifico ([DGR 2113/2017](#)).

#ForumRisk18



www.forumriskmanagement.it

Screening collo dell'utero

Il programma di screening propone con invito attivo:

- il **Pap-test**, ogni tre anni, alle donne dai 25 ai 29 anni nate prima del 1998 e alle nate dal 1998 in poi se non vaccinate con almeno due dosi di vaccino HPV entro i 15 anni.
- l'**HPV** test, ogni 5 anni a tutte le donne dai 30 ai 64 anni, test più efficace per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero in questa fascia di età.



21-24 NOVEMBRE 2023
AREZZO FIERE E CONGRESSI

18

Screening del collo dell'utero

LO SCREENING
DEL COLLO DELL'UTERO
IN EMILIA-ROMAGNA

5 minuti
tra cinque
ANNI



Da quest'anno, infatti, è stata **posticipata a 30 anni la prima chiamata allo screening**, ad **iniziare dalle donne nate nel 1998 e vaccinate con almeno due dosi per HPV**, entrambe somministrate prima del compimento dei 15 anni. In Emilia-Romagna le **venticinquenni già vaccinate** entro i 15 anni con almeno due dosi contro il **Papilloma virus faranno il primo test a 30 anni**, nel 2028.

#ForumRisk18



www.forumriskmanagement.it

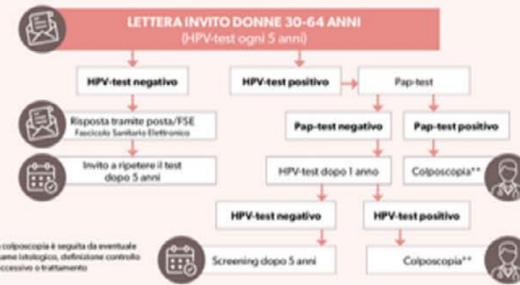


Screening tumore collo dell'utero

Il percorso



* per le nate dal 1950 in poi solo se non vaccinate per HPV con almeno 2 dosi entro i 15 anni



** La colposcopia è seguita da eventuale esame citologico, definizione controllo successivo o trattamento

DATI DI AVANZAMENTO E ADESIONE AL PROGRAMMA AL 1° GENNAIO 2023

Fascia d'età	Donne residenti/domiciliate in Emilia-Romagna	Invitate ad eseguire pap-test/HPV-test in screening*	Donne residenti/domiciliate che hanno eseguito pap-test/HPV-test in screening*
25-64 anni	1.240.000	99%	65%

* con cadenza triennale per il pap-test e equiquennale per HPV-test

NOVEMBRE 2023
AREZZO FIERE E CONGRESSI



#ForumRisk18



www.forumriskmanagement.it



Rete regionale del tumore del colon-retto

- Il tumore del colon-retto è una delle patologie neoplastiche più comuni e tra quelle in cui si sono riscontrati i maggiori passi in avanti, grazie alla diffusione dello screening e delle nuove terapie (farmacologiche e chirurgiche). In Regione Emilia-Romagna il tumore del colon-retto rappresenta il secondo tumore più diagnosticato nelle donne e il terzo negli uomini.
- Il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale per i pazienti affetti da neoplasia coloretale vede il coinvolgimento, in maniera multidisciplinare, di diverse figure professionali: il gastroenterologo, l'anatomopatologo, il chirurgo, l'oncologo, il radioterapista, che insieme valutano le caratteristiche del paziente e del tumore.

La definizione di un percorso strutturato di cura e l'organizzazione dei servizi in un sistema a rete è una priorità regionale.

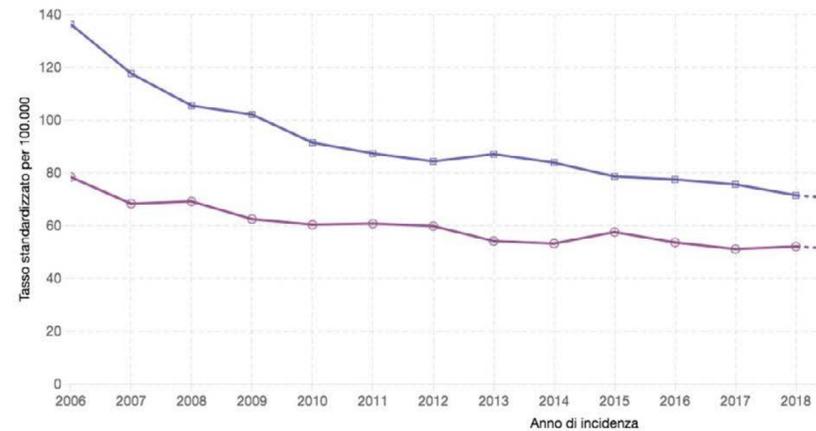
Screening colon-retto

Il tumore del **colon retto** è il **2° tumore più diagnosticato** nella popolazione italiana e purtroppo anche il **secondo tumore** per mortalità. Ma contro il tumore del colon retto abbiamo un'arma efficace: **per chi partecipa allo screening** proposto in Emilia-Romagna **la mortalità diminuisce del 65% negli uomini e del 54% nelle donne.**

Il programma di screening propone:

Il **test per la ricerca del sangue occulto nelle feci** ogni **2 anni** a tutte le donne e gli uomini residenti e domiciliati assistiti in Regione Emilia – Romagna dai **50 ai 69 anni.**

Colon-Retto e ano (C18-C) Emilia-Romagna





21-24 NOVEMBRE 2023
AREZZO FIERE E CONGRESSI

18

Screening colon-retto

Partecipare allo screening **protegge dal tumore del colon retto** perché permette di trovare e asportare anche lesioni pretumorali, prima che diventino tumori. Inoltre, consente di individuare lesioni tumorali in fase iniziale. Se la malattia è trovata in fase iniziale, è più probabile ottenere una guarigione completa.

Per questo lo screening è importante, per individuare le lesioni pretumorali e **intervenire in tempo con trattamenti efficaci**.

I dati dello screening in Emilia-Romagna lo dimostrano, **per chi aderisce:**

-33% diagnosi di nuovi tumori del colon retto negli UOMINI

-21% diagnosi di nuovi tumori del colon retto nelle DONNE

In screening **tutto il percorso è gratuito e organizzato**, dal test fino all'eventuale trattamento e successivi controlli.

#ForumRisk18



www.forumriskmanagement.it

Screening tumore colon retto

Il percorso



Dati di avanzamento e adesione
 al programma di screening

al 1° gennaio 2023

Fascia d'età	Personae residenti/domiciliate in Emilia-Romagna	Invitate ad eseguire il test del sangue occulto in screening	Hanno eseguito screening
50-69 anni	1.330.000	96%	53%

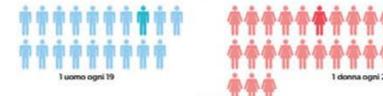
Il 47% non aderisce.
 Perché?

Risultati screening colon retto

Dati medi annui

Persone esaminate	Persone con test feci positivo	Persone che hanno eseguito la colonoscopia	Persone con lesioni significative (adenomi avanzato o più) alla colonoscopia
280.000	13.200 (4,7%)	10.600	2.470 (23%)

PERSONE ESAMINATE CON TEST DELLE FECI POSITIVO



CON LESIONI SIGNIFICATIVE ALLA COLONSCOPIA



SINTESI SCREENING COLON RETTO



LO SCREENING IDENTIFICA



Si evita una possibile evoluzione a tumore del colon retto. Curabile in ambulatorio, senza intervento chirurgico.

Per chi aderisce allo screening del colon retto:
-33% nuovi tumori | **-21% nuovi tumori**
-65% mortalità | **-54% mortalità**
negli uomini | **nelle donne**

ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE
LA FARMACIA dei SERVIZI (D. Lgs 153/2009)

Il nuovo ruolo della Farmacia convenzionata come parte integrante del SSR

Inoltre in farmacia:
 - Valutazioni aderenza
 - Educazione ai pazienti
 - Telemedicina (ECG in farmacia)
 - «lista delle mie medicine»

DGR 1204/2023



- La professione del farmacista ha acquisito un vasto campo di azione, non più limitato all'erogazione dei medicinali.
- Distribuzione **capillare** sul territorio delle farmacie anche in zone disagiate (**concorso pubblico ordinario per l'assegnazione di 50 nuove sedi** farmaceutiche)
- La rete delle farmacie può costituire uno strumento di **affiancamento per l'erogazione di servizi territoriali e prestazioni** del SSR e la farmacia dei servizi costituisce una garanzia di **continuità assistenziale sul territorio**



Nuovi programmi di prevenzione in RER



La **Regione Emilia-Romagna** aderisce a “**Illumina novembre**”, la **campagna di sensibilizzazione** promossa dall'associazione **Alcase Italia** contro il **tumore al polmone**, per esprimere **vicinanza e sostegno** a coloro che lottano contro questa malattia, e richiamare l'attenzione dei cittadini sul valore e l'importanza della **prevenzione** e sui fondamentali progressi compiuti della medicina oncologica.

Rete Oncologica ed Emato-oncologica Regionale

La Rete Oncologica ed Emato-oncologica regionale dell'Emilia-Romagna nasce per assicurare la **migliore qualità e appropriatezza delle cure** per il paziente in un processo assistenziale efficace e sicuro che connette e integra **l'ospedale e il territorio**. La delibera è stata approvata dalla Giunta regionale il 27 dicembre 2022.

Il documento adotta il modello del **Comprehensive Cancer Care Network**, il quale garantisce, nel rispetto delle autonomie locali, la maggiore **uniformità** possibile in termini di **accesso, gestione clinica e assistenziale, governance e monitoraggio** dei risultati ai fini sia clinici, sia di ricerca. Lo scopo è quello di garantire ai cittadini **cure, assistenza e servizi sempre più di alta qualità** e, al tempo stesso, **vicini in termini di prossimità al domicilio**

Oncologia di Prossimità

L'obiettivo prioritario della rete è di creare un modello di cura incentrato sulla persona, capace di assicurare la migliore assistenza attraverso i diversi setting di cura, dall'ospedale per acuti, alle case di comunità, al domicilio stesso del malato. Ci riferiamo alla cosiddetta "oncologia di prossimità" poiché per una categoria di pazienti così vulnerabili, è centrale garantire la continuità di cura tra ospedale e territorio e permettere l'equo accesso ai servizi sanitari di riferimento.

A livello regionale vengono definiti i criteri e gli standard strutturali, organizzativi, tecnologici e qualitativi di prestazioni e attività per identificare le strutture territoriali nelle quali svolgere le attività oncologiche e oncoematologiche, le figure professionali necessarie e le competenze adeguate.

Modello organizzativo - CCCN

Il modello organizzativo per la rete oncologica è il **Comprehensive Cancer Care Network dell'Emilia-Romagna**.
L'assetto già consolidato nelle diverse province, il modello regionale il Comprehensive Cancer Care Network (CCCN) che esprime una **relazione strutturata e organizzata, gestita da un'autorità centrale (la Regione) preposta alla macroprogrammazione, di istituzioni complementari, sinergiche e organizzate per un medesimo obiettivo di cura**.
Nel CCCN si distinguono **tre livelli operativi**:

Centri di I livello

Strutture che erogano prestazioni oncologiche ed emato-oncologiche in prossimità, in linea con i programmi e gli indirizzi definiti nella normativa nazionale, regionale e locale e previa valutazione di appropriatezza e sicurezza (es. all'interno di Ospedali di Comunità, Case di Comunità);

Centri di II livello

Ospedali distrettuali in grado di assicurare, all'interno del coordinamento di rete e in continuità con i centri di III livello, prestazioni diagnostiche, terapeutiche e assistenziali oncologiche ed emato oncologiche;

Centri di III livello

Ospedali polispecialistici in cui sono presenti tutte le competenze specialistiche ad interesse oncologico ed emato-oncologico, le dotazioni tecnologiche a elevata complessità assieme a programmi di formazione continua e di ricerca.

Normativa

DGR 2316/2022: Istituzione della Rete oncologica ed emato-oncologica della Regione Emilia-Romagna e approvazione delle relative linee di indirizzo

DGR 154/2021: Rinnovo degli organismi di coordinamento delle reti cardiologica e chirurgica cardiovascolare, neuroscienze, oncologica e oncoematologica, costituiti con Delibera di Giunta Regionale n. 972/2018 - recepimento dell'Accordo Stato-Regioni rep. atti n. 59/csr del 17 aprile 2019

DGR 972/2018: Costituzione organismi di coordinamento delle reti cardiologica e chirurgica cardiovascolare, neuroscienze, oncologica e oncoematologica, ai sensi dell'Accordo Stato Regioni 14/csr del 24 gennaio 2018 e della Delibera di Giunta Regionale n. 2040/2015

Centri della rete oncologica e emato-oncologica

[Piacenza - Ospedale Guglielmo da Saliceto](#)

Oncologia, Ematologia, Radioterapia

[Parma - Ospedale Riuniti](#)

Oncologia, Ematologia, Radioterapia.

[Reggio Emilia - Arcispedale S. Maria Nuova-IRCCS di Reggio Emilia](#)

Oncologia, Ematologia, Radioterapia

[Modena - Ospedale Ramazzini di Carpi](#)

Oncologia, Radioterapia

[Modena - Policlinico di Modena](#)

Oncologia, Ematologia, Radioterapia

[Bologna - Istituto Ortopedico Rizzoli](#)

Oncologia ortopedica

[Bologna - Ospedale Bellaria](#)

Oncologia, Radioterapia

[Bologna - Policlinico Sant'Orsola-Malpighi](#)

Oncologia, Ematologia, Radioterapia

[Imola - Ospedale Santa Maria della Scaletta](#)

Oncologia

[Ferrara - Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Anna](#)

[Cona](#)

Oncologia, Ematologia, Radioterapia

[Ravenna - Ospedale S. Maria delle Croci](#)

Oncologia, Ematologia

[IRCCS Meldola - Forlì-Cesena](#)

Oncologia, Ematologia, Radioterapia

[Rimini - Ospedale Infermi di Rimini](#)

Oncologia, Ematologia, Radioterapia

La rete oncologica dell'Ausl Bologna

- Nuovo assetto organizzativo: centro Hub Ospedale Bellaria
- Centri Spoke (Imola, Budrio, San Giovanni in Persiceto, Bazzano, Loiano, Vergato, Porretta)
- Ospedali di comunità e case della comunità dove sarà possibile effettuare le chemioterapia in modo da garantire la prossimità delle cure al paziente oncologico
- Implementazione del servizio di telemedicina che permetterà al paziente di essere seguito dagli specialisti del centro Hub nella prosecuzione delle cure

IL GReFO ha applicato il metodo GRADE
 apportando le modifiche necessarie in rapporto al mandato conferito



#ForumRisk18

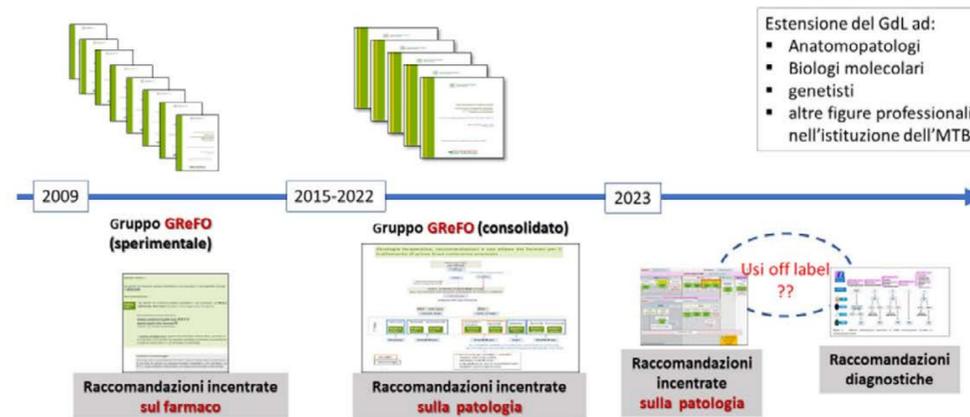


www.forumriskmanagement.it

Come abbiamo definito l'uso atteso

Forza	Definizioni e implicazioni	Tasso atteso di adozione (valori indicativi)
Positiva Forte	Il farmaco dovrebbe essere offerto alla grande maggioranza dei pazienti e potrebbe essere usato come indicatore di buona qualità delle cure. Non significa comunque che tutti i pazienti dovrebbero ricevere il farmaco.	> 60-70%
Positiva debole	Rappresenta il più ampio grado di incertezza in quanto potrebbe indicare che solo una minoranza (30%) o una discreta proporzione (50-60%) di pazienti lo dovrebbe usare. E' necessario informare i pazienti riguardo a benefici e rischi attesi (e loro magnitudine), esplorando le aspettative e i valori del paziente e discutendo possibili alternative	30-60%
Negativa debole	In casi selezionati o in una minoranza. La decisione dovrebbe accompagnarsi a una dettagliata informazione al paziente sui benefici e i rischi (e loro magnitudine) esplorando le aspettative e i valori del paziente, discutendo possibili alternative	5-30%
Negativa forte	Non dovrebbe essere utilizzato, né routinariamente né in un sottogruppo di pazienti, ma solo in pochi casi selezionati, in quanto il bilancio benefici/rischi è negativo e sono preferibili alternative terapeutiche.	< 5%

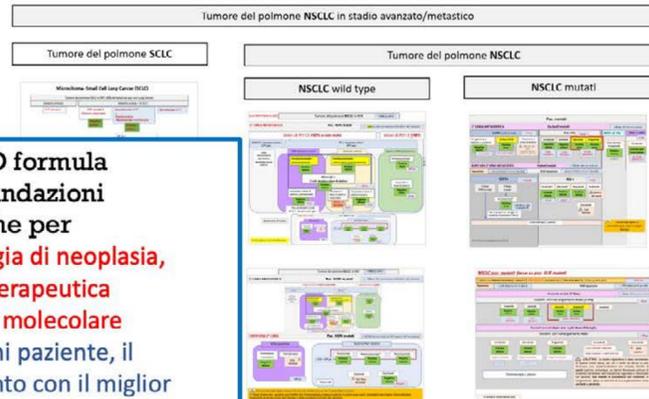
Come è stato gestito l'accesso ai farmaci oncologici e oncoematologici dal 2009 ad oggi e come dovrà essere in futuro



Raccomandazioni sui farmaci per NSCLC



21-24 NOVEMBRE 2023
AREZZO FIERE E CONGRESSI



Il GReFO formula raccomandazioni specifiche per

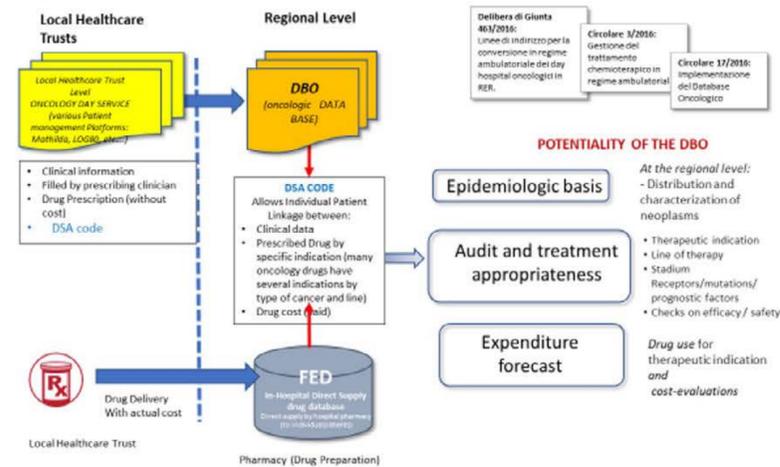
- **tipologia di neoplasia,**
- **linea terapeutica**
- **Target molecolare**

e per ogni paziente, il trattamento con il miglior rapporto rischio/beneficio ed il rapporto costo/**opportunità più favorevole**

Mieloma multiplo di nuova diagnosi, in pazienti non eleggibili a trapianto: daratumumab + lenalidomide + desametasone (Dara-Rd) [Studio MAIA]

Trattamento	Qualità	PFS	OS	B/R	Raccom. GReFO
<p>Dara Rd Daratumumab (16 mg/kg e.s. una volta a settimana durante il ciclo 1 e 2, ogni 2 settimane dal 3° al 6° ciclo, → poi ogni 4 settimane fino a PD) +lenalidomide (25 mg /die fino al gg 21) +desametasone (40 mg/die nei giorni 1, 8, 15 e 22; (cicli 28 giorni) fino a PD)</p> <p>Vs Rd Lenalidomide +desametasone (stessi dosaggi sopra)</p> <p>RCT (1:1) di fase III, in aperto, stratificato per - Età (<75 aa vs ≥75 aa) - Regione geografica (Nord America vs altra) - stadio di malattia (I vs II vs III, secondo International Staging System)</p> <p>737 Pazienti con NDMM non eleggibili alla chemioterapia ad alte dosi con trapianto di cellule autologhe per età (≥65aa) oppure per condizioni cliniche preesistenti che pregiudichino il trattamento (tossicità inaccettabile)</p> <p><small>*Facon T et al. NEJM 2019 – Studio MAIA † downgrade per imprecisione: analisi ad interim → le analisi di PFS attualmente disponibili sono state effettuate quando con 62 % di pazienti che era andato incontro ad un evento (Downgrade -1)</small></p>	Moderata (-1 downgrad per imprecisione)§	<p>PFS mediana (ITT pop.) Dara Rd: NR Rd: 31,9 mesi HR: 0,56 (IC 95%; 0,43-0,73)</p> <p>Tasso di PFS stimato 30 mesi: Dara Rd: 70,6% Rd: 55,6%</p> <p>Follow up mediano 28 mesi</p>	<p>OS mediana NON RAGGIUNTA in entrambi i bracci</p> <p>Follow up mediano 28 mesi</p>	favorevole	Positiva debole

Oncologic data-Base (ODB)



Delibera di Giunta 463/2016: Linee di indirizzo per la conversione in regime ambulatoriale dei day hospital oncologici in RER.

Circolare 3/2016: Gestione del trattamento chemioterapico in regime ambulatoriale.

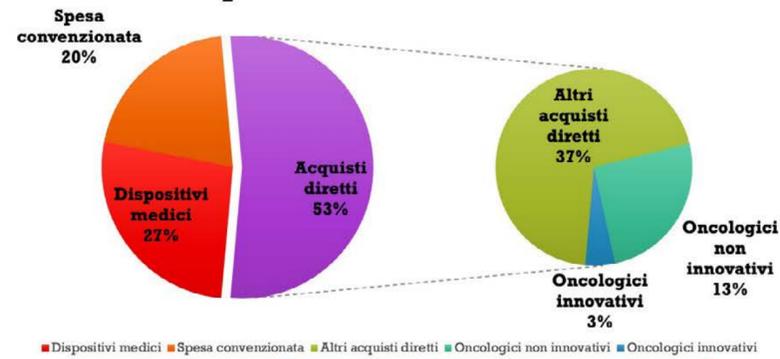
Circolare 17/2016: Implementazione del Database Oncologico.

Potenzialità del database oncologico

- Monitoraggio del farmaco per varie indicazioni (link tra FED e ASA)
 - Monitoraggio dei vari trattamenti per singola patologia
 - Verifiche di tossicità /sospensioni del trattamento
 - Programmazione e verifica della spesa per i farmaci ad alto costo
 - Analisi *ad hoc*: su specifici argomenti, farmacoepidemiologia
- ...dati Real World, verso la Real World Evidence (RWE)
Integrazione tra clinico, farmacista, livello regionale

Il progetto rientra negli obiettivi per i direttori generali delle Aziende sanitarie

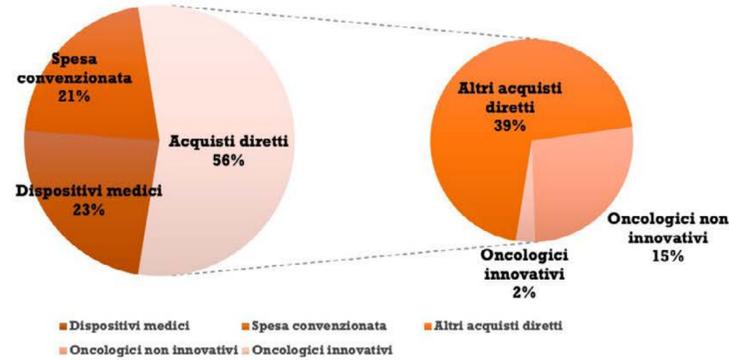
Spesa Farma-DM RER 2022



■ Dispositivi medici ■ Spesa convenzionata ■ Altri acquisti diretti ■ Oncologici non innovativi ■ Oncologici innovativi

Dispositivi medici	Spesa convenzionata	Acquisti diretti
646.304.819 €	495.749.414 €	1.279.641.098 €
		Oncologici non innovativi
		325.495.862 €
		Oncologici innovativi
		62.234.938 €

Spesa Farma-DM RER 6 mesi 2023



Dispositivi medici	Spesa convenzionata	Acquisti diretti
285.324.732 €	257.016.941 €	665.113.827 €
		Oncologici non innovativi
		177.137.702 €
		Oncologici innovativi
		20.633.713 €

From CURE to CARE

From Drug oriented to
Patient oriented

Prossimità delle reti
oncologiche

SSN: pubblico, universale,
equo

Grazie per
l'attenzione

Delitti in materia di violazione del diritto d'autore (Art. 25-novies, D.Lgs. n. 231/2001) [articolo aggiunto dalla L. n. 99/2009]

- Messa a disposizione del pubblico, in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta, o di parte di essa (art. 171, legge n.633/1941 comma 1 lett. a) bis)
- Reati di cui al punto precedente commessi su opere altrui non destinate alla pubblicazione qualora ne risulti offeso l'onore o la reputazione (art. 171, legge n.633/1941 comma 3)
- Abusiva duplicazione, per trarne profitto, di programmi per elaboratore; importazione, distribuzione, vendita o detenzione a scopo commerciale o imprenditoriale o concessione in locazione di programmi contenuti in supporti non contrassegnati dalla SIAE; predisposizione di mezzi per rimuovere o eludere i dispositivi di protezione di programmi per elaboratori (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 1)
- Riproduzione, trasferimento su altro supporto, distribuzione, comunicazione, presentazione o dimostrazione in pubblico, del contenuto di una banca dati; estrazione o reimpiego della banca dati; distribuzione, vendita o concessione in locazione di banche di dati (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 2)
- Abusiva duplicazione, riproduzione, trasmissione o diffusione in pubblico con qualsiasi procedimento, in tutto o in parte, di opere dell'ingegno destinate al circuito televisivo, cinematografico, della vendita o del noleggio di dischi, nastri o supporti analoghi o ogni altro supporto contenente fonogrammi o videogrammi di opere musicali, cinematografiche o audiovisive assimilate o sequenze di immagini in movimento; opere letterarie, drammatiche, scientifiche o didattiche, musicali o drammatico musicali, multimediali, anche se inserite in opere collettive o composite o banche dati; riproduzione, duplicazione, trasmissione o diffusione abusiva, vendita o commercio, cessione a qualsiasi titolo o importazione abusiva di oltre cinquanta copie o esemplari di opere tutelate dal diritto d'autore e da diritti connessi; immissione in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta dal diritto d'autore, o parte di essa (art. 171-ter legge n.633/1941)
- Mancata comunicazione alla SIAE dei dati di identificazione dei supporti non soggetti al contrassegno o falsa dichiarazione (art. 171-septies legge n.633/1941)
- Fraudolenta produzione, vendita, importazione, promozione, installazione, modifica, utilizzo per uso pubblico e privato di apparati o parti di apparati atti alla decodificazione di trasmissioni audiovisive ad accesso condizionato effettuate via etere, via satellite, via cavo, in forma sia analogica sia digitale (art. 171-octies legge n.633/1941).

[Torna all'inizio](#)