

Dagli oncologi Aiom riuniti a congresso una proposta per cure efficaci e appropriate

Tumori, subito le reti regionali

Eliminando sprechi e duplicazioni si liberano risorse da destinare ai farmaci

Seno: guida Doc per le donne

Non solo malattia: chi ha vissuto l'esperienza di un tumore al seno sa bene che l'intervento e le cure sono soltanto un tassello di un puzzle più ampio. Che comprende anche il ritorno a casa, la sfera della sessualità, la fertilità, i diritti, la ripresa del lavoro. Eppure, secondo

due studi presentati al congresso Asco, la propensione a modificare stili di vita e abitudini sbagliate dopo la malattia è scarsa o nulla. E l'apporto dei medici curanti è insoddisfacente. Per ovviare a questa mancanza, grazie a un grant Celgene, l'Aiom ha pubblicato con Giunti il volume «Il tumore del seno - Una guida per prevenire, un aiuto per le pazienti e i loro familiari»: oltre 120 pagine che cercano di fornire indicazioni a 360 gradi per le donne che si ammalano.

La guida viene presentata al congresso nazionale Aiom, in corso a Bologna dal 5 al 7 novembre. Un'occasione di confronto su tutti i temi caldi dell'oncologia del terzo millennio, stretta tra i progressi scientifici e terapeutici e i vincoli economici. Con un occhio ai problemi emergenti: la giornata pregressuale sarà dedicata a tumori e immigrazione. Perché gli immigrati sono più indifesi rispetto al rischio di ammalarsi e privi di una rete di sostegno. (M.Per.)

Il percorso di cura per un malato di tumore non è uguale in tutta Italia: cambia non solo di Regione in Regione, ma addirittura da un ospedale a quello a pochi chilometri di distanza. Il risultato di questa estrema difformità è non solo una possibile confusione per il paziente stesso, ma anche un esponenziale aumento dei costi. Come mai? Ogni volta che il paziente si trasferisce da un centro all'altro la presa in carico viene riattivata dall'inizio, dalla lettura dei vetrini in giù. È sufficiente un esempio: esistono 5 diversi anticorpi per la ricerca dei recettori ormonali, oggi ogni anatomia patologica utilizza quello che preferisce. Ogni centro riterrà quindi opportuno ripetere l'esame sulla base dei propri protocolli. È evidente come questo comporti un allungamento dei tempi e la conseguente crescita della spesa. Ma non solo: si moltiplicano gli esami diagnostici, spesso inutili e aumenta il rischio di prestazioni inappropriate.

Tutto ciò si verifica perché non esistono delle vere reti oncologiche regionali, formalmente istituite ma operative solo sulla carta, tranne rare eccezioni. Tutti i centri dovrebbero essere in costante dialogo fra loro, utilizzare procedure codificate e condivise, controllare l'applicazione delle linee guida. Oggi questo non accade. L'obiettivo è valorizzare le eccellenze che esistono, ma sono sparse a macchia di leopardo, per farle lavorare in maniera integrata così da renderle "diffuse", innalzando quindi il livello medio di competenza e appropriatezza. Ogni centro deve essere in grado di garantire uno standard assistenziale adeguato per la gestione del 90% dei problemi, per poi rimandare solo quel 10% che presenta particolare complessità all'ospedale di riferimento regionale per la

patologia (tumore della mammella, del polmone ecc.).

Questa è la ricetta proposta dall'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) che vuole ripensare le reti oncologiche a partire dall'esperienza e dagli errori compiuti. Il concetto essenziale è che il malato deve restare fermo al centro ed è il sistema a ruotare intorno a lui, in cerchi concentrici. Un primo "cordone" è quello del dipartimento, in cui tutti gli specialisti devono interagire in maniera integrata: oncologo, patologo, radioterapista ecc. insieme, per un approccio multidisciplinare. Il secondo livello è quello regionale, fra strutture, con un costante dialogo sui percorsi diagnostico-terapeutici da adottare e una presa in carico globale, che deve contare su un livello base di assoluto livello e su poli di alta specializzazione per la gestione dei casi più complessi. Può quindi accadere che l'inquadramento diagnostico avvenga nell'ospedale A, l'operazione chirurgica in B; particolarmente riconosciuto proprio per questo tipo di intervento, la chemioterapia nuovamente in A e così via.

Il guadagno è evidente, sia in termini economici che di appropriatezza e qualità di vita del malato. Il problema della spesa è ben presente in oncologia, forse più che in ogni altra specialità. Di recente uno studio pubblicato su Lancet Oncology ha evidenziato il tema dell'alto costo (e del rischio di inadeguatezza) degli interventi terapeutici (chirurgici, medici, diagnostici) effettuati sui pazienti terminali (ultimi 30 giorni di vita). Le terapie mediche in questo mese vanno distinte in anti-tumorali e di supporto. Le seconde sono incompressibili, pena una mancanza di eticità. Le prime sono state affrontate da Aiom e si è dimostrato che possono ridursi

dal 25-30% alla metà (15%) semplicemente monitorando il problema. Un'ulteriore contrazione dei costi potrà avvenire con un adeguato sviluppo dell'assistenza domiciliare coordinata col dipartimento oncologico (integrazione ospedale-territorio). Si torna ancora al concetto di rete, la vera chiave di volta per garantire maggiore appropriatezza, anche economica. Senza contare che in questo modo si libererebbero risorse da destinare ai farmaci, oggi maggiormente "sotto accusa" proprio perché sono la fonte di spesa più facilmente monitorabile pur rappresentando solo una delle voci, che incide per un 25% circa.

Nelle scorse settimane, a livello internazionale, si è parlato di un "allarme" sulle scorte di medicinali oncologici. Per il momento nel nostro Paese non esistono carenze di approvvigionamento ma sono certo che in futuro il problema si porrà. Per questo è opportuno cominciare a immaginare in che modo muoversi. La difficoltà è infatti ineludibile, sia per le molecole di vecchia generazione che per le nuove biologiche. Nel tempo l'armamentario degli oncologi si è infatti arricchito di una gamma molto ampia di farmaci. Se oggi guariamo un numero di tumori impensabile fino a qualche anno fa lo dobbiamo soprattutto a questa vastissima disponibilità. Soprattutto nella malattia metastatica, quando una terapia non funziona più, si passa a un'altra. E

questo modus operandi fa sì che anche i prodotti più datati vengano ampiamente utilizzati. Per quanto riguarda la razionalizzazione dell'uso dei farmaci ad alto costo, Aiom lavora da anni con l'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) sul sistema del pagamento dei soli responders (cioè di chi effettivamente beneficia della terapia) e non sulla base di discriminatorie analisi di costo-efficacia come accade invece ad esempio in Gran Bretagna. Siamo riusciti a mettere a punto meccanismi che, nei limiti del possibile, consentono di contenere la spesa senza che il paziente ne risenta.

È ora però indispensabile un ulteriore passo avanti e i medicinali sono, come abbiamo visto, solo uno degli aspetti da affrontare. Questi aspetti sono al centro del nostro congresso nazionale di Bologna e sono stati affrontati anche con il coordinatore degli assessori alla Sanità della Conferenza Stato-Regioni, **Luca Coletto**. Insieme a lui, Aiom è pronta a chiamare intorno a un tavolo tutti i "competenti" per un vero e proprio "think tank", da fissare nel gennaio 2012, che a partire dalle esigenze concrete dei malati e degli operatori possa ripensare i percorsi e le Reti per garantire un'assistenza migliore e più "economica".

Marco Venturini
Presidente nazionale Aiom

© RIPRODUZIONE RISERVATA