

REPORT ATTIVITA' SCIENTIFICA GSTU 2019/2020

Indice

1. Survey, Analisi e valutazioni	2
1.1 <i>Analisi sistematica di letteratura scientifica, linee guida e banche dati scientifiche volte alla identificazione del migliore strumento da utilizzare per la valutazione geriatrica multidimensionale dei pazienti affetti da patologie oncologiche prostatiche ed urologiche.</i>	2
1.2 <i>creazione e documento di validazione di questionario utile al rilevamento della cosiddetta "tossicità finanziaria" nei pazienti affetti da cancro.</i>	3
2. Pubblicazioni Scientifiche	4
2.1 <i>Gebbia V, Piazza D, Amato C. LETTER TO THE EDITOR: A feasibility study of oncology rehabilitation in the Australian communit. J. Cancer Rehab. 2020; 3: 46-48 DOI 10.48252/JCR4</i>	4
2.2 <i>Gebbia V, Girlando A, Di Grazia A, Fazio I, Borsellino N, Piazza D, Serretta V, Pergolizzi S, Pontoriero A, Firenze A, Valerio MR. Stereotactic Radiotherapy for the Treatment of Patients With Oligo-progressive Metastatic Renal Cell Carcinoma Receiving Vascular Endothelial Growth Factor Receptor Tyrosine Kinase Inhibitor: Data From the Real World. Anticancer Res. 2020 Dec;40(12):7037-7043. doi: 10.21873/anticancer.14730. PMID: 33288600.</i>	4
2.3 <i>Gebbia V, Aiello MM, Banna G, Blanco G, Blasi L, Borsellino N, Giuffrida D, Mauro ML, Mancuso G, Piazza D, Savio G, Parra HS, Valerio MR, Verderame F, Vigneri P. Metronomic oral vinorelbine in patients with advanced non-small cell lung cancer progressing after nivolumab immunotherapy: a retrospective analysis. Ecancermedalscience. 2020 Sep 29;14:1113. Doi: 10.3332/ecancer.2020.1113. PMID: 33144881; PMCID: PMC7581333.</i>	5
2.4 <i>Gebbia V, Mare M, Cordio S, Valerio MR, Piazza D, Bordonaro R, Firenze A, Giuffrida D. Is G8 geriatric assessment tool useful in managing elderly patients with metastatic pancreatic carcinoma? J Geriatr Oncol. 2020 Jul 8;S1879-4068(20)30225-3. doi: 10.1016/j.jgo.2020.06.022. Epub ahead of print. PMID: 32653216.</i>	6
2.5 <i>Santarpia M, Altavilla G, Borsellino N, Girlando A, Mancuso G, Pergolizzi S, Piazza D, Pontoriero A, Valerio MR, Gebbia V. High-dose Radiotherapy for Oligo-progressive NSCLC Receiving EGFR Tyrosine Kinase Inhibitors: Real World Data. In Vivo. 2020 Jul-Aug;34(4):2009-2014. doi: 10.21873/invivo.11999. PMID: 32606174; PMCID: PMC7439904.</i>	6
2.6 <i>Blasi L, Bordonaro R, Borsellino N, Butera A, Caruso M, Cordio S, Liborio DC, Ferrà F, Giuffrida D, Parra HS, Spada M, Tralongo P, Valenza R, Verderame F, Vitello S, Zerilli F, Piazza D, Firenze A, Gebbia V. Reactions and countermeasures of medical oncologists towards the incoming COVID-19 pandemic: a WhatsApp messenger-based report from the Italian College of Chief Medical Oncologists. Ecancermedalscience. 2020 May 15;14:1046. doi:10.3332/ecancer.2020.1046. PMID: 32565899; PMCID: PMC7289620.</i>	7
2.7 <i>Gebbia V, Bordonaro R, Blasi L, Piazza D, Pellegrino A, Iacono C, Spada M, Tralongo P, Firenze A. Liability of clinical oncologists and the COVID-19 emergency: Between hopes and concerns. J Cancer Policy. 2020 Sep;25:100234. doi: 10.1016/j.jcpo.2020.100234. Epub 2020 Jun 9. PMID: 32562478; PMCID: PMC7282757.</i>	8
2.8 <i>Gebbia V, Piazza D, Valerio MR, Borsellino N, Firenze A. Patients With Cancer and COVID-19: A WhatsApp Messenger-Based Survey of Patients' Queries, Needs, Fears, and Actions Taken. JCO Glob Oncol. 2020 May;6:722-729. doi: 10.1200/GO.20.00118. PMID: 32412811; PMCID: PMC7271316.</i>	8
3. Eventi Formativi	9

3.1	CARCINOMA RENALE METASTATICO. Progettazione degli algoritmi di sequenza terapeutica. 28 gennaio – 26 maggio 2020	9
3.2	FOCUS ON: Carcinoma renale metastatico progettazione degli algoritmi di trattamento 27 ottobre - 3 novembre	9
4.	Progetti di ricerca	10
4.1	Onconsensus Virtual Tumor Board	10

1. Survey, Analisi e valutazioni

1.1 Analisi sistematica di letteratura scientifica, linee guida e banche dati scientifiche volte alla identificazione del migliore strumento da utilizzare per la valutazione geriatrica multidimensionale dei pazienti affetti da patologie oncologiche prostatiche ed urologiche.

L'articolo si concentra sugli uomini di età superiore ai 70 anni e si basa sulle linee guida esistenti della International Society of Geriatric Oncology (SIOG) per la gestione dei pazienti anziani affetti da cancro alla prostata. Le questioni considerate includono i rischi di sovra e sotto-trattamento e l'importanza di valutare lo stato di salute generale, le comorbidità e le funzioni cognitive nella gestione personalizzata del paziente. Le precedenti linee guida SIOG sul cancro alla prostata sostenevano che l'età da sola non avrebbe dovuto precludere un trattamento efficace. Dal 2014, le raccomandazioni della SIOG sono state pienamente approvate dall'Associazione Europea di Urologia (EAU) e sono ora indicate come linee guida EAU/ESTRO/SIOG.

Il gold standard per la valutazione dello stato di salute è il Comprehensive Geriatric Assessment (CGA). Questo strumento include dati demografici, sullo stato di salute, sociale, funzionale, nutrizionale, cognitivo e mentale nonché la presenza di comorbidità e sindromi geriatriche. Predice la sopravvivenza e la tossicità della chemioterapia, identifica le condizioni reversibili e riflette la capacità dei pazienti di prendere decisioni, così come i loro valori e obiettivi terapeutici. Sebbene relativamente semplice, la misura della dipendenza in Activities of Daily Living (ADL) è stata utilizzata per determinare la necessità di interventi sociali e sanitari ed ha valore prognostico. A parte lo stesso cancro alla prostata, la comorbidità è il più forte fattore predittivo di morte tra gli uomini con malattia localizzata. Il Cumulative Illness Score Rating-Geriatrics (CISR-G) è usato per valutare le comorbidità. In questo contesto, è utile accertare lo stadio e la potenziale reversibilità della condizione, la sua storia e il rischio di insufficienza d'organo acuta. Tuttavia, un CGA richiede molto tempo e personale specializzato. Inoltre, è probabilmente necessaria solo in una quota minima di pazienti. Un approccio razionale consiste nello screening di tutti i pazienti per identificare quelli che necessitano di un'ulteriore valutazione. Questa ulteriore valutazione può assumere la forma di una valutazione geriatrica semplificata (test G8) o di un CGA completo.

La versione estesa del documento è consultabile all'allegato n.1

1.2 creazione e documento di validazione di questionario utile al rilevamento della cosiddetta "tossicità finanziaria" nei pazienti affetti da cancro.

La tossicità finanziaria (FT) tra i pazienti affetti da cancro (CP) è multifattoriale, derivante da fattori sia correlati alla malattia che non correlati alla malattia, compresi gli attributi socio-culturali, ambientali e psicologici. Essa deriva sia dai costi legati all'assistenza e sostenuti dai pazienti e da chi li assiste, sia dalla riduzione della capacità di reddito anche in questo caso a carico dei pazienti e di chi li assiste. I livelli di stress possono raggiungere proporzioni significative in alcuni pazienti, fino a presentare sintomi di ansia soprattutto durante i periodi di somministrazione della terapia.

Per evidenziare la tossicità finanziaria legata alla diagnosi di tumore metastatico del pancreas e del polmone e per misurare la sua evoluzione nel tempo e l'eventuale correlazione con la prognosi, abbiamo sviluppato un questionario chiamato FT16 e abbiamo condotto uno studio di validazione su un campione di 31 pazienti. Il disegno dello studio ha comportato lo sviluppo e la valutazione psicometrica di una scala per misurare le fonti percepite di FT tra CP. A seguito di un'ampia revisione della letteratura, è stata creata una tabella di specifiche con gli item iniziali per guidare la costruzione degli item per lo sviluppo della scala. Gli item relativi a questi FT sono stati convertiti in un questionario multipoint a 16 item, che ha portato al FT16. Abbiamo anche monitorato la qualità della vita dei pazienti, utilizzando il questionario QIQ C-30, allo scopo di cogliere la correlazione tra l'insorgenza della FT e il deterioramento della qualità della vita; le caratteristiche cliniche dei pazienti, la risposta alla terapia e i parametri di esito sono stati registrati anche allo scopo di valutare l'eventuale correlazione con la FT.

Il questionario è stato somministrato a 31 pazienti adulti con carcinoma polmonare e pancreatico metastatico, sia uomini che donne, che sono stati diagnosticati di recente e saranno sottoposti a trattamento oncologico. Ognuno di loro è stato informato della ricerca ed è stato ottenuto il consenso informato scritto. L'affidabilità della coerenza interna (alfa di Cronbach) è stata di 0,77 per i 16 articoli del FT16. Le analisi della varianza (ANOVA) hanno indicato che non ci sono differenze significative nel punteggio medio di FT16, tra i sessi e le fasce d'età nel punteggio di gravità.

Conclusioni: Il questionario FT16 sembra essere uno strumento utile per catturare l'insorgenza di FT in questo sottoinsieme di pazienti con prognosi sfavorevole; l'analisi dei dati registrati continuerà a valutare la capacità dell'FT16 di catturare le correlazioni con le caratteristiche cliniche al momento della diagnosi e le correlazioni con la prognosi.

il documento in forma di abstract (allegato 2) è stato proposto al meeting annuale dell'American Society of Medical Oncology (ASCO):

R.Bordonaro, F. Castagna, D. Piazza, S. Cordio et Al. Examining perceptions of financial toxicity among cancer patients: The Financial Toxicity 16 Questionnaire. *Journal of Clinical Oncology* 38 (15_suppl), e19389-e19389

2. Pubblicazioni Scientifiche

2.1 *Gebbia V, Piazza D. Amato C. LETTER TO THE EDITOR: A feasibility study of oncology rehabilitation in the Australian communit. J. Cancer Rehab. 2020; 3: 46-48 DOI 10.48252/JCR4*

in Italia, gli aspetti della riabilitazione oncologica non hanno ricevuto la dovuta attenzione da parte degli oncologi e delle istituzioni deputate. I bisogni insoddisfatti dei pazienti sono ancora per lo più incompiuti e i programmi di riabilitazione oncologica sono rari e spesso non coordinati con gli oncologi gestori.

Allegato 3

2.2 *Gebbia V, Girlando A, Di Grazia A, Fazio I, Borsellino N, Piazza D, Serretta V, Pergolizzi S, Pontoriero A, Firenze A, Valerio MR. Stereotactic Radiotherapy for the Treatment of Patients With Oligo-progressive Metastatic Renal Cell Carcinoma Receiving Vascular Endothelial Growth Factor Receptor Tyrosine Kinase Inhibitor: Data From the Real World. Anticancer Res. 2020 Dec;40(12):7037-7043. doi: 10.21873/anticancer.14730. PMID: 33288600.*

Obiettivo: Questo studio osservazionale retrospettivo ha valutato il ruolo della radioterapia stereotassica ipofrazionata (SRT) in pazienti con carcinoma oligoprogressivo metastatico a cellule renali (mRCC) trattato con inibitori della tirosina chinasi orale di prima linea (TKI). Sono riportati i dati sul controllo locale, il ritardo dell'ulteriore progressione e la sicurezza. Pazienti e metodi: Tra gennaio 2010 e dicembre 2016, 28 pazienti con mRCC che hanno mostrato una malattia oligo-progressiva mentre ricevevano pazopanib di prima linea sono stati trattati con SRT ipofrazionato in siti metastatici progressivi per ritardare il cambiamento della terapia sistemica. Sono state registrate la sopravvivenza libera da progressione di prima e seconda linea (PFS-1 e PFS-2), così come la risposta obiettiva e la tossicità.

Risultati: Dopo la terapia con pazopanib, sono state registrate nove remissioni parziali (32%), 12 malattie stabili (43%) e sette progressioni (25%). Il tempo mediano di progressione da pazopanib di prima linea fino a oligo-progressione è stato di 9,45 mesi (PFS-1 range=2-30 mesi). Diciassette pazienti (61%) hanno mostrato progressione in sedi tumorali preesistenti e 11 pazienti (39%) hanno mostrato la comparsa di nuove metastasi. La sopravvivenza libera da progressione dopo radioterapia è stata di 4,55 mesi (range PFS-2=1-11 mesi). La PFS-1 più PFS-2 è stata di 14,0 mesi (range=3-41 mesi). Gravi tossicità di grado 3-4 sono state osservate solo occasionalmente.

Conclusione: I pazienti con mRCC oligo-progressivo trattati con pazopanib di prima linea possono beneficiare di SRT ad alto dosaggio ipo-frazionato ad alte dosi nei siti in progressione, ottenendo un ulteriore aumento della sopravvivenza libera da progressione mediana. Sono necessari ulteriori studi e una validazione prospettica per stabilire se questo approccio minimamente invasivo può avere un impatto positivo sulla sopravvivenza complessiva e sui risultati riportati.

Il lavoro in esteso è riportato all'allegato n.4

2.3 *Gebbia V, Aiello MM, Banna G, Blanco G, Blasi L, Borsellino N, Giuffrida D, Mauro ML, Mancuso G, Piazza D, Savio G, Parra HS, Valerio MR, Verderame F, Vigneri P. Metronomic oral vinorelbine in patients with advanced non-small cell lung cancer progressing after nivolumab immunotherapy: a retrospective analysis. Ecancermedicalscience. 2020 Sep 29;14:1113. Doi: 10.3332/ecancer.2020.1113. PMID: 33144881; PMCID: PMC7581333.*

Scopo: La disponibilità di inibitori del punto di controllo immunitario ha profondamente cambiato lo scenario terapeutico dei pazienti con tumore polmonare non a piccole cellule avanzato (NSCLC). Fino ad ora, la chemioterapia rappresenta ancora il trattamento di prima linea per i pazienti con NSCLC avanzato non portatori di mutazioni genetiche o privi di un'elevata espressione del ligando di morte programmata, anche se l'aggiunta dell'immunoterapia alla chemioterapia di prima linea ha recentemente dimostrato di migliorare l'esito clinico. Abbiamo effettuato un'analisi retrospettiva multi-istituzionale sulla chemioterapia di terza linea con vinorelbina orale metronomica (VNR) in una serie di pazienti con NSCLC metastatico pretrattato con chemioterapia di prima linea e immunoterapia di seconda linea.

Pazienti e metodi: Trenta pazienti con NSCLC metastatico con malattia progressiva dopo chemioterapia di prima linea e successiva immunoterapia sono stati trattati con VNR metronomica orale in continuo alla dose fissa di 30 mg tre volte alla settimana.

Risultati: Una risposta parziale è stata ottenuta in 4 pazienti (13,3%), mentre 10 pazienti (33,3%) hanno mostrato una stabilizzazione della malattia per un tasso complessivo di controllo della malattia del 46,7%. La sopravvivenza mediana libera da progressione è stata di 3,9 mesi (range 1-13 mesi) e la OS mediana ha raggiunto 8,1 mesi (range 4,0-24,0+ mesi) con un tasso di sopravvivenza a 12 mesi del 22%.

Conclusione: La VNR metronomica orale sembra essere attiva e sicura nei pazienti con NSCLC metastatico in progressione dopo chemioterapia di prima linea e immunoterapia di seconda linea. I risultati riportati, sebbene da un campione limitato, possono suggerire il suo utilizzo per la stabilizzazione a lungo termine della malattia con una buona compliance del paziente.

Allegato 5

2.4 *Gebbia V, Mare M, Cordio S, Valerio MR, Piazza D, Bordonaro R, Firenze A, Giuffrida D. Is G8 geriatric assessment tool useful in managing elderly patients with metastatic pancreatic carcinoma? J Geriatr Oncol. 2020 Jul 8;S1879-4068(20)30225-3. doi: 10.1016/j.jgo.2020.06.022. Epub ahead of print. PMID: 32653216.*

Obiettivo: Questo articolo si propone di analizzare l'utilità del questionario oncologico geriatrico G8 in pazienti con adenocarcinoma pancreatico avanzato/metastatico (aPAC) e la sua possibile associazione con diversi esiti clinici.

Metodi: I pazienti di età superiore ai 70 anni sono stati sottoposti a screening con lo strumento G8 e trattati con nab-paclitaxel 125 mg/m² per via endovenosa e gemcitabina 1000 mg/m² per 3 settimane consecutive seguite da una settimana di riposo, come prescritto dopo la valutazione clinica da parte degli oncologi. Le cartelle cliniche dei pazienti sono state valutate per tipo e gravità della tossicità, tasso di completamento di 2 cicli, tasso di interruzione, ritardi, riduzioni di dose e altri tassi di risposta agli esiti, assenza di progressione e sopravvivenza globale. Sono state analizzate la sensibilità, la specificità e le possibili correlazioni.

Risultati: La sensibilità e la specificità del punteggio del G8 per la tossicità grave sono stati rispettivamente del 55,9% e del 50%. Non vi è alcuna associazione tra tutti i tipi di tossicità grave di grado 3-4, ritardi o riduzioni di dose, e il punteggio del G8 era presente (p=0,622). L'ORR è stato del 32,5% senza risposte complete. La PFS mediana e la OS sono state rispettivamente di 4,5 mesi e 8,1 mesi. La correlazione tra punteggio G8 e PFS non era statisticamente significativa (p=0,0652). La correlazione tra il punteggio del G8 e l'OS è stata statisticamente significativa (p=0,0251). Sebbene la sopravvivenza mediana dei pazienti del G8 sia stata superiore a quella dei pazienti vulnerabili del G8 (6,5 contro 4 mesi), la differenza non è stata statisticamente significativa (p=0,1975).

Conclusione: I risultati clinici in termini di tasso di risposta, risultati di sopravvivenza ed effetti collaterali erano nell'intervallo riportato da altri. Tuttavia, il questionario del G8 non è uno strumento diagnostico affidabile per prevedere il rischio di tossicità grave e gli esiti clinici in pazienti anziani con aPAC.

Allegato 6

2.5 *Santarpia M, Altavilla G, Borsellino N, Girlando A, Mancuso G, Pergolizzi S, Piazza D, Pontoriero A, Valerio MR, Gebbia V. High-dose Radiotherapy for Oligo-progressive NSCLC Receiving EGFR Tyrosine Kinase Inhibitors: Real World Data. In Vivo. 2020 Jul-Aug;34(4):2009-2014. doi: 10.21873/invivo.11999. PMID: 32606174; PMCID: PMC7439904.*

Background/obiettivo: I trattamenti ablativi locali per il tumore polmonare non a piccole cellule mutato non a piccole cellule oligo-progressivo, EGFR (mut-NSCLC) possono migliorare il controllo a lungo termine della malattia e la sopravvivenza. Abbiamo analizzato l'efficacia della radioterapia ipofrazionata ad alte dosi (HDRT), in associazione con gli inibitori della tirosina chinasi EGFR prolungata (TKI) in oligo-progressivi, EGFR mutante NSCLC.

Pazienti e metodi: Sono state valutate la sopravvivenza libera da progressione-1 (PFS-1, data di inizio della terapia TKI fino a oligo-progressione o morte) e la sopravvivenza libera da progressione-2 (PFS-2, data di progressione focale fino a ulteriore progressione o morte).

Risultati: Sono stati analizzati trentasei pazienti. La PFS 1 mediana è stata di 12,5 mesi. L'HDHRT consisteva in RT modulata in intensità e RT stereotassica in 23 (64%) e 13 (36%) pazienti rispettivamente. La PFS mediana 2 era di 6,3 mesi. La sopravvivenza complessiva è stata di 38,7 mesi.

Conclusione: La terapia ipofrazionata HDRT più TKI, è associata ad un significativo prolungamento del controllo della malattia (PFS complessivo: 18,8 mesi), con effetti collaterali gestibili. Questi dati reali supportano l'uso di approcci ablativi locali nell'EGFR mut-NSCLC oligo-progressivo.

Allegato 7

2.6 Blasi L, Bordonaro R, Borsellino N, Butera A, Caruso M, Cordio S, Liborio DC, Ferrà F, Giuffrida D, Parra HS, Spada M, Tralongo P, Valenza R, Verderame F, Vitello S, Zerilli F, Piazza D, Firenze A, Gebbia V. *Reactions and countermeasures of medical oncologists towards the incoming COVID-19 pandemic: a WhatsApp messenger-based report from the Italian College of Chief Medical Oncologists.* *Ecancermedalscience.* 2020 May 15;14:1046. doi:10.3332/ecancer.2020.1046. PMID: 32565899; PMCID: PMC7289620.

Scopo: Questa indagine descrittiva e non pianificata è stata intrapresa per riportare le reazioni, gli atteggiamenti e le contromisure che sono state messe in atto e attuate dalle unità di oncologia medica di fronte all'epidemia COVID-19 nel Sud Italia.

Materiali e metodi: I dati sono stati ottenuti retrospettivamente dall'analisi temporale delle conversazioni attraverso una chat di gruppo basata su WhatsApp messenger tra i direttori medici del Collegio Italiano dei Direttori di Oncologia Medica. Sono inclusi il numero complessivo, l'intensità e l'andamento temporale delle conversazioni relative alle reazioni durante le 4 settimane di osservazione relative agli eventi cruciali avvenuti tra il 24 febbraio e il 28 marzo 2020. È stata inoltre effettuata un'analisi sentimentale delle conversazioni.

Risultati: Riportiamo 956 conversazioni tra 19 unità di oncologia medica relative alle reazioni agli eventi cruciali, come la diffusione dell'epidemia, le ordinanze e le linee guida del Governo durante le 4 settimane di osservazione. I dati mostrano una significativa consapevolezza dei problemi legati alla diffusione del COVID-19 tra gli oncologi e una rapida diffusione delle contromisure. Le azioni intraprese sono state correlate temporalmente agli eventi cruciali. È stata trovata una correlazione tra le conversazioni e il volume di attività delle unità oncologiche. Analizzando l'analisi del sentimento dei dati grezzi, le emozioni positive sono state ridotte in percentuale nel corso delle settimane. Un aumento significativo delle emozioni negative è stato osservato come l'epidemia ha avuto un impatto sul sistema sanitario.

Conclusione: Nella nostra esperienza, il sistema di messaggistica istantanea WhatsApp sembra essere uno strumento utile per condividere notizie e reazioni tra oncologi medici per

attuare rapidamente le misure sanitarie necessarie e le risposte ai bisogni e alle domande della maggior parte dei pazienti affetti da cancro nello scenario della pandemia COVID-19.

Allegato 8

2.7 *Gebbia V, Bordonaro R, Blasi L, Piazza D, Pellegrino A, Iacono C, Spada M, Tralongo P, Firenze A. Liability of clinical oncologists and the COVID-19 emergency: Between hopes and concerns. J Cancer Policy. 2020 Sep;25:100234. doi: 10.1016/j.jcpo.2020.100234. Epub 2020 Jun 9. PMID: 32562478; PMCID: PMC7282757.*

Per contenere la diffusione di COVID-19, l'Italia è in isolamento globale dal 21 febbraio 2020, ad eccezione dei servizi sanitari e dell'approvvigionamento alimentare. In questo scenario, la crescente apprensione per le conseguenze legali sta crescendo tra gli operatori sanitari a causa di diverse questioni etiche e legali. Anche se gli esperti di etica medica possono approvare i protocolli di prioritizzazione dei pazienti, gli ospedali e gli operatori sanitari rimangono altamente esposti a responsabilità. Il cosiddetto lavoro intelligente può essere molto utile, ma può comportare potenziali danni legali per il personale sanitario e per i pazienti e per la sicurezza. Inoltre, le polizze ombrello personali spesso escludono anche la responsabilità derivante dalla trasmissione di una malattia trasmissibile, soprattutto in caso di pandemia. Sotto la pressione delle associazioni mediche, le forze politiche del governo italiano hanno recentemente presentato un emendamento alle ordinanze recentemente emanate per l'emergenza COVID-19 per ridurre la responsabilità medica. Presumibilmente, epidemie simili o altri eventi simili su larga scala potrebbero ripetersi in un futuro imprevedibile. Pertanto, sono fortemente necessarie norme giuridiche più articolate, a partire dagli insegnamenti tratti da questa epidemia.

Allegato 9

2.8 *Gebbia V, Piazza D, Valerio MR, Borsellino N, Firenze A. Patients With Cancer and COVID-19: A WhatsApp Messenger-Based Survey of Patients' Queries, Needs, Fears, and Actions Taken. JCO Glob Oncol. 2020 May;6:722-729. doi: 10.1200/GO.20.00118. PMID: 32412811; PMCID: PMC7271316.*

Scopo: Questa indagine descrittiva è stata intrapresa in tre unità oncologiche per riportare le domande, i bisogni e le paure relative alla sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2 (COVID-19) di pazienti con cancro e per evitare ritardi incontrollati del trattamento o astinenza, errori comportamentali e panico.

Pazienti e metodi: Tutte le richieste inviate spontaneamente attraverso il sistema di messaggistica istantanea WhatsApp comunemente usato dai pazienti per comunicare con le unità oncologiche sono state raccolte e raggruppate per omologia in cinque categorie. Le risposte alle domande sono state fornite secondo le raccomandazioni dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica attraverso WhatsApp e le successive telefonate. I pazienti sono

stati classificati anche in base alla sede del tumore primitivo, allo stadio di malattia e ai trattamenti in corso. È stata effettuata un'analisi dell'associazione tra questi dati e le richieste. Risultati: Lo scenario sociale in Italia è un blocco a livello nazionale ad eccezione di ospedali, farmacie e forniture alimentari. Complessivamente, tra il 1° marzo e il 13 marzo sono state analizzate 446 diverse conversazioni WhatsApp di pazienti, che comprendevano: richiesta di ritardi nelle visite da parte di pazienti sottoposti a terapie orali o nel follow-up, ritardi nella somministrazione di chemioterapia o immunoterapia, richieste di informazioni su possibili immunosoppressioni e cambiamenti nello stile di vita o nelle attività quotidiane. I requisiti di ritardo erano statisticamente più frequenti tra i pazienti con cancro alla prostata o al seno rispetto a quelli con cancro ai polmoni o al pancreas. Sono state segnalate anche le azioni intraprese dagli oncologi.

Conclusione: A nostra conoscenza, il sistema di messaggistica istantanea WhatsApp è stato occasionalmente utilizzato in altri contesti medici con risultati controversi. Nella nostra esperienza, WhatsApp si è rivelato adeguato a dare una risposta rapida alla maggior parte delle domande dei pazienti affetti da cancro nello scenario pandemico COVID-19.

Allegato 10

3. Eventi Formativi

3.1 CARCINOMA RENALE METASTATICO. Progettazione degli algoritmi di sequenza terapeutica. 28 gennaio – 26 maggio 2020

L'obiettivo del gruppo di miglioramento è stato preparare il team Multidisciplinare ad una corretta stadiazione del paziente con carcinoma renale in fase locoregionale e all'inserimento nella pratica clinica del trattamento chemio-radioterapico ottimale attraverso:

- Analisi delle attuali modalità di gestione del paziente nell'account coinvolto
- Declinazione degli OUTPUT intermedi e finali (KPI's)
- Proposta di nuovo percorso tra account differenti
- Individuazione delle eventuali risorse umane da coinvolgere e gruppi di lavoro
- Assegnazione dei compiti
- Consensus finale operativa con «carta dei servizi»

Allegato 11

3.2 FOCUS ON: Carcinoma renale metastatico progettazione degli algoritmi di trattamento 27 ottobre - 3 novembre

L'interazione con un gruppo di pari, la partecipazione a iniziative mirate al miglioramento di un singolo e ben definito processo prevede la realizzazione di gruppi di miglioramento ovvero l'insieme di figure professionali appartenenti ad una medesima organizzazione (es. stesso

Ospedale) ma provenienti da diversi servizi e settori che, tramite il confronto organizzato e coordinato, affrontano temi trasversali per trovare soluzioni di miglioramento dei servizi e snellimento delle procedure. I punti di forza sono: il coinvolgimento del dipendente e il principio della fiducia diffusa. I gruppi di miglioramento nascono dall'idea di affidare il raggiungimento di un obiettivo direttamente alle persone che ogni giorno lavorano in precisi contesti, con la partecipazione di altre competenze utili, tra cui dei Tutor.

Sono i lavoratori ad essere i migliori esperti dei processi, nessuno meglio di chi opera conosce le attività che servono veramente e quelle che ne costituiscono solo un inutile rallentamento «time consuming».

Allegato 12

4. Progetti di ricerca

4.1 Onconsensus Virtual Tumor Board

La consapevolezza della reale erogazione delle prestazioni oncologiche ambulatoriali può aiutare a garantire la qualità dei servizi a fronte di una domanda crescente e di budget ristretti, attraverso la programmazione di azioni che migliorano l'efficacia o l'efficienza dell'offerta sanitaria. Fino a qualche anno fa solo una percentuale relativamente piccola di pazienti affetti da cancro beneficiava del fatto che le loro cure fossero gestite da un Team Multidisciplinare, anche detto *Tumor Board* (MTB) di specialisti oncologici. Tali team esistono attualmente per alcuni tumori in alcuni ospedali, ma questa è l'eccezione, non la regola. Prima della creazione degli MTB:

- le valutazioni diagnostiche venivano spesso effettuate, e i trattamenti oncologici spesso forniti, da specialisti senza le necessarie conoscenze e competenze relative a un determinato tumore (in termini di formazione continua, percezione delle linee guida, adesione ai percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali locali, regionali e nazionali);
- il personale lavorava spesso in modo isolato, per via di uno scarso momento di discussione diretta tra medici, chirurghi, radiologi, patologi e oncologi sulle caratteristiche cliniche, radiologiche e patologiche dei singoli casi. Di conseguenza, alcuni fattori rilevanti per il processo decisionale venivano trascurati e in alcuni casi i pazienti non venivano presi in considerazione per trattamenti come la radioterapia e la chemioterapia quando questi avrebbero potuto essere utili;
- le informazioni non venivano raccolte, rendendo praticamente impossibile la verifica degli interventi e degli *outcome*, ostacolando il flusso di dati verso i registri dei tumori;
- la comunicazione con i pazienti era spesso scarsa così come la comunicazione tra cure primarie, secondarie e terziarie.

Anche se negli ultimi anni la comunità medico-scientifica si è giustamente concentrata sulla realizzazione dei MTB, con la percezione diffusa che il lavoro di gruppo abbia portato benefici ai pazienti e al miglioramento del processo decisionale, adesso è necessario rivolgere

l'attenzione su come gli MTB stanno funzionando e come dovranno evolversi alla luce dei cambiamenti epocali che il virus SAR-COV-2 induce a breve, medio e lungo termine.

È quindi necessario esplorare nuovi sistemi che consentano ai professionisti dei servizi di assistenza sanitaria di accedere a *board* multidisciplinari per la cura dei tumori, indipendentemente dalla loro posizione geografica e dalle restrizioni cosiddette *time-consuming* che le modalità operative standard implicano. I sistemi e le soluzioni di *Health Information Technology* (HIT) potrebbero facilmente risolvere molti dei problemi legati all'accesso, alla raccolta, all'organizzazione e alla presentazione delle informazioni per i MTB, declinandone la digitalizzazione dei flussi e la virtualizzazione degli incontri. Lo scopo di questo studio è quello di descrivere l'implementazione di programma di *Virtual Tumor Board* (VTB) partendo dalle evidenze scientifiche di merito ed elaborandone ogni aspetto operativo utile alla applicazione delle più moderne tecniche di misura e rilevazione di efficienza ed efficacia.

Allegato 13: protocollo di ricerca, consenso informato, informativa, privacy, lettera al curante

Allegato 14: verbale di approvazione comitato etico

Allegato 15: manifestazione d'interesse