

Gentilissimi Dott. Ghirardini e dott.ssa Borsellino,  
come già segnalato via pec il 2 maggio e riinviata all'indirizzo della dott.ssa Borsellino il 12 giugno suggeriamo caldamente i seguenti punti:

1) il punto programmatico di cui al capitolo “9 Programma di attività, tempistica e priorità del TI,CTS e dei Gruppi di Lavoro delle Reti oncologiche” che recita:

“ Il programma di attività individua i seguenti elementi da sviluppare:

....

- *Promuovere un piano per l'aggiornamento della dotazione tecnologica per la radioterapia oncologica .....*”

sia prioritario, e da inserire nella programmazione delle attività trasversali

Infatti la rete oncologica prevede l'uso appropriato di risorse e, quindi, necessita di una seria programmazione radioterapica al fine di non far sorgere centri non previsti dal DM 70 e contemporaneamente mancare di competenze e dotazioni tecnologiche importanti o fondamentali talora neanche regionali. Solo a titolo di esempio mancano in alcune reti regionali competenze come stereotassi (e le corrispettive tecnologie come apparecchiature robotizzate o rotazionali), come radioterapia interventistica (brachiterapia e intraoperatoria) e in situazioni sovregionali l'utilizzo appropriato dell'adroterapia o della Total skin irradiation.

A tal fine si era proposto nella lettera del 2 Maggio 2017 la necessità di un “**Gruppo di Lavoro per le attività trasversali “Radioterapia oncologica”**”, che potrebbe essere aggiunto nell'attuale indice nel capitolo: “ **1.2.3 Strutture ed infrastrutture di sistema** “ con il sottotitolo ***1.2.3.X”Organizzazione delle reti radioterapiche integrate nella rete oncologica”***

Tale rete trasversale dovrebbe inoltre definire (alla stregua di quanto da implementato nelle reti tempo dipendenti) protocolli e procedure per i cambiamenti di setting assistenziali (in relazione al punto dell'indice “**1.1.7.1 Transizione tra i setting assistenziali e follow up**”) che richiedono specifiche competenze cliniche radioterapiche; ad es. spesso pazienti sottoposti a trattamento radioterapico necessitano di cambiamenti di setting assistenziali preordinabili (degenza in specifica struttura di semintensiva o intensificazione di simultaneous-care in paziente ambulatoriale o semplicemente modificare la stanzialità di pazienti pendolari in certe fasi di trattamento).

Il non riconoscimento di questo bisogno, come ora di fatto è nelle attuali realtà di rete, vede ricoveri in setting assistenziali inappropriati e dannosi per questi paziente la cui fragilità viene spesso scambiata per terminalità e come tale inappropriatamente trattati.

2) Non riinvio l'elenco dei riferimenti di Radio-oncologi da inserire nei “gruppi di lavoro per la Riorganizzazione in Rete” e degli esperti ad hoc richiesti avendo chiarito con Alessandro a telefono che questi sono stati inseriti nei GdL. Il duplice nome è dato come titolare (il primo nome) e supplente il secondo nome così da assicurare una continuità logica partecipativa ai GdL.

3) A proposito del verbale del 12 6 2017 nel punto

- *introduzione dei “Migranti” tra le categorie dei pazienti fragili;*

il dott. Russi è intervenuto facendo notare che la situazione di fragilità “migrante” non è una situazione legata al paziente ma è una situazione di “famiglia fragile” in cui spesso versano anche “non migranti” come ad es. disoccupazione, povertà famigliari, pazienti di comunità montane isolati (ad es. di recente ho avuto in cura un paziente italiano che non era mai stato in un ascensore), con

familiari fragili ad es. figli anoressici o gravi ammalati il cui sostegno è/era il paziente ammalato. Pertanto, propone la sostituzione nell'indice del termine "1.1.12.5 Migranti" l'introduzione del concetto "1.1.12.5 Paziente con famiglia fragile" in cui far rientrare non solo i migranti, ma anche le famiglie italiane con serie difficoltà e come tali altrettanto fragili.