



## Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica

Direzione Generale AGENAS  
Dott. Francesco Bevere  
[dir@agenas.it](mailto:dir@agenas.it)

e pc.: Dott.ssa Borsellino Lucia;  
Dott. Ghirardini Alessandro;  
Dott.ssa Goriotti Simona;  
Dott. Leomporra Giorgio;  
Dott. Ippolito Baldassare

Cuneo, 2 Maggio 2017

**Oggetto:** Riscontro della Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica (AIRO).  
*Re: Riorganizzazione delle Reti Oncologiche Regionali (R.O.R.) e l'integrazione dell'assistenza ospedale- territorio. Seguito riunione del 20 aprile 2017*

Facendo seguito all'incontro del 20 aprile u.s. presso l'AGENAS, in relazione al quale ringrazio per l'iniziativa di coinvolgere le società scientifiche, si inviano le seguenti considerazioni:

1. ***“Esperti ad hoc” di cui si può avvalere il Coordinamento Tecnico Scientifico (CTS) per le problematiche relative alla radioterapia.***  
L'AIRO dichiara la propria disponibilità: le professionalità di riferimento sono state inserite nel modello in Excel da voi predisposto ed allegato.
2. ***Per i riferimenti di Radio-oncologi dei “gruppi di lavoro per la Riorganizzazione in Rete”*** questi sono stati inseriti nello stesso modello di cui al punto precedente.
3. ***Proposta di Gruppo di Lavoro per le attività trasversali “Radioterapia oncologica”.***  
In considerazione della pressante esigenza dell'attività radioterapica di lavorare in rete (alla stregua di quanto avvenuto in Veneto ed in embrione in Sicilia, Piemonte, Lombardia etc.) per ottimizzare l'utilizzo di risorse costose come i dispositivi medici radioterapici; tale gruppo di lavoro risponderebbe alla soluzione di due problematiche emergenti:
  - a. sviluppare quanto indicato al punto 7 del “9. Programma di attività, tempistica e priorità del TI, CTS e dei gruppi di lavoro delle reti oncologiche” pag 19 della bozza di discussione del 20 aprile 2017, relativa a **“Promozione di un piano di aggiornamento della dotazione tecnologica per la radioterapia oncologica”**
  - b. Utilizzo appropriato delle risorse più costose che richiedono un'organizzazione a rete regionale (apparecchiature robotizzate o rotazionali per stereotassi, brachiterapia) o sovraregionali tra cui rientra l'utilizzo appropriato dell'adroterapia o Total skin irradiation, etc.

Al riguardo, si segnala che la società scientifica ha già effettuato un censimento delle risorse tecnologiche ed umane distribuite sul territorio nazionale (<http://www.radioterapiaitalia.it/i->

[centri-in-italia/](http://www.radioterapiaitalia.it/soci/gruppi-regionali/)) ed è capillarmente diffusa su tutto il territorio nazionale, con referenti per ciascuna regione <http://www.radioterapiaitalia.it/soci/gruppi-regionali/> .

4. **Relativamente al “panel di esperti” di cui al punto C della “10. Procedura operativa e tempistica per la riorganizzazione delle reti oncologiche”** che nel paragrafo “Prossimi passi” del verbale del 20 aprile vedrà convocare dal Direttore dell’AGENAS i “Responsabili delle reti oncologiche” che hanno attivato le relative reti, si segnala che:
- si condivide pienamente la scelta del Direttore Generale dott. Bevere di non disperdere le esperienze già avviate. Al riguardo, è stato segnalato nel corso della riunione che delle reti oncologiche solo qualcuna ha fatto registrare un qualche successo. Dopo aver sentito i colleghi radio-oncologi delle regioni in cui le reti sono attive, si riferisce che è stato segnalato che le maggiori difficoltà sono nate sia per l’assenza delle linee guida (per cui l’Agenas sta ottemperando) sia perché le varie discipline trasversali (come le direzioni sanitarie, chirurgie oncologiche, radio-oncologie etc. ) principalmente coinvolte non sono riuscite ad esprimere le peculiarità della propria disciplina. Ciò ha causato l’emersione di difficoltà nell’organizzazione della rete ed il persistere delle medesime. Accade poi che spesso le attuali reti sono vissute come reti di “oncologia medica” con il principale obiettivo di gestire la risorsa farmaco e non l’ottimizzazione del complesso di risorse cliniche (dispositivi medici ad alto costo, sale operatorie, anatomie patologiche etc.). Peraltro, il farmaco tra le risorse è solo una quota parte dell’impegno oncologico, il cui risvolto di spesa spesso non è proporzionato all’efficacia clinicamente rilevante in campo clinico.

Si ritiene, pertanto, utile che nel CTS non vengano coinvolti i responsabili delle reti già attive **qualora questi rappresentassero tutti una sola disciplina oncologica**. In tal caso, sarebbe utile coinvolgere nel CTS non necessariamente il responsabile, ma una figura medica di altra disciplina trasversale dell’oncologia clinica che abbia attivamente partecipato alla realizzazione della rete. Infatti, per percezione dei colleghi radio oncologi coinvolti nelle varie esperienze regionali, le difficoltà di decollo della rete potrebbe essere dovuta proprio al mantenimento di una visione monistica ed unidisciplinare della rete stessa.

In conclusione, si suggerisce di proporre nel “panel di esperti” figure non necessariamente coincidenti con il responsabile della rete (soprattutto laddove la rete è rimasta solo formalmente realizzata), ma figure professionali di altre discipline che hanno lavorato attivamente per la rete stessa.

Solo per fare degli esempi, al fine di cooptare figure multidisciplinari provenienti dalle reti citate nel documento (Lombardia, Piemonte , Veneto e Toscana) potrebbe essere coinvolto un Oncologo Medico come il dott. Oscar Bertetto antesignano del modello rete oncologica operativo nella rete **piemontese**; un Direttore Sanitario come la dott.ssa Simona Aurelia Bellometti inserita nell’ambito dell’esperienza **veneta** ove ha operato con ruoli di grande responsabilità e attenzione alle collaborazioni multidisciplinari; un Radioterapista Oncologo come il Prof. Lorenzo Livi, coinvolto nella realizzazione della rete **toscana**, nonché elemento di raccordo con la commissione LEA del ministero (di cui è membro e presiede all’interno di questa la commissione dell’adroterapia); infine, per la

**Lombardia, un chirurgo** come il dott. Giario Conti, urologo, con grande esperienza nella stesura di pdta ed abituato a lavorare in multidisciplinarietà anche in ambito nazionale.

Ovviamente questi sono solo degli esempi e delle considerazione che non hanno nulla di personale nei confronti dei singoli responsabili di rete o di altri degnissimi colleghi, ma a nostro parere appare utile riportare a livello di Oncologia Clinica ciò che ad oggi viene percepito come monodisciplinare con eccessiva attenzione verso la risorsa farmacologica e talora poco attenta verso le altre risorse.

Nella speranza di aver fornito utili indicazioni, ringrazio per il coinvolgimento e porgo cordiali saluti, restando a disposizione per ogni eventuale ulteriore suggerimento.

Elvio Russi  
Presidente AIRO

