



CONNECTION
STATI GENERALI

SUD
CAMPANIA, MARCHE, PUGLIA e SICILIA



28 e 29 Novembre 2022

NAPOLI
Holiday Inn, Centro Direzionale
Isola E6 di Napoli

Con il patrocinio di



Regione Puglia



REGIONE SICILIANA



PATROCINI SCIENTIFICI



Università
di Catania



Università
di Foggia



INTRODUZIONE DI SCENARIO

Nel 2021 Motore Sanità ha svolto un percorso ambizioso che è stato generatore di idee per l'oncologia, i malati di cancro e le loro famiglie: ONCConnection, le reti oncologiche al servizio dei pazienti.

L'ambizione stava nel dare voce a tutti, tutte le anime di questo complesso mondo: cittadini, medici, farmacisti, operatori sanitari, tecnici della programmazione regionale e nazionale, politici, giornalisti, economisti sanitari e industria. Da febbraio a ottobre abbiamo prodotto 7 eventi, 7 tavoli aperti su altrettanti temi di oncologia con un comune denominatore: senza gioco di squadra il cancro non si vince.

IL PERCORSO DI ONCONNECTION

Da febbraio a ottobre abbiamo prodotto ben 7 eventi, 7 tavoli aperti su altrettanti temi di oncologia con un comune denominatore: senza gioco di squadra il cancro non si vince. Il percorso si è concluso, meglio si è riaperto in un volume del magazine Mondosanità dedicato. I temi principali emersi sono:

- Sul Territorio è necessario fare prevenzione. La prevenzione è un pilastro per la Salute di tutti noi ed è solo grazie alla prevenzione che molte patologie sono precocemente diagnosticabili e curabili;
- Dobbiamo informare e comunicare sui corretti stili di vita;
- Oggi prevenire alcune patologie è più semplice perché disponiamo di strumenti tecnologici di più facile utilizzo e alla portata di tutti, ma la pandemia ha interrotto i programmi di screening ed è quindi necessario recuperare il tempo ed i cittadini/pazienti perduti;
- L'Oncologia è un settore ad altissima innovazione diagnostica e terapeutica, spesso dirompente, che necessita di un sistema di programmazione delle risorse completamente nuovo che vada di pari passo con i cambiamenti imposti dall'innovazione stessa;



- Compito di ogni servizio sanitario regionale è cercare di costruire sistemi di governance in grado di garantire l'accesso all'innovazione riconosciuta dagli enti regolatori Nazionali delineando linee di intervento chiare dal punto di vista organizzativo (da qui la struttura delle reti oncologiche e/o al loro interno di reti più specifiche ad esempio breast) ed amministrativo per la allocazione e rendicontazione dei flussi di spesa;
- In attesa di superare il sistema di finanziamento attuale strutturato per silos di spesa, recentemente vi è stata una revisione del fondo farmaci innovativi, con una implementazione importante. Le diverse soluzioni attuate sono le basi per un confronto e per "copiare" le buone pratiche. Ogni regione infatti ha cercato di organizzare la rendicontazione amministrativa di questo capitolo di spesa, facilitando la gestione che è a tutti gli effetti a prevalenza nazionale, piuttosto che regionale o addirittura aziendale;
- Oncologia ed Oncoematologia rappresentano aree in cui la medicina personalizzata, la cosiddetta target therapy ha raggiunto l'apice applicativo. Dall'immunoncologia ai primi farmaci agnostici recentemente introdotti, alle numerose terapie target efficaci nelle molteplici mutazioni tumorali, la ricerca sta portando alla luce una quantità di conoscenze tali per cui è chiaro che la profilazione genomica sarà elemento cardine in continua evoluzione, su cui si svilupperà la medicina del futuro. Ma nonostante la consapevolezza di tutto ciò, il trasferimento nel real world di queste conoscenze e degli strumenti tecnici ed organizzativi adeguati a gestirle, rallentato da difficoltà burocratiche;
- Permangono a livello istituzionale, nazionale e regionale, elementi di incertezza sul budget dedicato ai TEST da eseguire che sono necessari per impostare terapie e percorsi di cura appropriati. Le tempistiche di approvazione da parte dell'autorità regolatoria Italiana delle terapie (in particolare quelle innovative), che finalmente si sta allineando con le medie europee non segue di pari passo l'inserimento nei LEA e la codifica, con attribuzione dei costi, dei test necessari. Resta ancora un forte carico di incertezza su quale centro di costo dovrà farsi carico di quei test molti dei quali condizionano la prescrizione della terapia target;



- Secondo i dati AIOM, in Italia nel 2020 circa 370 mila persone sono stati colpiti dal cancro ed il numero delle persone che sopravvive dopo la diagnosi è di circa 3,6 milioni (il 5,7% dell'intera popolazione). L'efficacia delle campagne di prevenzione, delle nuove tecnologie diagnostiche e delle terapie innovative, ha portato ad un complessivo aumento del numero delle persone che vive dopo la diagnosi: il 50% dei nuovi malati diagnosticati in buona parte cronicizza. Se da una parte i vantaggi del progresso scientifico hanno cancellato l'ineluttabile equazione "cancro uguale morte", dall'altra sono sorti ulteriori bisogni assistenziali, molti dei quali l'esperienza della recente pandemia, ha fatto emergere come urgenti;
- Per questo oltre lo sviluppo delle reti di patologia che attualmente coinvolgono la medicina specialistica, già implementato in molte Regioni, occorre oggi uno sforzo per costruire una oncologia territoriale che possa rispondere a questa nuova ed importante cronicità;
- L'innovazione diagnostica e terapeutica in oncologia implica la necessità di valutare quale è realmente dirompente e quali sono i modelli di futura governare che ne permettano la reale applicazione.
- Per sviluppare e trovare risposte ai punti di cui sopra Motore Sanità ha intenzione di organizzare 4 eventi ibridi, ciascuno composto di 3 sessioni dedicate per avviare gli Stati Generali di tutte le tematiche dell'Oncologia.

Eventi realizzati nelle 4 macroregioni:

NORD OVEST
15 e 16
Settembre
2022

NORD EST
7 e 8
Novembre
2022

SUD
28 e 29
Novembre
2022

CENTRO
1 e 2
Dicembre
2022



PRIMA GIORNATA SESSIONE I: DALL'“AS IS”, AL “TO BE”

SALUTI ISTITUZIONALI

Sul tema dell'oncologia va fatta una strategia, una strategia che metta insieme le risorse attuali e quelle future attraverso una stretta collaborazione tra governance regionale e quella sanitaria. Chi governa la sanità regionale deve inoltre riflettere sugli errori commessi così da imparare.

Punto focale della strategia della nuova sanità deve essere l'integrazione socio-sanitaria, è quindi importantissima una presa in carico di questo tipo che dia spazio anche al supporto psico-sociale del paziente e della famiglia che lo deve seguire e supportare.

Altro punto focale su cui costruire le strategie sanitarie deve essere la prevenzione, questo perché la parola prevenzione, che sembra banale e quasi scontata non lo è. Gli elementi preventivi, come uno stile di vita sano e una buona alimentazione sono davvero importanti per la salute pubblica, le istituzioni devono quindi lavorare anche nel portare il concetto di prevenzione su tutti gli aspetti della vita.

Il lavoro di divulgazione è fondamentale per portare alla luce grandi problemi che però sono “nascosti” al grande pubblico, ne sono ignari. La politica deve capire che ascoltare il lavoro di divulgazione che viene fatto, anche nei convegni, potrebbe evitare moltissimi dei problemi che invece ci troviamo ad affrontare. Tema cruciale per il futuro sono le risorse, sia economiche che umane.

Attualmente i cosiddetti “eroi del Covid” cioè tutti gli operatori sanitari utilizzati durante l'emergenza, si stanno trovando ad affrontare un vero e proprio ben-servito da parte delle istituzioni. Le forze istituzionali devono quindi riuscire a dare ascolto le necessità degli esperti di sanità. Dobbiamo lottare per far sì che il diritto alla sanità venga sempre garantito.



ONCOLOGIA: Innovazione terapeutica, uno sguardo al futuro, l'esempio del tumore alla mammella

Il cancro della mammella, cosiddetto “Big Killer al femminile”, rappresenta la causa più comune di mortalità cancro-correlata nella donna. Colpisce più frequentemente le donne in post menopausa di età superiore a 50 anni, ma anche gli uomini (1% circa di tutte le diagnosi di tumore mammario).

È potenzialmente grave se non individuato e curato per tempo. Grazie a metodi diagnostici moderni e a terapie all'avanguardia, il tasso di sopravvivenza relativo al tumore al seno è aumentato costantemente negli ultimi anni. Infatti se il tumore viene identificato in fase molto precoce (stadio 0) la sopravvivenza a 5 anni nelle donne trattate è pari al 98%.

Nel cancro metastatico invece la sopravvivenza è molto minore, dipendendo dalle caratteristiche del paziente, dalla aggressività della patologia e dalle opzioni terapeutiche possibili. Alla malattia sono stati associati diversi fattori di rischio come: l'età, l'assenza di gravidanze, la familiarità e la predisposizione genetica.

Il trattamento del cancro alla mammella è perciò strettamente legato sia alle caratteristiche genetiche del tumore che allo stadio in cui la malattia viene diagnosticata e vengono utilizzate la chirurgia, la radioterapia, la chemioterapia, la terapia endocrina e la terapia a bersaglio molecolare.

Per la caratterizzazione istologica di questo tumore oggi sono in commercio validi supporti. In particolare, risulta importante la valutazione dell'espressione del recettore HER2, bersaglio molecolare delle Target Therapy più utilizzate, che è espresso sulla superficie di tutte le cellule come co-responsabile dei normali processi di crescita, moltiplicazione e riparazione cellulare.

I tumori definiti HER2 positivi sono quelli che hanno sulla superficie cellulare iper-espressione di questo recettore che può rendere il tumore più aggressivo con tendenza a crescere più velocemente ed a diffondersi maggiormente. Essi rappresentano circa il 20-25% dei tumori della mammella. Grazie a queste target therapy la malattia avanzata HER2-positiva viene efficacemente trattata in combinazione con la chemioterapia o con linee successive di trattamento.



Fino ad oggi dopo queste linee di terapia alcune pazienti non avevano ulteriori efficaci terapie disponibili, ma ora stanno per arrivare nuove terapie mirate che in queste pazienti già poli trattate hanno evidenziato risultati di sorprendente efficacia. Sono farmaci progettati per portare in modo mirato la chemioterapia all'interno delle cellule tumorali e ridurre così, rispetto ai meccanismi della comune terapia, l'esposizione sistemica al carico citotossico.

CRONICIZZAZIONE E SOSTENIBILITÀ ECONOMICA

L'innovazione tecnologica, le nuove scoperte in ambito medico e una maggiore presa di coscienza sugli stili di vita sani stanno facendo in modo che l'aspettativa di vita media sia in costante crescita e la mortalità in diminuzione.

Questo scenario, per quanto positivo, comporta un costante aumento di pazienti che soffrono di una o più malattie croniche; la maggiore incidenza implica quindi nuovi costi. La transizione demografica ed epidemiologica verso la cronicità complessa e avanzata impone di rivedere le modalità di organizzazione e governance del sistema di continuità delle cure rivolto a "coorti" sempre più numerose di malati fragili.

Se il SSN vuole veramente ridurre il danno delle malattie inguaribili deve avere l'obiettivo di portare le persone in salute più avanti con l'età possibile.

Cronicità in Oncologia

Se fino a pochi anni fa per molte diagnosi di cancro la prognosi era nefasta o con una aspettativa di vita molto breve le scoperte in ambito medico hanno in molti casi ribaltato queste prognosi permettendo ai pazienti di vivere molti anni.

Ogni giorno in Italia si registrano mille nuovi casi oncologici, mentre tre milioni e mezzo di italiani vivono dopo una diagnosi di cancro, di questi circa 280.000 sono piemontesi. Si stimano 377.000 nuove diagnosi annuali di tumore, circa 195.000 fra gli uomini e circa 182.000 fra le donne.



Attualmente il 50% dei malati riesce a guarire, con o senza conseguenze, una buona percentuale dei restanti ha maggiori possibilità di controllare la malattia cronicizzandola.

Il SSN deve quindi riorganizzare i suoi percorsi di presa in carico in maniera efficiente ed efficace per riuscire a garantire le migliori cure possibili e al contempo la sostenibilità economica del sistema.

ISTITUZIONI, CLINICI, TERZO SETTORE, INDUSTRIA: INTEGRARE LE COMPETENZE PER IL BENE DEI PAZIENTI

Per moltissimi anni la sanità in Italia è stata vissuta in maniera disunita, con ogni apparato che lavorare in maniera indipendente rispetto al resto del sistema. Questo oggi non può più accadere perché la salute e la sanità è sempre più frutto dell'interconnessione di competenze di moltissimi ambiti.

È quindi necessario rimodellare l'approccio che tutti gli attori del sistema (istituzionali, clinici, terzo settore, industria) hanno sviluppato in passato. Per riuscire in questo è necessario però cambiare radicalmente il sistema strategico e manageriale in tutti gli aspetti del SSN creando una sanità che non ragioni più a silos ma ad aree di interesse e percorsi per malattia.

Obiettivo ultimo degli stakeholder deve essere quello di collaborare e lavorare nell'interesse esclusivo del paziente.

La sanità come volano economico

Un sistema sanitario è tanto sostenibile tanto quanto chi governa decide che deve essere tale. È ovvio che se si continua a considerare il sistema sanitario italiano soltanto una voce di spesa è difficile continuare a richiedere ulteriori sostegni in termini di finanziamento.

Il servizio sanitario nazionale sia un importantissimo volano di sviluppo economico, lavorativo e culturale.



Ci sono dati importanti che indicano che per ogni dollaro investito in sanità c'è un ritorno di 1,4 dollari, bisogna quindi sviluppare una sempre maggiore partnership tra pubblico e privato a tutti i livelli. Bisogna, inoltre, che il sistema si organizzi per garantire l'equità di accesso alle nuove tecnologie diagnostiche innovative.

Non basterà però acquistare i macchinari, ma bisognerà garantire la formazione di tutte le risorse umane necessarie per il funzionamento di queste tecnologie. Implementare, sostenere, e diffondere progressivamente gli screening per le tre patologie principali deve essere una priorità assoluta di chi si occupa di salute pubblica.

Il miglior modo di governare il costo del sistema è ridurre il numero di patologie tumorali avanzate al momento della diagnosi ma io andrei anche oltre non dimenticandoci quello che è il periodo del fine vita del paziente.

A CHE PUNTO SIAMO, COSA C'È, COSA SERVE: TRA CARENZA DI PERSONALE, HUB/SPOKE E CAPILLARITÀ DELL'ASSISTENZA

Puglia, Campania e Sicilia sono tre regioni in cui è presente una forte e strutturata rete oncologica regionale. Questa struttura organizzativa è fondamentale sotto moltissimi punti di vista e l'accesso rapido ed equo all'innovazione è uno di essi.

Questo perché per utilizzare in maniera corretta l'innovazione è necessario prima di tutto identificare le expertise necessarie già presenti sul territorio ed in secondo luogo identificare dei modelli in grado di garantire l'uso appropriato e sostenibili dell'innovazione. La rete è quindi il miglior modello per standardizzare tutti gli aspetti, dalla diagnosi alla presa in carico, delle cure del paziente.



Campania

In Campania la Rete oncologica campana (ROC) ha fatto passi da gigante nonostante il Covid. È partita nel 2016 con 4 Pdta e una manciata di gruppi multidisciplinari (Gom), ad oggi i cittadini campani possono contare su 37 Pdta, annualmente aggiornati e revisionati, e 343 gruppi multidisciplinari che possono, mediante la piattaforma Roc offrire ai pazienti una significativa riduzione del “burden burocratico” e la valutazione dei pazienti per arruolamento in trial clinici; sul Molecular tumor board; sulla cooperazione con le organizzazioni non-profit di pazienti.

Ora la priorità assoluta in Campania è consentire alla Rete oncologica campana di raggiungere l’obiettivo fondante: ridurre la mortalità e garantire ai cittadini campani le stesse chances di sopravvivenza e qualità della vita, adesso posseduti dalla media dei cittadini italiani.

Esistono altre criticità di carattere “operativo-pragmatico” e culturale “di indirizzo”: per le prime le reti oncologiche, la digitalizzazione, il Pnrr, precludono a figure professionali che sicuramente non sono al momento nelle piante organiche degli enti sanitari campani; probabilmente neanche fuori. Sono professionalità strategiche all’interno del viaggio della persona nel percorso diagnostico terapeutico assistenziale.

È fondamentale che ci sia un’accurata programmazione per rispondere alle seguenti domande: Dove recuperare le risorse umane e come? Come formarle? Di quanto tempo e quanti soldi il sistema ha bisogno? Per le seconde, diffuse un po’ dovunque, ma più ostinate nel sud Italia, a nostro avviso i temi principali sono due: la capacità di “delegare”, la capacità di “comunicare” tra il soggetto superiore e quelli che si trovano ai livelli sottostanti, ma tutti stakeholders.

Esiste inoltre la necessità di estendere maggiormente i PDTA e la RoC anche fuori dalle grandi città, infatti ad oggi il 30% dei nuovi pazienti oncologici entra direttamente all’interno del percorso e la maggior parte sono concentrati nella città metropolitana o nei grandi agglomerati urbani.



Le aree interne e disagiate non sono pienamente comprese all'interno dei percorsi di tutela. È qui che si deve concentrare maggiormente lo sforzo di tutti gli stakeholders e, in particolare dei medici di medicina generale.

Dei 4.000 medici di medicina generale presenti in Campania solo 500 hanno acquisito le credenziali per l'accesso alla piattaforma Roc e solo 100 di loro le utilizzano regolarmente.

Ma la Rete oncologica campana non si ferma. La Roc è ormai una realtà consolidata e in grado di organizzare percorsi di cura che vanno dal sospetto diagnostico fino alla gestione del follow up del paziente. Un punto di orgoglio della nostra regione, impensabile fino a pochi anni fa.

La gestione multidisciplinare del paziente attraverso i Gom garantisce tempi di accesso ottimali e una valutazione integrata del percorso di cura da affrontare, garantendo efficacia ed efficienza del sistema, oltre che ad una effettiva presa in carico del paziente che garantisce l'organizzazione dell'intero iter.

Si sta lavorando inoltre per migliorare ancora di più il sistema individuando luoghi e tempi di accesso alle prestazioni diagnostiche e specialistiche personalizzate per ogni singolo paziente e il dialogo tra istituzioni, associazioni e direzione scientifica è costante e costruttivo.

Sicilia

La Sicilia è in rete. Attualmente però la rete è a conoscenza di dove sono gli studi clinici ma ancora oggi la rete difetta sulla logistica, per questo è di fondamentale importanza rendere più accoglienti gli ospedali siciliani.

Inoltre è un momento anche di migrazione sanitaria e la rete deve lavorare e intervenire anche su questo aspetto.

La rete oncologica siciliana sta quindi lavorando per creare dei percorsi virtuosi per avere una risposta omogenea su tutto il territorio. Inoltre, un punto focale su cui agire è quello di creare una piattaforma di dialogo tra la rete ed i PDTA.



Una piattaforma di questo tipo è essenziale per dare risposte unitarie e omogenee ai bisogni dei malati oncologici e di accesso alle cure che non devono essere diverse sul territorio.

La Regione Siciliana è quindi in piena revisione della Rete oncologica, istituita per la prima volta nel 2014 ma attuata a macchia di leopardo. Oggi, con la ormai consolidata Rete delle Breast Unit, costituita nel gennaio 2020, si associano quelle create per il trattamento dei tumori del colon-retto, polmone, prostata e ovaio e quelle della tiroide e mesotelioma in corso.

Sono stati realizzati e approvati percorsi diagnostici terapeutici per i tumori di mammella, colon-retto, prostata, ovaio, polmone, tiroide e mesotelioma. È stato inoltre istituito il Molecular Tumor Board regionale per supportare l'assessorato nella nuova frontiera della medicina di precisione.

È chiaro che c'è ancora tanto da fare: innovazione digitale, garanzia fissa e duratura dell'accesso alle terapie innovative, coinvolgimento del territorio (oggi molti pazienti oncologici, grazie alle cure innovative, diventano "cronici"), potenziamento delle attività di prevenzione, potenziamento servizi di psiconcologia ospedalieri e territoriali e dei team nutrizionali, potenziamento della promozione di rapporti con i pazienti e le loro associazioni. Queste rappresentano le nuove sfide per garantire un'assistenza adeguata ai nostri pazienti oncologici.

Puglia

In Puglia è stata istituita con DGR n. 221/2017 la Rete Oncologica Pugliese (ROP) per rispondere alle esigenze dei cittadini pugliesi affetti da malattia oncologica, attraverso la realizzazione di un modello di presa in carico globale del paziente.

In questi cinque anni sono stati identificati i centri Hub&Spoke, sono stati varati diversi PDTA di patologia e molti altri sono in studio. Molto lavoro deve essere ancora fatto per portare la Puglia al pari di reti più vecchie e consolidate, ma tutti gli stakeholders stanno collaborando per rendere la RoP il più operativa possibile per garantire il miglior accesso alle cure e alle terapie su tutto il territorio regionale.



Marche

La medicina territoriale, in un'ottica di prossimità e di assistenza domiciliare e di telemedicina è un tema cruciale in campo oncologico.

Su questo le Marche sicuramente hanno lavorato tanto, anche soprattutto in questo periodo di pandemia che ha messo a dura a prova tutti i sistemi sanitari ma che ha premiato la possibilità di lavorare più vicino del territorio dei pazienti, del domicilio dei pazienti.

Il PNRR potrà rappresentare una opportunità importante di sostegno sia per la sanità sia per il mondo universitario, tuttavia ci sono delle criticità legate alla parcellizzazione dei finanziamenti, al fatto che i finanziamenti sono principalmente destinati a beni, apparecchiature, a edilizia, piuttosto che a personale che possa stabilmente poi nel tempo dare continuità alle progettualità.

In Regione Marche ancora non esiste una rete oncologica strutturata e formale, esiste però una rete di professionisti che si riunisce e lavora per garantire omogeneità e qualità di cure su tutto il territorio regionale.

La necessità di una maggiore equità di accesso ai test diagnostici

Se le reti oncologiche hanno la finalità di garantire equità nell'accesso dei pazienti a cure appropriate e di qualità, è necessario altresì garantire uguali opportunità di accesso ai test diagnostici, in particolare a quelli a target molecolare.

Purtroppo in Italia, ma anche in gran parte delle nazioni europee, l'accesso ai test con target molecolari è tutt'altro che equo.

Le motivazioni vanno ricondotte essenzialmente all'assenza di criteri di rimborsabilità e ad una carente organizzazione sul territorio che individui i centri di patologia molecolare dotati di idonea strumentazione, ma soprattutto di adeguate competenze.



Come possiamo immaginare una rete oncologica che non ha a disposizione per tutti i pazienti i test necessari per la miglior terapia al momento possibile? Quante volte si è mandato in giro il paziente o i suoi familiari per recuperare nelle Anatomie patologiche il campione tumorale per queste indagini con notevole perdita di tempo prima di iniziare la terapia più idonea? Perché l'AIFA nel momento in cui approva un farmaco a target molecolare, non si attiva nel segnalare a chi compete che è necessario anche rimborsare il test?

Occorre una revisione organizzativa che individui su tutto il territorio nazionale i centri in grado di erogare i suddetti test con criteri di appropriatezza, qualità, equità e omogeneità nelle procedure su tutto il territorio nazionale, evitando non solo la mobilità passiva dei pazienti, ma anche dei loro campioni tumorali.

La carenza di personale in Italia

L'adeguata disponibilità di professionisti sanitari è indispensabile per soddisfare i bisogni di salute della popolazione. Secondo i dati OECD del 2020 in Italia il numero di infermieri è 6,2 ogni 1.000 abitanti contro la media europea di 8,8.

In Sicilia nel 2020 il personale del servizio sanitario nazionale era di 8.844 medici e 17.221 infermieri; nel 2019 i medici di medicina generale erano 4.000 e i pediatri di libera scelta 721 contro i 3.871 e 656, rispettivamente, del 2021.

Nell'ambito del personale medico risultano carenti alcuni specialisti e i medici di medicina generale rispetto alle medie EU e non omogeneamente distribuiti sul territorio nazionale.

I provvedimenti emergenziali adottati durante la pandemia non hanno prodotto significative correzioni delle consistenze di personale infermieri/medici di medicina generale.

A fronte della carenza di specialisti il numero di borse despecializzazione per biennio 2021/22 è stato ridotto di 4.000 unità rispetto al precedente; consola il dato siciliano del 2021 con 322 borse per la formazione dei medici di medicina generale verso le 89 del 2020.



Sistema, a livello nazionale, la messa in servizio di 61.760 infermieri dal 2027, tenendo conto della capacità formativa e un tasso di successo del 75%.

Gli effetti dell'offerta formativa delle scuole di specializzazione saranno apprezzabili dal 2023. In assenza di aggiustamenti nella pianificazione dei fabbisogni delle risorse, senza una fattiva integrazione ospedale/territorio, in assenza del coinvolgimento delle strutture private accreditate anche i fondi del Pnrr verranno usati per costruire "contenitori" vuoti.



SECONDA GIORNATA: TARGET THERAPY E ONCOLOGIA PERSONALIZZATA

SALUTI ISTITUZIONALI

In Campania è stata, da qualche anno, finalmente creata una Rete oncologica, sono presenti grandissime professionalità in questo settore e un ospedale di rilievo nazionale che è un punto di riferimento per il nostro paese.

Si sta lavorando per implementarla, ma c'è tanto da fare, lo si percepisce soprattutto per il feedback che le istituzioni regionali ricevono quotidianamente dai cittadini.

La realtà è che le istituzioni sanitarie regionali sono ancora lontane dal riuscire a garantire l'effettività del diritto alla salute in questo settore e in particolare sono lontane dal garantire quella qualità percepita ai cittadini che vivono il problema della malattia oncologica e che devono sentirsi presi in carico integralmente.

Tutto questo però non è colpa degli operatori sanitari che molto spesso compiono enormi sacrifici personali per garantire le migliori cure ai pazienti ma di una mancanza endemica di risorse e personale e di una burocrazia troppo stringente.

Su questi punti le istituzioni si stanno impegnando, soprattutto sul livello territoriale e della presa in carico. C'è una delibera che la Giunta regionale campana ha emanato di recente in base alla quale un paziente che debba fare la chemioterapia in Campania, finalmente potrà fare gli esami abilitanti, poi effettuare la chemioterapia direttamente nella struttura dove effettuerà la effettuerà.

Oggi invece accade che un cittadino oncologico vada in centro convenzionato per fare l'emocromo, e debba magari pagarselo di tasca propria perché si sono esauriti i fondi dei tetti di spesa. Le istituzioni inoltre si stanno battendo per l'attivazione dei reservice e dei Pac che consistono nella presa in carico globale del paziente oncologico anche dal punto di vista della specialistica ambulatoriale per quanto attiene gli esami diagnostici di follow up. Stesso disagio: il paziente oncologico è in carico dallo specialista ma poi deve recarsi dal medico di medicina generale per fare le prescrizioni e deve andare in giro per i centri pubblici e privati convenzionati a cercarsi le prestazioni diagnostiche di follow up.



L'obiettivo da raggiungere è che il paziente faccia tutto il follow up all'interno della struttura in cui è stato preso in carico, questo vuol dire migliorare la qualità di vita di chi già vive la malattia tumorale.

Altro tema sono le cure palliative su cui la Campania è molto indietro. Mettendo insieme tutti questi pezzi, accanto ai pdta a cui si sta lavorando, e alla strutturazione della rete oncologica, la Campania potrà dire di essere in grado di prendersi cura di chi oggi vive la malattia tumorale.

LISTA DELLA SPESA PER IL PNRR

L'utilizzo dei fondi PNRR è una opportunità per la sanità in genere, ed in particolar modo, delle Regioni del Sud, per interventi fondamentalmente legati all'acquisizione di risorse, quale personale e implementazioni delle tecnologie interventistiche.

La pandemia da Covid-19 ha evidenziato la necessità di una profonda riconversione dell'offerta assistenziale sia ospedaliera che territoriale, accentuando problemi non affrontati negli ultimi decenni quali la carenza di personale, l'innovazione tecnologica, la medicina territoriale, la formazione del personale.

L'ospedale e il territorio devono essere visti in futuro realtà profondamente integrate, superando la settorializzazione che ha caratterizzato il loro rapporto finora, realizzando il percorso del paziente, reinterpretando il modello dell'intensità di cure non a favore dell'organizzazione (ospedale appunto per intensità di cure) ma a favore dell'utente, realizzando una assistenza integrata per gradualità delle cure.

Per realizzare tale obiettivo è necessario innanzitutto una analisi epidemiologica attenta e realistica dei bisogni di salute dei bacini di utenza e delle realtà locali. Il PNRR prevede ingenti investimenti (circa 8 miliardi) per le reti di prossimità, in gran parte utilizzabili per la realizzazione degli ospedali di comunità, Hub&Spoke, che dovrebbero realizzare dal punto di vista preventivo e terapeutico, lo zoccolo duro della medicina di prossimità, integrandosi con le cure domiciliari e con l'ospedale.



La scommessa del futuro sarà misurabile con la effettiva realizzazione della rete preventiva ed assistenziale al servizio dell'utente.

Ci sono inoltre importanti elementi di criticità che andranno monitorati: la formazione del personale, in quanto il PNRR finanzia e le strutture ma non le risorse umane e la loro formazione; l'ammmodernamento tecnologico: come si valuterà l'obsolescenza di una tecnologia e come si smaltiranno le tecnologie obsolete? Da non dimenticare, infine, che la tecnologia deve essere al servizio del medico e del professionista sanitario e non sostitutiva degli stessi.

TARGET THERAPY E ONCOLOGIA PERSONALIZZATA

Le terapie innovative stanno radicalmente cambiando il mondo oncologico, queste terapie sempre più personalizzate e complesse oltre a richiedere strumenti e organizzazione per essere erogate richiedono un lavoro a monte di selezione dei pazienti. Per poter garantire un equo accesso a queste patologie è necessario garantire ai pazienti l'accesso a test che permettano di individuare le mutazioni, così da selezionare chi può beneficiare di trattamenti mirati.

Anche i Molecular tumor board, team multidisciplinari che esaminano e interpretano la profilazione genomica, non sono ancora capillari in tutto il territorio nazionale.

L'obiettivo deve essere di garantire l'accesso a questi strumenti e la loro presenza perché è un diritto dei malati ricevere le migliori cure il più vicino possibile alla propria residenza. In questo modo si garantisce la terapia giusta al paziente giusto e la sostenibilità del sistema sanitario nazionale.

Il ruolo del patologo molecolare

Negli ultimi venti anni si è assistito ad una rivoluzione nella gestione e nel trattamento di pazienti affetti da neoplasia maligna in stadio avanzato e l'identificazione di un numero sempre maggiore di biomarcatori che possono fungere da bersaglio per terapie personalizzate ha aumentato significativamente il



numero di paziente che riesce, oggi, a ricevere un trattamento alternativo al classico schema chemioterapia e/o radioterapia, aumentando il beneficio clinico in termini di sopravvivenza libera da progressione e sopravvivenza globale al prezzo di un minor numero ed intensità degli effetti collaterali.

Questa evoluzione si riflette nello sviluppo di una figura in ambito sanitario che ha il compito di creare un ponte tra il mondo del laboratorio e quello della clinica, rappresentato dal patologo molecolare.

Mtb e sua effettiva operatività in tutte le regioni

Per valutare l'effettiva operatività degli MTB è stata proposta una survey alle principali società scientifiche coinvolte.

Survey proposta a tutte le regioni

- Quesiti di tipo organizzativo istituzionale:
 - In quali strutture sanitarie della tua regione è attivo un MTB?
 - Vengono esaminati casi esclusivamente della propria struttura o anche di altre?
 - I centri sono stati formalizzati mediante delibera regionale?
 - È prevista la presenza/collaborazione di un bioinformatico?

- Quesiti di tipo tecnico
 - Sono stati definiti criteri per l'identificazione dei casi da discutere?
 - Con quale cadenza si riunisce?
 - Le sessioni vengono in qualche modo rendicontate?
 - Le decisioni assunte portano firma congiunta?



Risultati quesiti:

REGIONI	MTB aziendale	MTB regionale	monocentrici	multicentrici	delibera regionale
PIEMONTE E VALLE D' AOSTA	NO	SI	NO	SI	SI
EMILIA ROMAGNA	SI	SI	NO	SI	in corso di definizione
TRENTINO ALTO ADIGE	in corso di definizione	in corso di definizione	in corso di definizione	in corso di definizione	in corso di definizione
UMBRIA	in corso di definizione	in corso di definizione	in corso di definizione	in corso di definizione	in corso di definizione
LIGURIA	NO	SI	in corso di definizione	in corso di definizione	in corso di definizione
SICILIA	NO	SI	NO	SI	SI
CAMPANIA	SI	SI (5 gruppi di lavoro)	in corso di definizione	in corso di definizione	in corso di definizione
PUGLIA	SI	SI	SI	SI	NO (istituzione tavolo tecnico regionale)
ABBRUZZO MOLISE E BASILICATA	in corso di definizione	in corso di definizione	in corso di definizione	in corso di definizione	in corso di definizione
SARDEGNA	in corso di definizione	in corso di definizione	in corso di definizione	in corso di definizione	in corso di definizione
FRIULI VENEZIA GIULIA	SI	NO	NO	SI	NO (delibera aziendale)
VENETO	NO	SI	NO	SI	SI
CALABRIA	in corso di definizione	in corso di definizione	in corso di definizione	in corso di definizione	in corso di definizione
LAZIO	SI	In corso di definizione	In corso di definizione	In corso di definizione	In corso di definizione
LOMBARDIA	SI	NO	SI	SI	NO (delibere aziendali)
TOSCANA	NO	SI	NO	SI	SI

Ricorre molto spesso la risposta “in corso di definizione”, escludendo le poche regioni che hanno già istituito gli MTB attraverso delibere regionali.



Analisi parziale dei risultati:

- 4/16 regioni hanno delibere aziendali
- 4/16 regioni hanno delibere regionali
- 9/16 regioni hanno tavoli tecnici regionali per la definizione dei TMB
- 8/16 regioni hanno organizzazione multicentrica=approccio regionale
- 5/16 regioni hanno informatizzato le riunioni
- 4/16 regioni hanno previsto il bioinformatico
- 6/16 regioni hanno criteri di identificazione dei casi
- 6/16 regioni hanno definito la cadenza delle sessioni
- 6/16 regioni prevedono firma congiunta dei partecipanti
- 8/16 regioni hanno in corso definizione di regolamento aziendale/regionale

Considerazioni

- Il tema è all'attenzione nella maggior parte delle regioni.
- Solo poche regioni hanno deliberato secondo una logica di centralizzazione.
- Nella maggioranza delle sedi regionali o aziendali con miglior definizione del progetto MTB sono previsti regolamentazione e informatizzazione delle sessioni.
- La presenza del patologo è prevista in tutti i tavoli tecnici aziendali e regionali.



3D-FLOW, 3D-CBS E TB-CAD, TRE INVENZIONI CHE CREANO UN CAMBIAMENTO PARADIGMATICO RIVOLUZIONARIO NELLA PRATICA DELLA MEDICINA

La prima invenzione 3D-Flow può catturare con precisione tutti i segnali validi possibili dal marcatore tumorale al minor costo per segnale valido catturato.

La seconda invenzione 3D-CBS utilizza rivelatori di cristalli BGO economici e la sinergia tra tutti i componenti consente di eseguire test di screening Total- Body a costi vantaggiosi di \$200/test somministrando una bassissima radiazione al paziente.

La terza invenzione TB-CAD può analizzare e controllare miliardi di dati confrontandoli con le regole delle leggi della natura che una mente umana non potrebbe eseguire e in questo modo può aiutare il medico a comprendere la natura e la causa della malattia.

L'invenzione TB-CAD sarà di inestimabile aiuto al medico per fornire, con una procedura non-invasiva, informazioni relative alla natura ed alla causa delle anomalie nel processo biologico in maniera che ora non è nemmeno pensabile perché può correlare con precisione molte variabili che una mente umana non potrebbe effettuare.

La diagnosi si baserà sui calcoli del CAD relativi all'andamento delle anomalie nei processi biologici rilevate da diversi test o esami di screening del corpo intero sul 3D-CBS con FOV lungo, piuttosto che su un singolo test o esame. Questo può salvare milioni di vite e migliaia di miliardi di dollari non solo dalle malattie del cancro, ma per molte altre malattie.

Il funzionamento

Un'apparecchiatura 3D-CBS con un FOV da 157cm è in grado di rilevare cellule cancerose con un test di screening della durata di due minuti ed un esame clinico di 15 minuti. Il paziente eseguirà i diversi esami sulla stessa apparecchiatura, utilizzando lo stesso protocollo e la stessa dose di radiazione.



Per evitare falsi positivi, la diagnosi non si baserà su un singolo test di screening ma sul Computer-Aided Diagnosis (CAD) che calcola l'andamento delle anomalie nei ripetuti esami. Il primo test di screening della durata di due minuti fornisce una base.

Quelli successivi (esame clinico di 15 minuti) rivelano i punti caldi unici che mostrano un aumento dell'attività di un processo biologico anomalo che richiede un'indagine più approfondita.

I test di screening prima e dopo un eventuale intervento chirurgico rivelano se sono rimaste cellule tumorali e sono in grado di monitorare le recidive in una fase precoce, altamente curabile.

INNOVAZIONE FARMACOLOGICA IN ONCOLOGIA

La direzione in cui l'oncologia medica sta andando è quella della medicina personalizzata. Già oggi molti dei pazienti oncologici vengono trattati in maniera molto personalizzata dal punto di vista molecolare ma nei prossimi 5-10 anni probabilmente la stragrande maggioranza dei pazienti richiederà una caratterizzazione molecolare molto completa e complessa (uso di pannelli genici e di tecnologie NGS estremamente sofisticate e complesse).

Farmaci agnostici e oncologia personalizzata

La disponibilità di metodiche di sequenziamento genico esteso e di un numero crescente di nuovi farmaci, attivi su diversi bersagli molecolari, sta cambiando le prospettive di cura per un numero sempre maggiore di pazienti.

Ciò presuppone non solo grande expertise da parte dei team, ma anche una visione centralizzata dei percorsi assistenziali, un approccio integrato delle cure e una modalità multidisciplinare per la gestione dei casi clinici più complessi; in sintesi un coordinamento centrale.



Questi presupposti in Regione Veneto si sono concretizzati con l'istituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare regionale coordinato dalla rete oncologica veneta, che in prima battuta ha definito i criteri di eleggibilità alla profilazione genomica, le caratteristiche dei test molecolari idonei, i criteri di accesso e prioritizzazione dei farmaci, i laboratori accreditati, la tariffazione delle prestazioni.

Il Molecular tumor board (MTB) si riunisce con cadenza settimanale per la discussione delle richieste di accesso alla profilazione genomica e alla terapia agnostica provenienti dalle aziende sanitarie del Veneto. Oggi l'attività del MTB si configura come un modello organizzativo di funzionamento nell'ambito della rete oncologica regionale.

Accesso alle cure nel real world: tra propaganda e realtà

Il diritto alla salute è uno dei principi fondamentali della nostra Carta costituzionale (art. 32), un diritto per il cittadino e un dovere per la collettività, che si coniuga con un altro pilastro, l'uguaglianza tra i cittadini.

È un concetto all'apparenza semplice, ma in realtà molto complesso e tutt'altro che scontato nel suo riconoscimento e nella sua applicazione quotidiana. Significa dotare la popolazione degli strumenti formativi e informativi necessari per avere coscienza della propria salute, dei rischi evitabili connessi agli stili di vita, del valore della prevenzione e della diagnosi precoce delle patologie, garantire a tutti condizioni ambientali, lavorative e sociali compatibili con stili di vita corretti e consentire a tutti l'accesso tempestivo alla diagnosi e alle terapie e una rete efficiente di assistenza sanitaria che supporti il malato nelle diverse fasi della patologia.

Una sfida che richiede un impegno comune e condiviso del legislatore, delle Istituzioni sanitarie, dei professionisti della salute e dei cittadini. Una sfida da affrontare tutti giorni con responsabilità.



CONCLUSIONI

Il futuro dell'oncologia, che è strettamente legato al futuro della sanità in termini di sostenibilità, si gioca sulla capacità dei governi e dei parlamenti di portare in Europa proposte che consentano finanziamenti innovativi e sostenibili rispetto alle evoluzioni tecnologiche, all'ammodernamento degli strumenti e ai farmaci innovativi che devono essere disponibili per tutti i cittadini europei.

Un'economia di guerra può essere anche una opportunità per creare sistemi nuovi a partire da una sanità che sia sempre più in rete allineandosi a quello che accade già nella ricerca che sempre più gioca su piattaforme europee e internazionali per raggiungere gli obiettivi.

Dagli Stati Generali di Onconnection unanimemente emerge la volontà dell'oncologia di cambiare, ma serve l'impegno di tutti gli attori di sistema:

- Si devono **abbattere i silos** (non solo di budget ma anche professionali e concettuali), si deve pensare in maniera diversa.
Nuove risorse al sistema sono indispensabili: se non si approfitta del momento Covid che ha portato alla luce la necessità di non poter più aspettare, avverrà ancora una riallocazione di risorse inappropriata e non produttiva;
- Servono **nuove figure formate alle esigenze di cambiamento**, con nuovi specifici ruoli: il paziente può essere davvero al centro del sistema di cure solo se vi sarà un'indicazione chiara di chi fa cosa e dove dovrà essere fatta.
- **Potenziare il Territorio non vuol dire** solo gestire terapie semplici a domicilio del paziente: significa utilizzare a pieno nuovi setting di cura (letti di cure intermedie, CCM, PNC), migliorare le capacità di screening, creare sistemi di condivisione dati paziente unici e correlati, dare spazio alla multidisciplinarietà, gestire le multimorbilità e le politerapie, monitorare il supporto nutrizionale adeguato, dare supporto psicologico adeguato, dare supporto corretto alla riabilitazione, misurare la qualità della vita e le preferenze dei pazienti.



- **Una Partnership nuova con le aziende di settore** è uno degli aspetti più immediati su cui lavorare, sfruttando l'expertise che le aziende stesse hanno sviluppato con la ricerca: la rapidità con cui si è risposto alla necessità dei vaccini nel contesto dell'attuale pandemia è l'esempio di che cosa può fare una partnership utile e trasparente per migliorare l'efficienza del sistema. Uno sforzo enorme, che ha messo in campo l'avanguardia della ricerca anche in altre aree ed adattata rapidamente per il bene e le esigenze comuni.

LE PROPOSTE

Nel corso della due giorni di eventi sono emerse otto proposte chiave su cui vertere il cambiamento dell'oncologia all'interno del SSN:

1. La nuova Oncologia Ospedale/Territorio (H/T) è un cambiamento organizzativo ineludibile, che nasce dal cambiamento epidemiologico (cronicizzazione delle patologie oncologiche, età) e dal progresso della ricerca scientifica con le nuove tecnologie messe in campo. Se non apportiamo questo cambiamento aumenterà l'inappropriatezza, allontanandoci dal concetto fondamentale di ergonomia, con il rischio di portare in Ospedale chi non ne ha bisogno, generando uno spreco di risorse e rischi).
2. Il paziente al centro dei percorsi di cura si traduce nel saper fare sintesi tra prossimità, qualità delle cure e garanzie per tutti: questa è la grande scommessa per poter delocalizzare con appropriatezza.
3. È necessario riscrivere i PDTA, che significa condividere e dare autorevolezza a compiti e funzioni: chi fa cosa e dove si fa, mettendo bene in chiaro che nessun ruolo Ospedaliero o Territoriale è più o meno importante. Tutto fa parte della continuità di cura ed è solo così che si potrà davvero porre il paziente al centro. Il percorso che il malato dovrà fare deve essere previsto e codificato dall'inizio alla fine, con ruoli chiari e budget di presa in carico correttamente distribuiti in base al percorso studiato.



4. Raccogliamo dati di REAL WORLD che attualmente sono difforni in tutto il territorio Nazionale e vengono misurati diversamente nelle varie realtà regionali (l'esperimento Periplo sulla mammella ne è un evidente esempio). Questo non consente di avere indicatori confrontabili e misurabili. Un sistema che non sia in grado di misurare costi/benefici e gradimento degli utenti non sarà in grado di programmare bene. La medicina di famiglia da anni sta raccogliendo dati (Health Search) che mette a disposizione delle Istituzioni, ma che restano purtroppo ancora quasi del tutto inutilizzati.
5. È necessario programmare le risorse per un sistema sostenibile ed efficiente. La migliore programmazione va fatta attraverso una ricognizione di cosa serve e delle risorse necessarie: le reti attraverso i Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM) o strutture simili all'interno delle regioni, potranno consentire di non buttare l'ennesima occasione per fare evolvere il sistema di cure oncologiche. Il Problema delle risorse si deve intendere a 360° (economiche ma in primis anche umane). Infatti ciò che preoccupa il primo grande esperimento della regione Toscana sulla continuità delle cure Ospedale Territorio in termini concreti è questo: se la previsione di 1 oncologo ed 1 infermiere che operino sul territorio ogni 80-100.000 abitanti (3 AFT) è corretta e porterà a benefici evidenti, dove troverò le "risorse" (oncologi e infermieri) sufficienti per passare dalla sperimentazione alla messa a terra diffusa? La ricerca sta producendo straordinarie nuove cure efficaci ed in alcuni casi più facili da gestire, ma dovremo strutturare un sistema di accesso che le renda più rapidamente fruibili, coinvolgendo un territorio efficiente ed in grado di favorirne l'appropriatezza.
6. L'utilizzo dell'HTA come strumento di valutazione che possa allineare il concetto di valore tra Paziente, Clinici, Istituzioni, Industria è purtroppo un obiettivo non raggiunto. Il sistema di allocazione delle risorse è ancora bloccato dai SILOS, veri compartimenti chiusi che non comunicano. L'HTA in oncologia è ancora un metodo di valutazione che vede applicazione nella buona volontà di alcune regioni piuttosto che in una cabina di regia Nazionale.



7. Centrale è il percorso di cura e non le singole prestazioni che lo compongono come attualmente avviene nel nostro sistema remunerativo a SILOS Budget. Purtroppo, ragionando su questo principio, il focus viene riportato su singoli capitoli, sull'attuale aziendalizzazione (ASL-Ospedale) anziché su continuità delle cure e sinergia nella filiera assistenziale. Parliamo ancora di fughe intraregionali (altra contraddizione di sistema molto presente). Rete invece vuol dire profondo cambiamento di mindset e di conseguente formazione necessaria a tutti i livelli: oggi la figura dell'oncologo o dell'infermiere, come richiesto da questi nuovi cambiamenti, non si trova già formata.
8. La comunicazione tra tutti gli attori della filiera in oncologia è fondamentale. Dev'essere mossa da massima trasparenza, semplicità e chiarezza. Le associazioni dei pazienti hanno un ruolo chiave affinché si possa procedere in termini di appropriatezza senza creare false speranze.



PANELIST

Francesco Emilio Borrelli, Componente V Commissione Sanità e Sicurezza Sociale
Consiglio Regionale Campania

Simona Lupini, Vice Presidente IV Commissione consiliare permanente, Regione
Marche

Romano Carancini, Componente IV Commissione consiliare permanente, Regione
Marche

Ismaele La Vardera, Deputato Assemblea Regionale Siciliana

Sabino De Placido, Direttore Dipartimento ad Attività Integrata di Onco-Ematologia,
Diagnostica per Immagini e Morfologia e Medicina Legale AOU Federico II Napoli

Francesco Colasuonno, Responsabile PO Registri di Monitoraggio AIFA e Centri
Prescrittori Sezione Farmaci, Dispositivi Medici e Assistenza Integrativa, Regione
Puglia

Ugo Trama, Responsabile Farmaceutica e Protesica della Regione Campania

Roberto Bianco, Coordinatore Regionale AIOM Campania

Roberto Bordonaro, Direttore UOC Oncologia Medica ARNAS Garibaldi, Catania

Mario Fusco, Coordinatore registri tumori Regione Campania

Davide Petruzzelli, Coordinatore F.A.V.O. Neoplasie Ematologiche

Elita Schillaci, Professore Ordinario Principi di Management; Fondatore ILHM-
Centro Studi Avanzati Innovazione e Leadership in Health Management

Stefano Vitello, Coordinatore Regionale CIPOMO Sicilia

Vincenzo Adamo, Direzione Scientifica Oncologica A.O. Papardo-Messina e
Coordinatore Rete Oncologica Siciliana (Re.O.S.)

Renato Bisonni, Direttore Oncologia Ospedale di Fermo, Coordinatore CIPOMO
Marche e Co-coordinatore network associazioni di volontariato Marcangola



Alfredo Budillon, Direttore scientifico Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione "G. Pascale" Napoli

Stefano Campo, Dirigente Servizio 4 programmazione ospedaliera Regione Sicilia - assessorato alla Sanità

Fabrizio Capuano, Delegato Regionale FAVO Campania

Gaetano Facchini, Direttore U.O.C. di Oncologia ASL Napoli 2 Nord, P.O. "S.M. delle Grazie" -Pozzuoli, P.O. "A. Rizzoli" - Ischia

Lorenzo Latella, Segretario Regionale Cittadinanzattiva Campania

Walter Locatelli, Presidente IoRaro

Ferdinando Riccardi, Dirigente Medico di Oncologia presso CARDARELLI NAPOLI

Massimiliano Spada, Coordinatore Regionale AIOM Sicilia

Valeria Ciarambino, Componente V Commissione Sanità e Sicurezza Sociale Consiglio Regionale Campania

Maria Rosaria Romano, Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, Regione Campania

Maria Triassi, Presidente della Scuola di Medicina Ateneo Federico II, Napoli

Rossana Berardi, Presidente Associazione Women for Oncology Italy, Professore Ordinario di Oncologia Università Politecnica delle Marche e Direttore della Clinica Oncologica AOU Ospedali Riuniti di Ancona

Antonio D'Amore, Direttore Generale Ospedale Cardarelli, Vice Presidente Nazionale FIASO

Maurizio Di Mauro, Direttore Sanitario Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione "G. Pascale" Napoli

Matteo Laringe, Presidente SIMG Campania

Lorenzo Latella, Segretario Regionale Cittadinanzattiva Campania



Alessandra Santoro, Direttore UOSD Laboratorio Oncoematologia AOR Villa Sofia Cervello Palermo

Alfredo Zito, Direttore Anatomia patologica Istituto Tumori Giovanni Paolo II Bari

Appunto su companion test in biopsia liquida versus solida in oncologia clinica nel 2022

Stato mutazionale, profilazione genomica: burocrazia ed ostacoli

Manuela Bignami, Direttrice Operativa Associazione Pazienti Loto Onlus

Sabino De Placido, Direttore Dipartimento ad Attività Integrata di Onco-Ematologia, Diagnostica per Immagini e Morfologia e Medicina Legale AOU Federico II Napoli

Walter Locatelli, Presidente IoRaro

Roberto Monaco, Medico Anatomia ed Istologia Patologica Napoli

Umberto Malapelle, Patologo, Ricercatore in Anatomia Patologica presso l'Università degli Studi di Napoli Federico II

Vincenzo Montesarchio, Direttore UOC Oncologia AORN Ospedali dei Colli - Monaldi, Napoli

Stefano Pepe, Direttore UOC Oncologia della AOU "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" di Salerno

Giancarlo Troncone, Professore Ordinario di Anatomia Patologica, Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica Università degli Studi di Napoli Federico II

Dario Crosetto, Presidente Crosetto Foundation for the Reduction of Cancer Deaths

Michele Aieta, Dirigente Medico Dipartimento Onco-ematologico Unità Operativa Oncologia Medica IRCCS CROB, Basilicata

Livio Blasi, Direttore UOC Oncologia Medica ARNAS Civico Palermo



Cesare Guida, Direttore Medico UOC di Radioterapia Oncologica · Ospedale del Mare - ASL Napoli 1

Secondo Lastoria, Direttore Medicina Nucleare e Terapia Metabolica Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione “G. Pascale” Napoli

Francesco Sollitto, Professore Ordinario Chirurgia Toracica, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Foggia

Martino Trunfio, Chirurgo Oncologo, Breast Unit Ospedale “Antonio Cardarelli”, Napoli

Alessandra Ena, Europa Donna Italia

Francesco Fiore, Direttore UOC Radiologia Interventistica presso IRCCS Istituto Nazionale Tumori Fondazione G Pascale, Napoli

Patrizia Nardulli, Direttore Dipartimento Staff - Direttore SC Farmacia Ospedaliera IRCCS Istituto Tumori Giovanni Paolo II Bari

Pina Tommasielli, FIMMG Napoli



Con la sponsorizzazione non condizionante di



f | **ORGANIZZAZIONE**
Barbara Pogliano
b.pogliano@panaceascs.com

@ | **SEGRETERIA**
meeting@panaceascs.com

in | 328 8443678

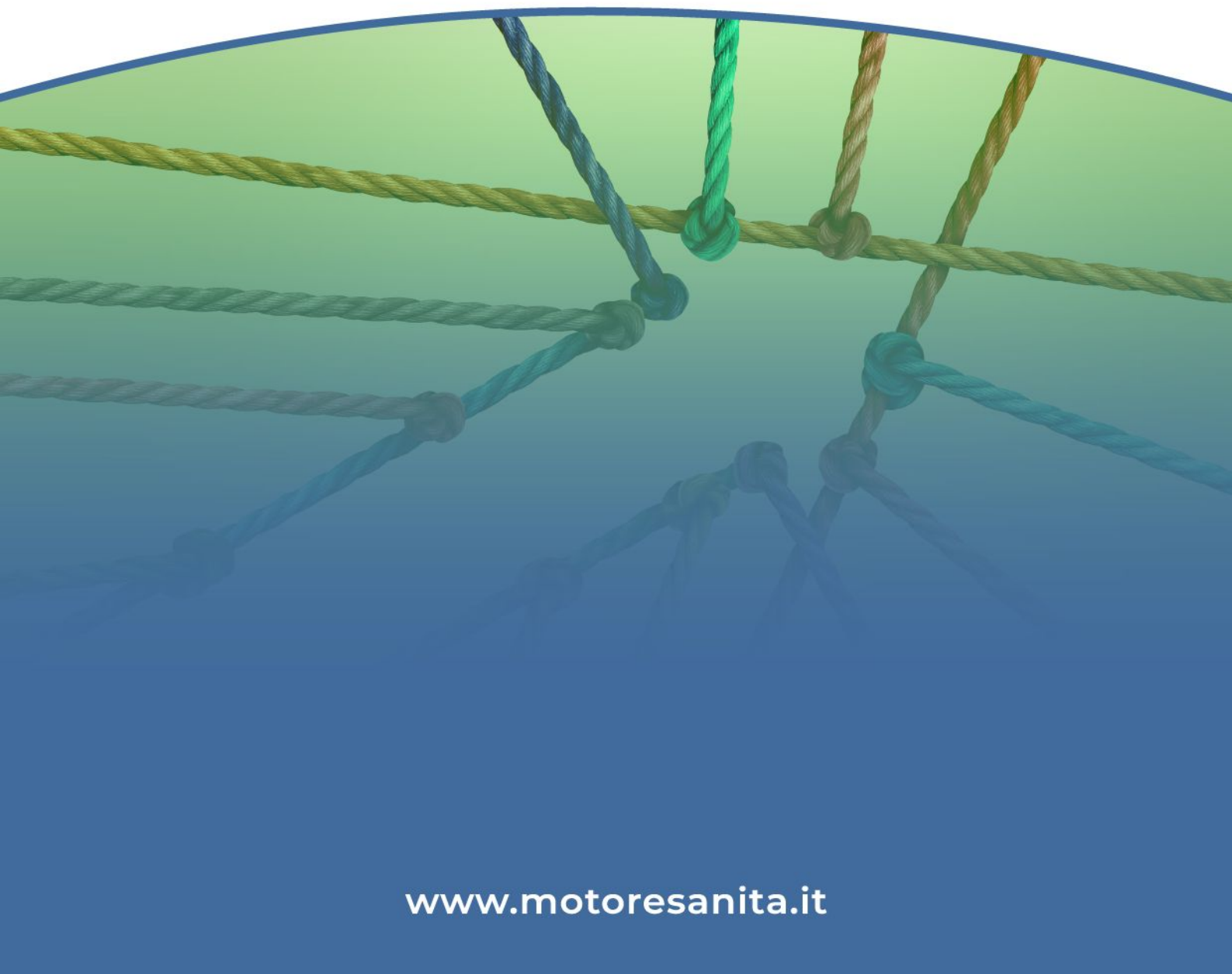


MOTORE
SANITÀ

panacea

Media Partner

Mondosanità



www.motoresanita.it