



Simposio AIRO Lombardia - 13 Giugno 2009 –

**L' OFFERTA TECNOLOGICA IN RADIOTERAPIA: EQUILIBRIO TRA
APPROPRIATEZZA CLINICA E UTILIZZO DELLE RISORSE**

**Il ruolo dell'oncologo
radioterapista nella acquisizione ed
utilizzo di nuove tecnologie: dalla
EBM, alla clinica, alla programmazione
sanitaria**

Prof. S. M. Magrini

**Cattedra di Radioterapia, Università di Brescia e
U.O. di Radioterapia, AUSL 4, Prato**



SPEDALI CIVILI di BRESCIA
AZIENDA OSPEDALIERA



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI BRESCIA

Appropriatezza clinica e nuove
tecnologie: fattibilità e problematiche
degli studi di *Health Technology
Assessment* (HTA)

Stefano M. Magrini, Università di Brescia



edali Civili
scia

APPROPRIATEZZA CLINICA O SPECIFICA: una prestazione viene considerata appropriata da un punto di vista clinico quando è efficace, indicata per il paziente che la riceve e produce benefici superiori ai possibili effetti negativi.

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA: può essere considerata un aspetto della appropriatezza clinica; si riferisce alla prescrizione di un accertamento diagnostico che si sia dimostrato efficace nel contribuire a risolvere un determinato dubbio diagnostico e che possa produrre benefici superiori ai possibili effetti negativi

APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA: una prestazione viene considerata appropriata da un punto di vista organizzativo quando la prestazione più efficace, più sicura, più gradita e meno costosa viene erogata nel miglior contesto possibile.

APPROPRIATEZZA SCIENTIFICA: rappresenta il grado di conoscenze scientifiche sulle quali il medico basa le proprie decisioni.

APPROPRIATEZZA ETICA: una prestazione viene considerata eticamente appropriata quando tiene in debito conto l'aspetto umano del rapporto medico - paziente . L'evoluzione tecnologica può mettere in ombra questo aspetto spingendo a favorire l'efficienza tecnico scientifica a discapito della relazione umana

APPROPRIATEZZA TECNICA: l'appropriatezza tecnica si occupa di valutare sia la adeguatezza della tecnologia medica, sia la corretta tecnica di esame, tenendo conto di principi quali la sicurezza, la efficacia, il costo, il rapporto costo – beneficio e le implicazioni di tipo etico e di tipo legale.



AI
co
pa
AI
ap
ch
di
AI
ap
sic
AI
sci
AI
ap
pa
fa
AI
la
co
e

= FARE BENE IL DOTTORE

ne
il
la
co
io
ta
iù
ze
te
-
a
ia
lo
io



L'INNOVAZIONE TECNOLOGICA IN RADIOTERAPIA: NUOVI STANDARD CLINICI E PROBLEMATICHE GESTIONALI

1^A SESSIONE

Radioterapia Stereotassica Ipofrazionata cranica e body:
quali standard clinici?

Moderatori U. Ricardi, B. Jereczek

- 09.30 Metastasi Cerebrali (M. Marchetti)
- 09.45 Testa-Collo: re-irradiazione stereotassica (D. Alterio)
- 10.00 Polmone: lesioni periferiche e lesioni centrali (A.R. Filippi)
- 10.20 Addome/Pelvi (fegato/pancreas/prostata) (T. Comito)
- 10.50 Localizzazioni secondarie scheletriche e linfonodali
nel paziente oligometastatico (D. Zerini)
- 11.05 *DISCUSSIONE*
- 11.15 *Coffee Break*

2^A SESSIONE

Imaging metabolico PET - IMRT - IGRT - Adaptive Radiotherapy

Adroterapia: Nuove Tecnologie Vs Trattamenti Convenzionali

Moderatori M.G. Ruo Redda, L. Scandolaro

- 11.30 Imaging metabolico PET nella definizione dei volumi clinici:
a che punto siamo? (N. Di Muzio)
- 11.50 IMRT: in quali patologie e con quali tecnologie? (S. Barra)
- 12.10 IGRT : in quali patologie e con quali tecnologie? (M. Krenkli)
- 12.30 "Adaptive Radiotherapy": miraggio o realtà? (M. Bignardi)
- 12.50 Adroterapia: il presente e il futuro (R. Orecchia)



TECNOLOGICA

L'IN

INFATTI, I PROFESSIONISTI ESPERTI SANNO COSA
E' APPROPRIATO SENZA BISOGNO DI DEFINIZIONI DI
APPROPRIATEZZA.
ANZI: CONOSCONO TUTTI I GRADI DI
APPROPRIATEZZA DI UNA
DATA PRESTAZIONE....

12.30 "Adaptive Radiotherapy": miraggio o realtà? (M. Bignardi)

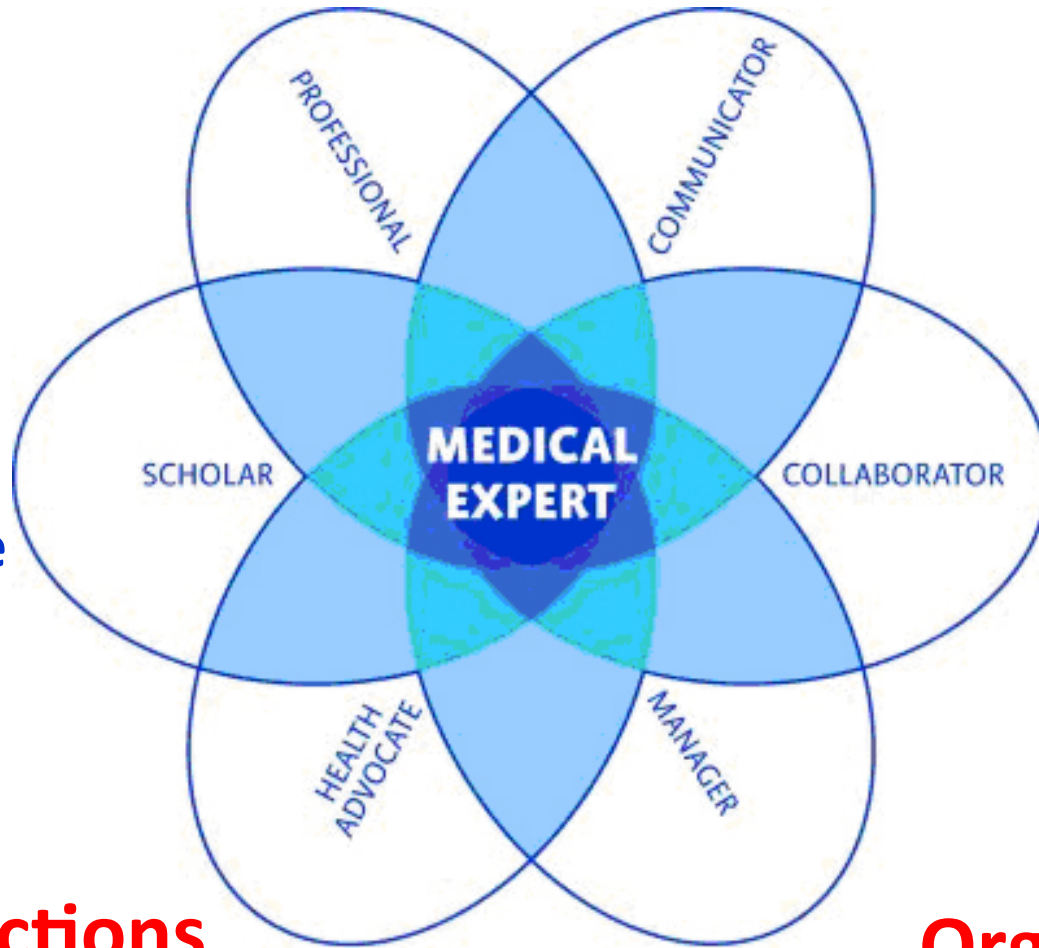
12.50 Adroterapia: il presente e il futuro (R. Orecchia)

What is a medical competency ?

To be able to **appropriately perform a professional act** in a specific environment by integrating knowledge, skills and *attitude*.



**Knowledge
and science**



Social Actions

Organisation

**Practical tools and methods for
health technology assessment in
Europe: Structures,
methodologies, and tools
developed by the European
network for Health Technology
Assessment, EUnetHTA**

HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

The International Network of Health Technology Assessment Agencies (INAHTA) defines HTA as a multidisciplinary field of policy analysis. It studies the medical, social, ethical, and economic implications of development, diffusion, and use of health technology (12).

The EUnetHTA Project developed an explanatory definition of health technology assessment extending from the INAHTA definition (14).

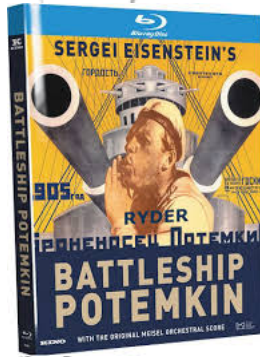


Tuttologia

Vocabolario on line



tuttologia s. f. [comp. di *tutto* e *-logia*, come astratto di *tuttologo*]. – Coniazione iron. o scherz. con cui si definisce la presunta onniscienza dei tuttologi.



Tuttavia, uno sguardo più «benigno» all' HTA e alle problematiche della appropriatezza ci può dire qualcosa di più ? In pratica, quando diciamo a voce alta HTA e appropriatezza, a cosa davvero pensano i vari attori in commedia? Quali contenuti dell'HTA essi valorizzano? Come la interpretano in pratica?

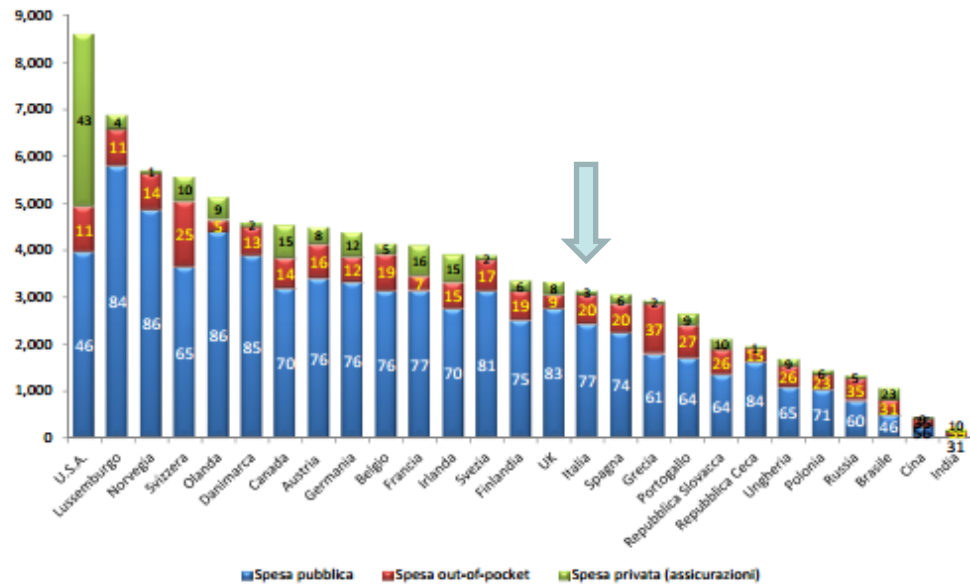


- Ai costi dei sistemi sanitari (Regioni)
- Alla necessità dell'aggiornamento tecnologico (Regioni)
- Alla tutela della disciplina (Società scientifiche)
- Alla difesa della professionalità (Società scientifiche)
- Alla tutela medico-legale (Professionisti, Società scientifiche)
- Alla formazione dei professionisti (Università)

- Ai costi dei sistemi sanitari (Regioni)**
- Alla necessità dell'aggiornamento tecnologico (Regioni)**
- Alla tutela della disciplina (Società scientifiche)
- Alla difesa della professionalità (Società scientifiche)
- Alla tutela medico-legale (Professionisti, Società scientifiche)
- Alla formazione dei professionisti (Università)



Figura 1 Spesa sanitaria pubblica, out of pocket e privata per assicurazioni

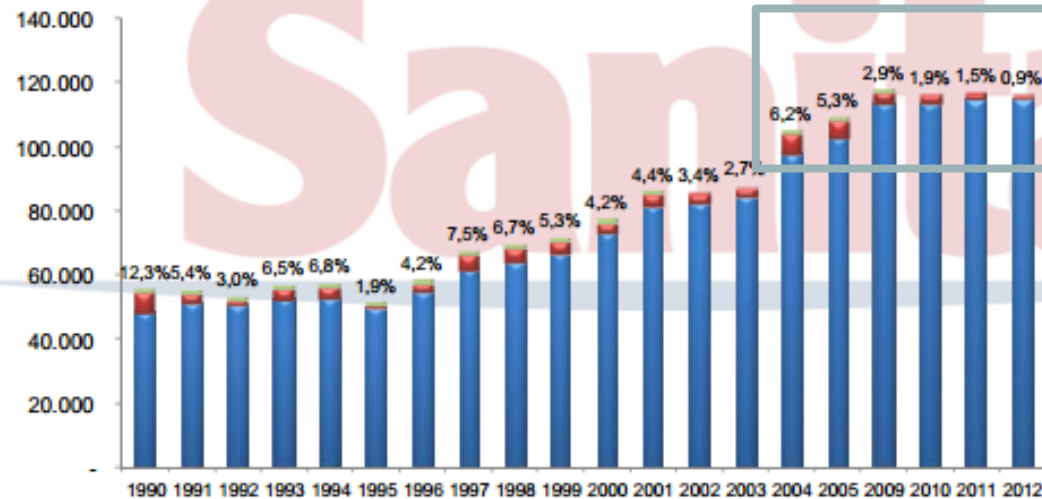


a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2013

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

Figura 2 Spesa sanitaria In Italia: finanziamento e disavanzo (1990-2012)



Fonte: elaborazione OASi su dati RGSEP



Università Commerciale
Luigi Bocconi

CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

Non si osservano quindi problemi di sostenibilità finanziaria del SSN nel breve periodo, se non provenienti dalle sempre più stringenti necessità della finanza pubblica italiana di ridurre la spesa in tutti i comparti, a prescindere dagli equilibri dei medesimi, dalla loro coerenza interna e dalla loro dimostrata sobrietà nel confronto internazionale.

Il sistema appare in buona posizione anche se si osservano gli indicatori di appropriatezza nel confronto internazionale. Ad esempio, analizzando il numero di ospedalizzazioni evitabili per alcune patologie fondamentali (asma, BPCO, diabete) per 100.000 abitanti nel 2009, l'Italia mostra un valore pari a 155 ricoveri, il quarto dato più basso nella classifica dei Paesi europei, così come una dotazione di posti letto ospedalieri che è inferiore a quella dei grandi paesi EU, dimostrandosi più avanti di altri nella trasformazione dei servizi.

Se nel complesso il SSN è finanziariamente in equilibrio, con una spesa contenuta e un buon profilo di appropriatezza nel confronto internazionale, dove sono i principali problemi di sostenibilità? Innanzi tutto, il SSN ha fortemente contenuto la spesa per investimenti per il rinnovo e lo sviluppo tecnologico e infrastrutturale, sia a livello di politiche nazionali, sia, soprattutto, nelle regioni del sud

La progressiva contrazione degli investimenti tecnologici e infrastrutturali rappresenta un'ipoteca sul futuro ed un implicito debito sommerso, debito che emergerà in maniera progressiva nel momento in cui risulterà sempre più visibile l'obsolescenza delle strutture e delle tecnologie del SSN.

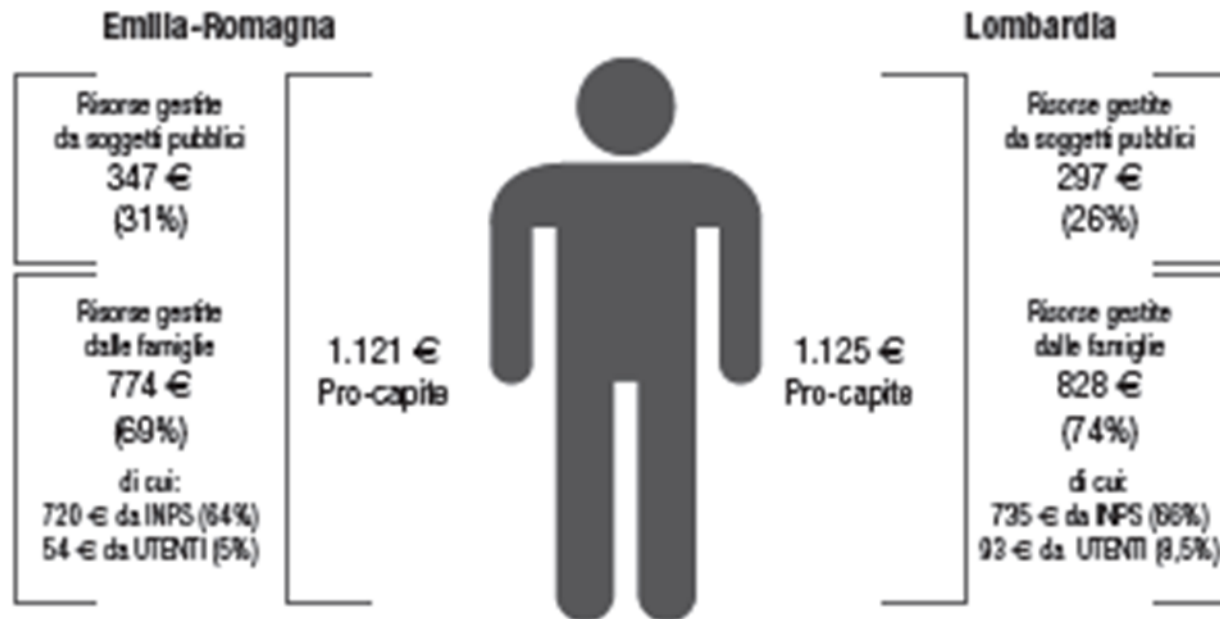


edali Civili
scia

.... E tuttavia si insiste con questa politica....

E per risparmiare «intelligentemente» sugli investimenti in tecnologia, cosa fanno Regioni assai diverse come *policy* e «virtuose», come la Lombardia e l'Emilia Romagna?

La distribuzione delle risorse nelle due regioni





edali Civili
SCIA

Ricerca » Vai

INDICATORI DI SINTESI
 Ultimo aggiornamento per LOMBARDIA e ITALIA

GRADUATORIE REGIONALI
 Ultimo aggiornamento per REGIONI ITALIANE

COMUNICAZIONE
 • Pubblicazioni scaricabili
 • Newsletter
 • ASR News & Comunicazioni

LIVELLI CORRELATI: Comuni | Province | **Regioni italiane** | Regioni europee | Archivio

03 SANITA' E SALUTE / 03.03 Assistenza sanitaria e ospedaliera / **03.03.02**

Data Navigator Anno Scheda corrente PDF | XLS | Stampa | Segnala Errore | Permalink
 1/-1 2011 03.03.02 Vista: Tavola

STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE ACCREDITATE PER TIPO DI STRUTTURA REGIONALE. ANNO 2011

REGIONI	Strutture pubbliche					Stutture private accreditate				
	Ambulatori e Laboratori	Altri tipi di strutture territoriali	Strutture semiresidenziali	Strutture residenziali	per 100.000 abitanti	Ambulatori e Laboratori	Altri tipi di strutture territoriali	Strutture semiresidenziali	Strutture residenziali	per 100.000 abitanti
Piemonte	384	349	66	233		87	8	83	738	
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	2	24	0	1		4	1	4	12	
Lombardia	287	632	156	167		454	114	532	1.184	
Trentino-Alto Adige	58	99	14	20		40	23	0	142	
<i>Bolzano - Bozen</i>	<i>37</i>	<i>66</i>	<i>7</i>	<i>9</i>		<i>17</i>	<i>16</i>	<i>0</i>	<i>78</i>	
<i>Trento</i>	<i>21</i>	<i>33</i>	<i>7</i>	<i>11</i>		<i>23</i>	<i>7</i>	<i>0</i>	<i>64</i>	
Veneto	218	412	165	166		240	132	314	596	
Friuli-Venezia Giulia	105	72	34	66		43	6	41	125	
Liguria	290	146	21	39		95	13	39	243	
Emilia-Romagna	281	569	86	181		187	33	493	780	
Toscana	528	472	148	217		281	47	96	318	
Umbria	73	104	41	49		39	6	20	59	
Marche	93	96	27	65		105	11	3	37	
Lazio	252	420	57	57		569	27	1	129	
Abruzzo	69	125	12	20		96	3	0	62	
Molise	14	15	0	1		41	2	13	16	
Campania	298	313	85	104		1.232	145	15	40	
Puglia	254	282	16	23		432	12	39	192	
Basilicata	67	52	3	7		49	7	1	31	
Calabria	162	118	10	19		222	11	5	63	
Sicilia	294	450	30	50		1.181	85	3	63	
Sardegna	165	155	11	14		190	10	10	54	
Italia	3.894	4.905	982	1.499		5.587	696	1.712	4.884	

Fonte: Istat - Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Periodicità dei dati di origine: **Annuale**
 Periodicità dei dati della tavola: **Annuale**
 Livello territoriale minimo dei dati di origine: **Regionale**
 Livello territoriale dei dati della tavola: **Regionale**
 Data ultimo aggiornamento: **settembre 2014**
 Data prevista prossimo aggiornamento: **settembre 2015**
 Fonte materiale dei dati: **Sito Internet <http://www.salute.gov.it/>**



edali Civili
scia

Kristensen et al.

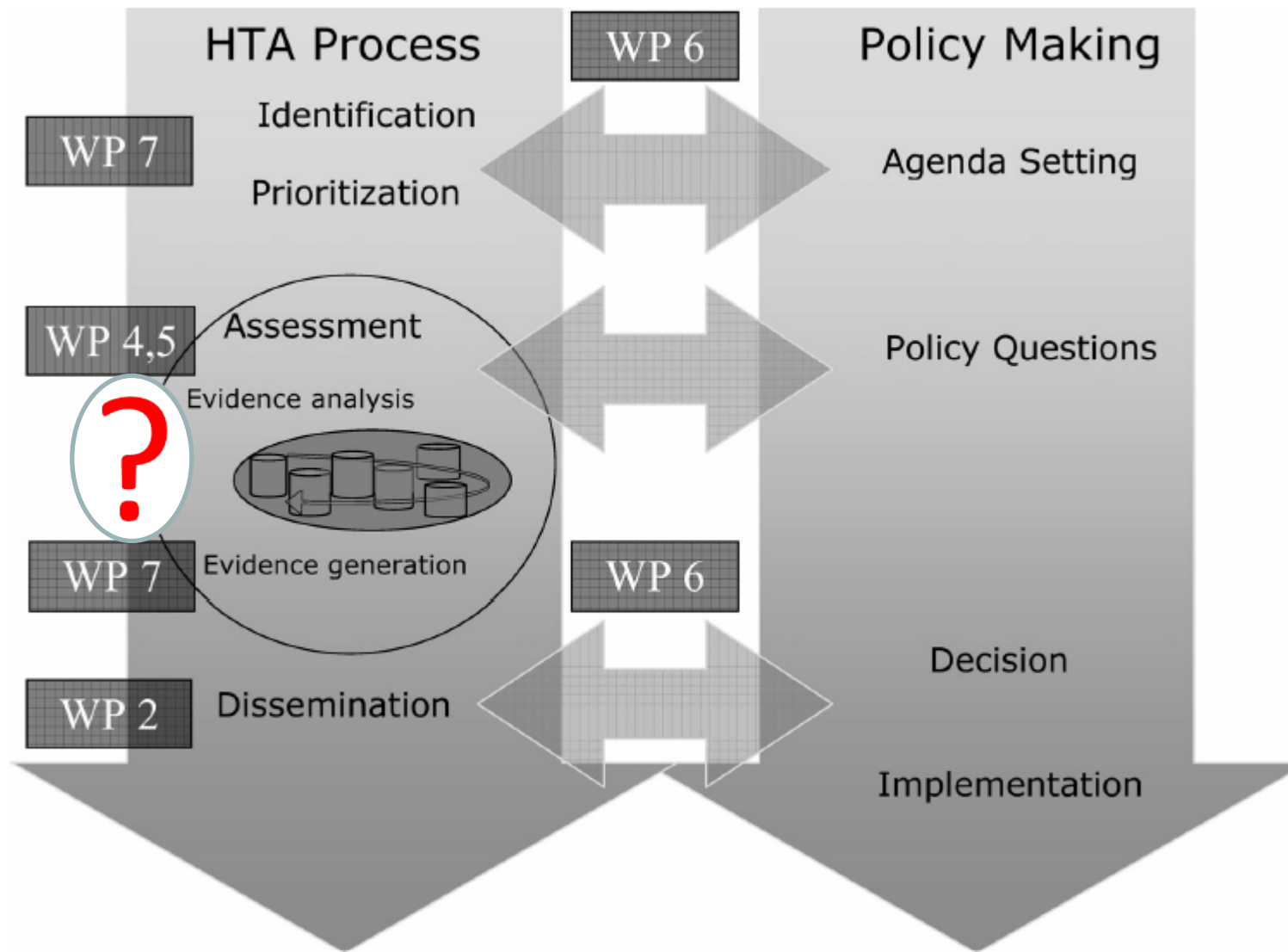


Figure 1. EUnetHTA Work Packages (WP) in relation to the processes of health technology assessment (HTA) and policy making.



Osservatorio regionale per l'innovazione

L'ORI svolge quindi ruolo di supporto nelle scelte relative al governo delle innovazioni sanitarie attraverso le seguenti attività:

- ▶ la valutazione delle evidenze disponibili relative alla efficacia, sicurezza, fattibilità e sostenibilità delle innovazioni sanitarie, accompagnate da analisi di contesto che ne qualifichino il presumibile impatto sulla salute, i servizi e il sistema sanitario regionale;
- ▶ la promozione e sviluppo della ricerca e valutazioni prospettiche necessarie per una corretta implementazione delle innovazioni efficaci o per produrre e raccogliere le evidenze necessarie a completare il profilo di efficacia delle innovazioni ancora "immature";
- ▶ l'attività di ricerca nel proprio ambito disciplinare e scientifico: metodologie per la produzione di rapporti di HTA, per l'adattamento locale, per la prioritizzazione dei quesiti di ricerca, per l'adozione e diffusione dei risultati della ricerca nella pratica assistenziale e nelle politiche sanitarie.



edali Civili
scia

Health technology assessment (HTA)

Osservatorio regionale per l'innovazione

Per la valutazione delle tecnologie sanitarie l'ORI si avvale degli strumenti metodologici sviluppati dall'*health technology assessment* (HTA), una branca della ricerca sanitaria che si prefigge l'obiettivo di informare i decisori sull'opportunità e sulle modalità di adozione delle tecnologie sanitarie.

I Report di HTA sono il risultato di progetti di valutazione di tecnologie emergenti e innovative ad alto costo di interesse regionale, finalizzati alla definizione di piani di adozione e programmi di ricerca.

Le fasi di valutazione comprendono:

- ▶ istruttoria preliminare (le potenzialità di una tecnologia e il profilo delle evidenze)
- ▶ HTA retrospettivo attraverso la revisione e valutazione critica delle conoscenze disponibili
- ▶ HTA prospettico con sviluppo e prioritarizzazione di raccomandazioni per la ricerca
- ▶ analisi del contesto e dei costi
- ▶ analisi delle ricadute organizzative e piano di implementazione



Hadrontherapy for cancer treatment: overview of the evidence on safety and effectiveness



edali Civili
SCIA

Metodologia di ricerca

Al fine di ricercare report HTA e/o revisioni sistematiche inerenti la valutazione di efficacia dell'HT per il trattamento dei tumori sono state consultate le seguenti banche dati e siti web: Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE); Health Technology Assessment (HTA) database; NHS Economic Evaluation Database (NHS EED); TripDatabase; siti web INAHTA e AHRQ.

La ricerca della letteratura primaria è stata consultata allo scopo di aggiornare la ricerca secondaria letteratura esistente, pertanto sono state consultate le seguenti banche dati e siti web: Pubmed; Clinicaltrials.gov; Controlled-trials.com, Cochrane Central Register of Controlled Trials. Soltanto gli studi controllati randomizzati (RCT) sono stati inclusi nella ricerca della letteratura primaria.

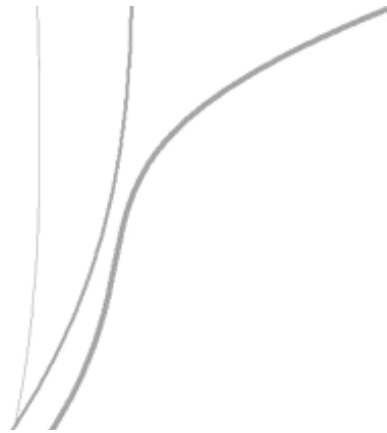
Criterio di selezione

Sono stati inclusi tutti i report di HTA e revisioni sistematiche di valutazione di sicurezza ed efficacia dell'HT rispetto alla pratica convenzionale nel trattamento di pazienti affetti da tumore.

Si sono ricercati tutti studi clinici randomizzati, inerenti la valutazione dell'HT, pubblicati negli ultimi cinque anni, al fine di verificare la validità delle conclusioni riportate nella letteratura secondaria esistente.



edali Civili
scia



Conclusioni

La mancanza di studi comparativi tra l'HT e gli altri trattamenti attualmente disponibili (altre tecniche radioterapiche RT e/o chemioterapia) non permette di trarre conclusioni definitive sugli effetti dell'HT nel trattamento dei tumori. In circostanze specifiche, studi clinici suggeriscono dei miglioramenti in termini di sicurezza ed efficacia utilizzando l'HT in luogo della convenzionale RT per alcuni tipi di tumori (in particolare melanoma uveale, cordomi della regione testa-collo, e NSCLC). Tuttavia, vi è incertezza per quanto riguarda queste stime, a causa di debolezze metodologici e del disegno degli studi disponibili. Pertanto le evidenze attualmente disponibili non sono sufficienti a supportare l'uso clinico dell'HT nella routine.

In Italia gli Istituti che hanno introdotto l'HT dovrebbero dare la priorità ad un uso sperimentale volto a produrre, in futuro, evidenze con un alto grado di affidabilità, avvalendosi della collaborazione internazionale per la predisposizione di studi comparativi adeguati sia nel metodo che nel disegno. All'interno di studi clinici dovrebbero essere incoraggiati follow-up (15-20 anni) per la valutazione degli effetti a lungo termine del trattamento con HT.

Prima di pianificare ulteriori installazioni HT, devono essere fornite prove di efficacia più robuste, affidabili e correttamente valutate.





edali Civili
scia



Contatti Newsletter Twitter Webcam Diretta English

REGIONE CITTADINI IMPRESE AMBIENTE



Direzione Generale
Salute

MENU | Home DG

 Ascolta

Valutazioni



Regione Lombardia, con Delibera di Giunta Regionale n° 7197 del 3/12/2001, ha posto le prime basi per una valutazione dell'innovazione tecnologica in ambito sanitario, condivisa con il mondo professionale, istituendo una commissione consultiva con il compito di "valutare, anche ai fini di eventuali adeguamenti tariffari, tecnologie innovative in campo sanitario che abbiano già concluso in base alle normative vigenti l'iter di sperimentazione clinica e che siano già in possesso del marchio CE" e prevedendo modalità di incentivazione all'introduzione ed alla diffusione di nuove tecnologie sanitarie tramite il riconoscimento di adeguamenti tariffari delle prestazioni correlate.



Con DGR n. 7856 del 30/07/2008 (BURL 2 settembre 2008, 1° suppl. straordinario) Regione Lombardia si è dotata di un proprio Programma Regionale di Valutazione delle Tecnologie Sanitarie (VTS-HTA) con un approccio originale e comprensivo fondato su valutazioni di efficacia comparata, di natura sia clinica che economica, ispirate alla logica del costo-opportunità e realizzate tramite un processo analogo alla peer review, standard nel mondo della informazione biomedica, operato da esperti, previa identificazione e sistematica valutazione dell'esistenza di eventuali conflitti di interesse.

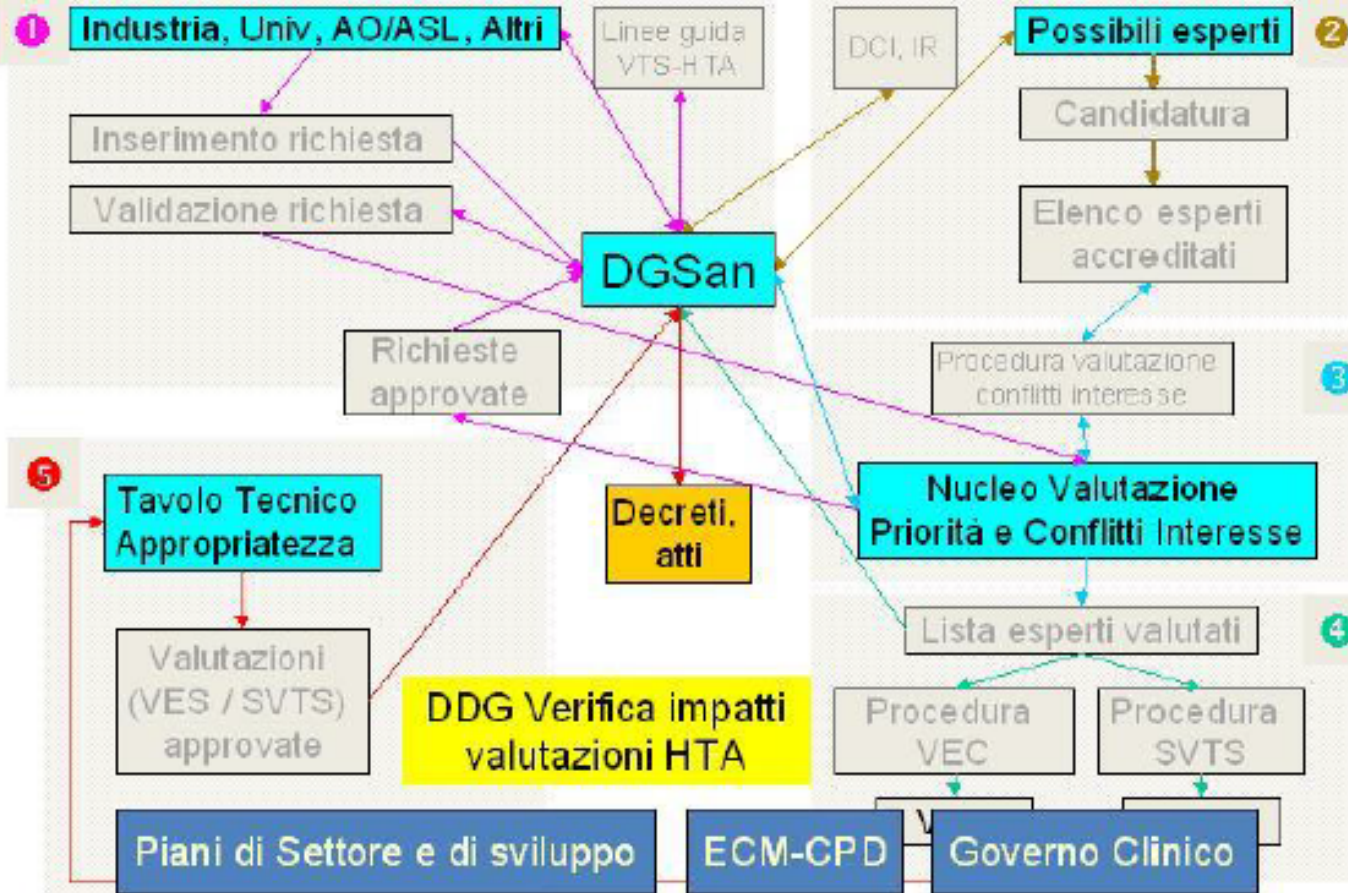
Con il decreto del Direttore Generale n. 5139 del 14/06/2013 sono stati ricostituiti il Nucleo di Valutazione delle Priorità e dei Conflitti di Interesse (NVP-CI) e il Tavolo Tecnico per l'Appropriatezza in Medicina (TTRAM), mentre con il decreto del Direttore Generale n. 14013 del 15/12/2009 sono stati determinati "Tariffe, criteri, regole di procedura e formato atteso per le valutazioni di tecnologie sanitarie" fornisce indirizzi per la predisposizione di richieste di valutazione e per la realizzazione di valutazioni previste dal processo di VTS-HTA. Entrambi i decreti sono disponibili in allegato a questa pagina.

Le richieste di valutazione possono essere avanzate da parte degli enti identificati nella DGR 7856/2008 (allegato2, seconda pagina).

Per la predisposizione delle richieste si rimanda al prototipo del gestionale <http://vts-hta.asl.pavia.it/index.php/servizi/richiesta-valutazione.html> per le operazioni di HTA , accessibile dopo registrazione al sito internet <http://vts-hta.asl.pavia.it>



Programma regionale di Valutazione delle Tecnologie Sanitarie (HTA)
Processo di valutazione dell'appropriatezza d'uso di farmaci e dispositivi biomedici





Valutazioni teoriche...

Risparmi teorici ?





edali Civili
scia

› Diagnostica

- › 2014 ComfortScan
- › 2014 Endomicroscopia urologia
- › 2013 Brevagen
- › 2013 Guida coronarica wireless
- › 2013 Spettroscopia Raman
- › 2013 Tomografia OCT
- › 2011 MammaPrint
- › 2011 ONCOType Dx



VTS-HTA

Valutazioni Tecnologie Sanitarie

› Interventistica

- › 2014 Onde urto vulnologia
- › 2014 VNS epilessia resistente
- › 2013 Lenti intraoculari accomodative cataratta
- › 2013 LINX per MRGE
- › 2010 Protesi peniene
- › 2010 RHEOS per ipertensione resistente
- › 2010 SMATH per lombalgie
- › Grandi apparecchiature
 - › 2013 RMN alto campo 7 Tesla
- › Farmaci
 - › 2012 Dronedarone



ER

Agenzia sanitaria e
sociale regionale



Osservatorio regionale per l'innovazione

L'ORI svolge quindi ruolo di supporto nelle scelte relative al governo delle innovazioni sanitarie attraverso le seguenti attività:

- ▶ la valutazione delle evidenze disponibili relative alla efficacia, sicurezza, fattibilità e sostenibilità delle innovazioni sanitarie, accompagnate da analisi di contesto che ne qualifichino il presumibile impatto sulla salute, i servizi e il sistema sanitario regionale;
- ▶ la promozione e sviluppo della ricerca e valutazioni prospettiche necessarie per una corretta implementazione delle innovazioni efficaci o per produrre e raccogliere le evidenze necessarie a completare il profilo di efficacia delle innovazioni ancora "immature";
- ▶ l'attività di ricerca nel proprio ambito disciplinare e scientifico: metodologie per la produzione di rapporti di HTA, per l'adattamento locale, per la prioritizzazione dei quesiti di ricerca, per l'adozione e diffusione dei risultati della ricerca nella pratica assistenziale e nelle politiche sanitarie.



edali Civili
SCAR

Ricerca sulle tecnologie sanitarie innovative

Osservatorio regionale per l'innovazione

Le tecnologie innovative generalmente si presentano con un convincente rationale teorico ma con un profilo di efficacia insufficiente a dimostrarne le reali potenzialità.

Nell'ambito dei progetti finora realizzati sulle alte tecnologie (chirurgia robotica e trattamenti innovativi in radioterapia) sono state messe a punto metodologie per:

- ▶ la mappatura delle evidenze;
- ▶ l'identificazione dei quesiti irrisolti;
- ▶ la prioritarizzazione dei quesiti di ricerca;
- ▶ lo sviluppo di proposte di programmi di ricerca da sottoporre a bandi di finanziamento.

Per la realizzazione di questi progetti – che si avvalgono della collaborazione di una vasta rete di professionisti delle Aziende regionali – l'ORI fornisce un intensivo supporto metodologico, anche attraverso la realizzazione di workshop dedicati.



Per il 2013 la Regione ha stanziato 5 milioni di euro (Deliberazione n.199 del 25 febbraio 2013)

2. OBIETTIVI, ATTIVITÀ E AREE DEL PROGRAMMA DI RICERCA REGIONE-UNIVERSITÀ

Le **attività** del Programma sono tese a:

- favorire filoni di ricerca potenzialmente più promettenti e in grado di rispondere ai bisogni conoscitivi e operativi del Servizio sanitario;
- approfondire la conoscenza di tecnologie emergenti;
- verificare il grado di diffusione e adozione delle tecnologie, nonché le relative implicazioni sull'organizzazione interna delle Aziende.

Il Programma persegue gli obiettivi di ricerca e innovazione organizzando le proprie attività in **3 macroaree**:

Ricerca innovativa – L'**Area 1** del Programma di ricerca Regione-Università è dedicata alla ricerca innovativa (*theory enchancing*) intesa a produrre nuove conoscenze su tecnologie e interventi di potenziale rilevanza per il Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna.



edali Civil
scia



ROL 4 ha numerosi obiettivi e sono attesi importanti risultati:

- lo sviluppo di strumenti e criteri per valorizzare le scelte di appropriatezza delle strutture erogatrici;
- l'implementazione di forme di collaborazione clinica soprattutto con la Medicina Generale e il territorio;
- la razionalizzazione dell'accesso del paziente ai servizi;
- la creazione di uno spazio dedicato all'informazione al cittadino sull'oncologia e sui servizi disponibili in Lombardia;
- lo sviluppo di un network di ricerca in oncologia (clinica, traslazionale e di medicina molecolare)
- l'implementazione della bioteca di ricerca virtuale;
- lo sviluppo della Rete delle Radioterapie mediante il censimento delle risorse strutturali (tecnologiche, cliniche e logistiche), dei carichi di lavoro e dei tempi d'attesa dei centri attivi di radioterapia;





- ❑ Ai costi dei sistemi sanitari (Regioni)
- ❑ Alla necessità dell'aggiornamento tecnologico (Regioni)
- ❑ **Alla tutela della disciplina (Società scientifiche)**
- ❑ **Alla difesa della professionalità (Società scientifiche)**
- ❑ **Alla tutela medico-legale (Professionisti, Società scientifiche)**
- ❑ Alla formazione dei professionisti (Università)



- ❑ Garanzia di mantenimento degli *standard* clinici e tecnologici attuali
- ❑ Garanzia di adeguato sostegno allo sviluppo tecnologico
- ❑ Programmi di *comparative effectiveness research*



Staminali: Balduzzi ascolta Celentano e autorizza la terapia



Marzo 22, 2013 Leone Grotti

Sofia e gli altri bambini che sono già in cura con Vannoni e Stamina per ordine del Ministero potranno proseguire la terapia a base di staminali anche se è contro la legge.



Ennesima giravolta del ministero della Salute sul caso della piccola **Sofia**, bambina di tre anni e mezzo malata di leucodistrofia metacromatica, gravissima patologia neurodegenerativa inguaribile. La piccola aveva cominciato una terapia sperimentale a base di cellule staminali negli Spedali Civili di Brescia con **Davide Vannoni**, presidente di Stamina Foundation, che assicura di «portare alla guarigione». Un giudice di Firenze, dopo la prima infusione di staminali, aveva bloccato la terapia perché secondo l'Aifa, Agenzia italiana del farmaco, i laboratori di Vannoni sono «assolutamente inadeguati» e «i medici che iniettano il

prodotto nei pazienti non risultano essere a conoscenza della vera natura del materiale biologico somministrato».



MINISTERO DELLA SALUTE, BOZZA DECRETO

Regolamento recante: "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311" e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.



edali Civili
scia

3 Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina

Disciplina	Bacino di Utenza per dimensionare strutture rete pubblica e privata (milioni di abitanti)			
	Strutture di degenza		Servizi senza posti letto	
Descrizione	Bacino max	Bacino min	Bacino max	Bacino min
Oncologia	0,6	0,3		
Oncoematologia pediatrica	4	2		
Terapia intensiva neonatale	1,2	0,6		
Radioterapia oncologica			1,2	0,6



L'Institut national du cancer est l'agence sanitaire et scientifique dédiée à la cancérologie. Il a pour vocation d'impulser et de coordonner la lutte contre le cancer en France.

TABLEAU 2 : NOMBRE DE CENTRES DE RADIOTHÉRAPIE PAR PAYS EN EUROPE

Pays	Nombre de centres de radiothérapie	Rapport Nombre de centres RTH/1 000 000 hab
Allemagne	289	3,5
France	172	2,7
Italie	170	2,8
Espagne	115	2,5
Royaume-Uni	68	1,1
Suisse	36	4,6
Belgique	25	2,3
Pays-Bas	21	1,3
Norvège	9	1,8

Source : AIEA, traitement INCa



FIGURE 2 : L'OFFRE DE SOINS EN RADIOTHÉRAPIE :
172 CENTRES EN JANVIER 2011

A NOTER : LES ÉVOLUTIONS RÉGIONALES INTERVENUES
FIN 2011 (NOTAMMENT EN RÉGION LIMOUSIN) NE SONT
PAS PRISES EN COMPTE DANS CETTE CARTE



May be not only a question of large vs small centers but also of overall treatment “capacity”... For example, in Italy there are many relatively “small” Centers...





... But also less linacs / 1.000.000 inhabitants than in the Nordic countries
Like in Germany, France and UK...

Country	MV units /1.000.000 inhabitants
France	6.5
UK	5.4
Germany	6.5
Sweden	8.2
Denmark	9.7
Switzerland	9.4
Netherlands	7.6
Poland	2.8



... Distances might hamper a “very large Center” policy in some countries...





FIGURE 5 : DENSITÉ RÉGIONALE D'ACCÉLÉRATEURS POUR 100 000 HABITANTS AU 31/12/2010

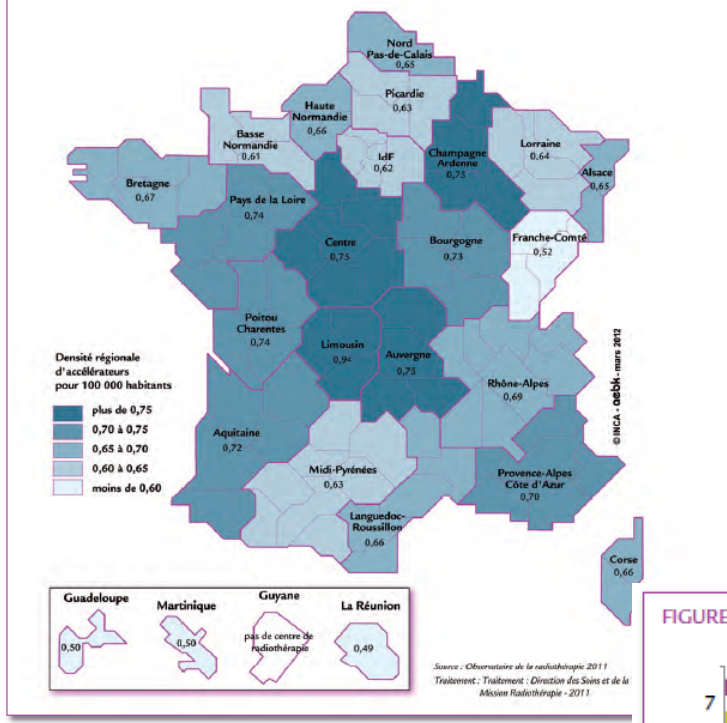
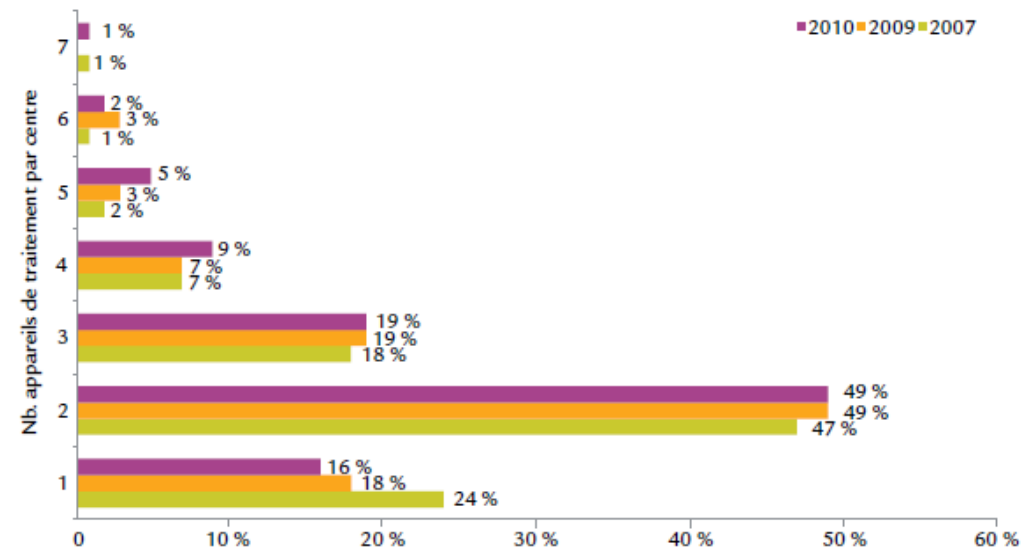


FIGURE 6 : RÉPARTITION DES CENTRES EN FONCTION DU NOMBRE D'APPAREILS DE TRAITEMENTS INSTALLÉS



Source : Observatoire de la radiothérapie 2008-2011, traitement INCa



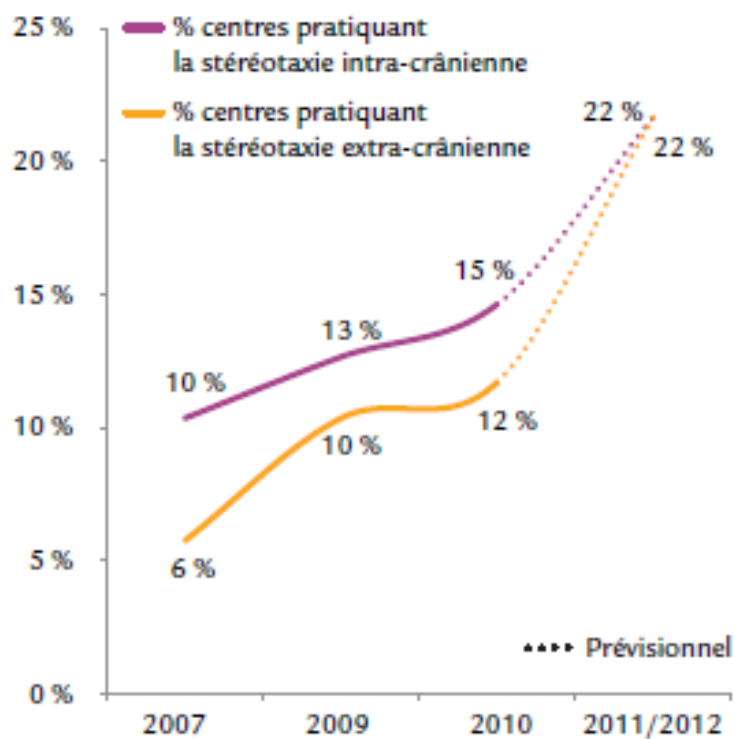
Faculté de Médecine
Université de Bourgogne

En 2010, quatre grandes recommandations avaient été portées à partir des données au 31.12.2009

Recommandations émises à partir de la situation de la radiothérapie en 2010	Bilan de la mise en œuvre au 31.12.2010	Indicateur
<p>1. Généraliser l'utilisation de la dosimétrie <i>in vivo</i> et de logiciels de double calcul marqués CE selon les recommandations de l'Afssaps, en cohérence avec les critères d'agrément INCa.</p>	<p>Début 2011, tous les centres sont équipés d'un logiciel de double calcul des UM et d'un logiciel de dosimétrie <i>in vivo</i>³². On note toute fois que 25 % des centres ne sont pas équipés d'un logiciel de double calcul conforme aux recommandations Afssaps, et que si le taux d'utilisation de ces équipements progresse très nettement, la généralisation n'est pas encore pleinement effective. Par ailleurs, la faisabilité de la mise en œuvre de mesures <i>in vivo</i> dans les traitements de haute technicité devra faire l'objet</p>	
<p>2. Poursuivre le développement de l'accès territorial aux techniques de RCMI dans les principales indications validées (cancers ORL et cancers de la prostate).</p>	<p>La disponibilité de la radiothérapie de haute technicité progresse entre fin 2009 et fin 2010, mais on note qu'il persiste une disparité dans l'accessibilité régionale notamment à ces différentes techniques. Les perspectives de déploiement remontées au travers des projets déclarés par les centres laissent augurer d'une réduction des hétérogénéités observées d'ici fin 2012.</p>	
<p>3. Développer l'accès régional à de la radiothérapie de haute technicité (RCMI dynamique - tomothérapie -stéréotaxie intra et extracrânienne), ces nouvelles techniques étant associées à un nombre moins élevé de séances.</p>		
<p>4. Mettre en place des mécanismes incitatifs pour accompagner la réduction attendue du nombre global de séances, en particulier pour le traitement de plusieurs formes fréquentes de cancers du sein, afin de délivrer des traitements aussi efficaces avec un moindre coût humain et financier.</p>	<p>Plusieurs dispositifs, actuellement en cours, visent à apporter les éléments de connaissance préalables nécessaires à l'évolution des pratiques standards, et de la tarification associée (appel à projets INCa sur la radiothérapie peropératoire, PHRC SHARE, etc.). on observe ainsi pour la première fois depuis 2007 une tendance à la réduction du nombre de séances par traitement (22 en 2009 versus 20 en 2010). Cependant, la généralisation attendue de l'impact des expérimentations précitées et du déploiement de protocoles comportant un nombre réduit de séances dans la pratique clinique ne devrait pas s'observer avant plusieurs années.</p>	

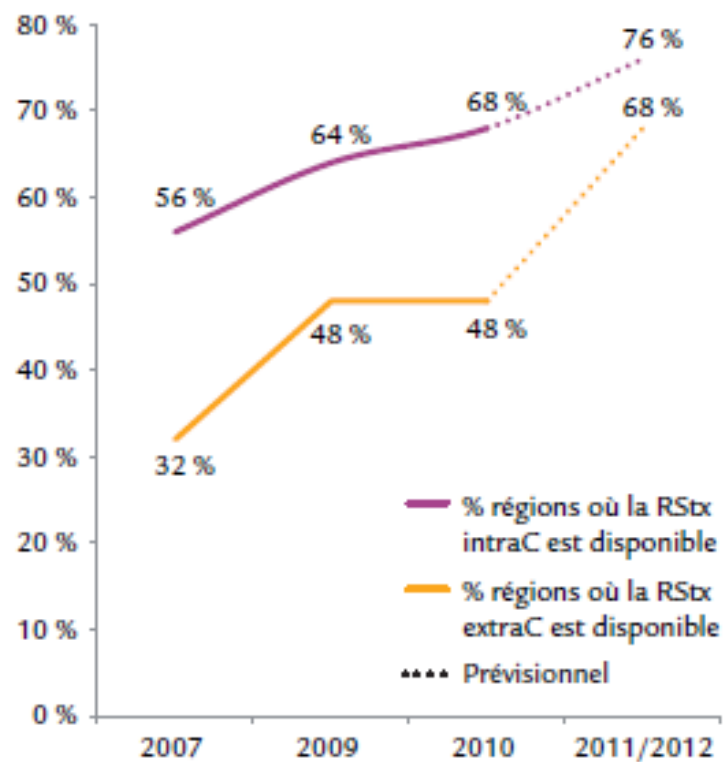


FIGURE 16 : ÉVOLUTION DE LA DISPONIBILITÉ DE LA RADIOTHÉRAPIE STÉRÉOTAXIQUE DANS LES CENTRES



Source : Observatoire de la radiothérapie

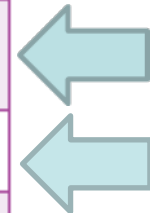
FIGURE 17 : ÉVOLUTION DE LA DISPONIBILITÉ RÉGIONALE DE LA RADIOTHÉRAPIE STÉRÉOTAXIQUE



Non solo sviluppo tecnologico, ma della professionalità....

RECOMMANDATIONS ÉMISES À PARTIR DE LA SITUATION DE LA RADIOTHÉRAPIE EN 2011

1. Finaliser l'implémentation nationale de l'utilisation de la dosimétrie *in vivo* et de logiciels de double calcul marqués CE selon les recommandations de l'Afssaps. Ces deux dispositions devraient être effectives mi-2012.
2. Accentuer le déploiement de l'accès territorial aux techniques de RCMI, et encourager le développement d'une offre régionale pour les pratiques de haute technicité (AVMI, stéréotaxie intra et extracrânienne, radiothérapie peropératoire des cancers du sein, etc.) permettant d'accompagner la mise en œuvre de traitements comportant un nombre réduit de séances.
3. Établir, en lien avec les professionnels, des référentiels INCa, des recommandations pour aider la mise en œuvre de nouvelles techniques, et notamment les pratiques de haute technicité (Mesure 22.1 du Plan cancer 2009-2013).
4. Soutenir le déploiement des traitements innovants avec un nombre réduit de séances en initiant les travaux permettant de faire évoluer les financements associés.





E delle tutele.....

In revisione.....





edali Civili
scia

**Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica**

[HOME](#) [ASSOCIAZIONE](#) [GRUPPI REGIONALI](#) [CORSI E MANIFESTAZIONI](#) [GRUPPI DI STUDIO](#) [AREA SOCI](#) [CONTATTI](#)

HOME > Linee guida AIRO

LINEE GUIDA AIRO

Cliccando sui titoli delle Linee guida si scarica il relativo documento in pdf.
Con un clic su ARCHIVIO LINEE GUIDA AIRO nel menu a sinistra si possono consultare le passate edizioni.

Linee guida AIRO per la definizione degli OARs e dei limiti di dose del sistema nervoso centrale

A cura di:
GRUPPO di STUDIO AIRO sulle Neoplasie SNC, 2011-2013

ISBN 9788890806148
ISBN-A 10.978.88908061/48

Linee-guida AIRO per il trattamento delle neoplasie primitive e secondarie del sistema nervoso centrale

A cura di:
GRUPPO di STUDIO AIRO sulle Neoplasie SNC, 2011-2013

ISBN 9788890806117
ISBN-A 10.978.88908061/17

La Radioterapia dei Tumori della Mammella:

Soci finanziatori



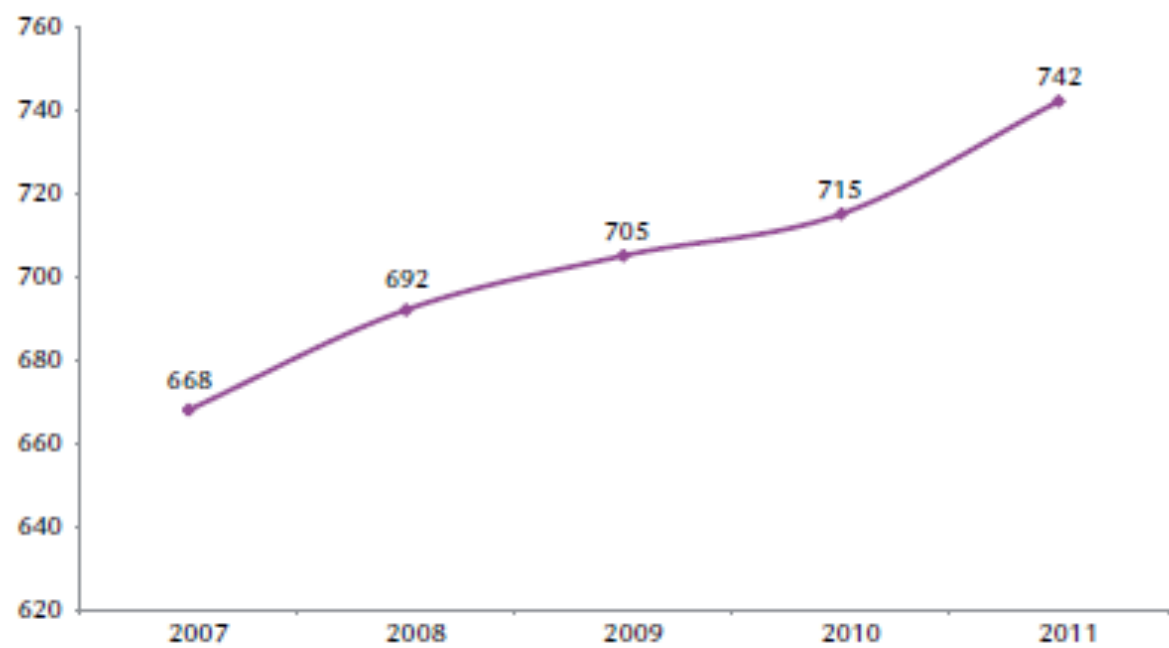


- Ai costi dei sistemi sanitari (Regioni)
- Alla necessità dell'aggiornamento tecnologico (Regioni)
- Alla tutela della disciplina (Società scientifiche)
- Alla difesa della professionalità (Società scientifiche)
- Alla tutela medico-legale (Professionisti, Società scientifiche)
- Alla formazione dei professionisti (Università)**



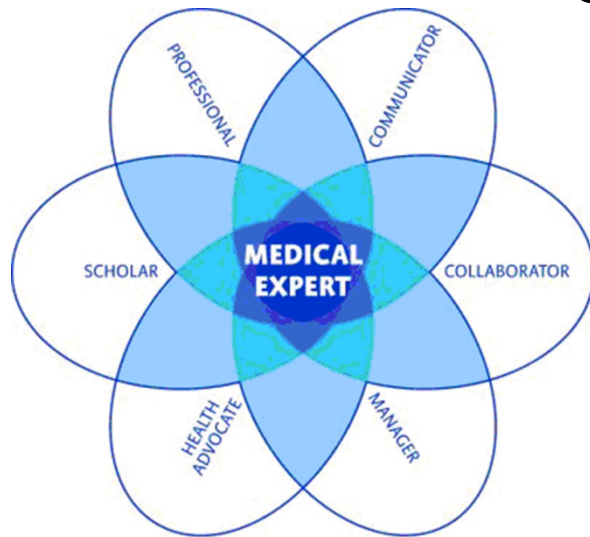
edali.Civili
scia

FIGURE 36. ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ONCOLOGUES
RADIOTHÉRAPEUTES EN ACTIVITÉ ENTRE 2007 ET 2011 ⁴⁴



Source : Adeli-DREES

.. La migliore garanzia di appropriatezza è un professionista adeguatamente formato..





edali Civili
scia



Conferenza dei Presidenti dei Collegi dei Professori Universitari di Area Medica (Area CUN 06-Scienze Mediche)

Al Ministro dell'Istruzione,
dell'Università e della Ricerca
On. Prof.ssa Stefania Giannini

Al Presidente della CRUI
Prof. Stefano Paleari

Al Presidente del CUN
Prof Andrea Lenzi

Illustre Signora Ministro, Prof.ssa Stefania Giannini, Magnifici Rettori, Ill.mo Presidente del CUN,

I Professori universitari di Area Medica sono sempre stati rispettosi delle modifiche normative delle procedure di reclutamento e degli ordinamenti, applicandoli rigorosamente con forte interesse anche per tutti gli aspetti innovativi e sperimentali didattici. Tuttavia, in questi mesi si è avuto l'applicazione di nuove normative ed alcune nuove proposte relativamente ai corsi di studio universitari, che hanno destato tra essi crescente preoccupazione e disagio.



Grazie per l'attenzione !

