



Si apre il Congresso del quarantennale. Una mostra per ricordare la storia dell'Associazione

## "40 anni di AIOM, l'oncologia italiana è cresciuta. Siamo pronti ad affrontare le prossime sfide"

Oggi la presentazione della nuova edizione dei "Numeri del cancro". Il presidente Stefano Cascinu: "Un libro essenziale per l'organizzazione sanitaria"

Quarant'anni. È il tempo trascorso dal 1973, quando, nella cornice dell'Istituto Nazionale dei Tumori, un gruppo di pionieri fondava l'Associazione Italiana di Oncologia Medica. Tra loro spiccavano, oltre a Gianni Bonadonna e Umberto Veronesi, alcuni dei futuri Presidenti AIOM: Mario De Lena, Emilio Bajetta, Silvio Monfardini. Difficile dire se, pure con l'entusiasmo di allora, potessero prevedere che l'AIOM e più in generale l'oncologia medica italiana sarebbero cresciute così tanto. Si apre oggi il XV Congresso Nazionale che celebra i 40 anni della società scientifica. Molti gli appuntamenti in programma, un'occasione unica per fare il punto sui risultati raggiunti e sulle sfide future. E per ricordare e celebrare i fondatori e tutti coloro che hanno reso grande e autorevole l'AIOM. La mostra fotografica, allestita al primo piano del centro Congressi, vuole suggellare i momenti più importanti della storia dell'Associazione, a cui si accompagna un altro momento di aggregazione, il concerto "Oncologi in musica per AIOM", previsto domani sera. "Il Congresso del quarantennale – spiega il presidente **Stefano Cascinu** – costruisce un ponte ideale fra passato e futuro. Quest'anno infatti è previsto il rinnovo delle cariche per il Consiglio Direttivo nazionale, per i Direttivi regionali, per il Working Group Giovani Oncologi e, per la prima volta, anche per il Working Group Infermieri. Le elezioni costituiscono un momento decisivo di confronto interno per qualunque società scientifica e guardano ai possibili indirizzi futuri".

Il presente è fotografato dall'edizione 2013 dei "Numeri del cancro in Italia", presentata oggi in conferenza stampa. È il censimento ufficiale che documenta l'universo cancro in tempo reale grazie al lavoro dell'AIOM e dell'AIRTUM. Aumenta il numero di italiani che si sono lasciati il cancro alle spalle. In particolare cresce del 10% la percentuale degli uomini guariti a 5 anni dalla individuazione della neoplasia. Oggi nel nostro Paese 2 milioni e 800mila persone vivono con una precedente diagnosi di tumore. Erano quasi 1.500.000 nel 1993 e 2.250.000 nel 2006. La sopravvivenza a 5 anni è raggiunta dal 57% dei casi. Nel 2013 verranno registrate in Italia 366.000 nuove diagnosi di cancro (erano 364mila



nel 2012): 200.000 (55%) negli uomini e 166.000 (45%) nelle donne. Il tumore del colon-retto è il più frequente, con quasi 55.000 nuove diagnosi, seguito da quello del seno (48.000), del polmone (38.000, quasi il 30% nelle donne) e della prostata (36.000). Il cancro del polmone si conferma al primo posto complessivamente per mortalità (34.000 i decessi stimati) ed è il big killer fra gli uomini (26%), quello del seno fra le donne (16%). "Questi dati – continua il presidente Cascinu – sono di fondamentale importanza per far sì che sia l'evidenza scientifica a guidare le scelte di sanità pubblica – sia a livello nazionale che regionale – nonché per valutare l'impatto delle attività di prevenzione universale, di diagnosi precoce e di prevenzione delle complicanze e delle recidive, anche con l'obiettivo di strutturare al meglio l'offerta dei servizi". Il miglioramento nei

tassi di guarigione è evidente in neoplasie frequenti come quelle della prostata (91%), del seno (87%) e del colon-retto (64% uomini e 63% donne). Sono invece ancora basse queste percentuali nelle persone con cancro del polmone (14% uomini e 18% donne) e del pancreas (7% e 9%). "Questo volume – continua Cascinu – si conferma uno strumento indispensabile per gli addetti ai lavori, per i cittadini e per le Istituzioni. Rispetto alla versione precedente, riferita al 2012, abbiamo inserito l'analisi di altre neoplasie (esofago, utero e melanoma) e un nuovo

capitolo è dedicato ai tumori nei pazienti immunodepressi. L'incidenza, la mortalità, la sopravvivenza e la prevalenza affrontano facce diverse di un fenomeno comune, del quale cerchiamo di capire l'andamento sulla base dei trend storici e di prevederne la rilevanza futura". La conoscenza nasce anche dal confronto con altri Paesi occidentali e dalla valutazione di quelle differenze che in Italia sono ancora presenti, seppur meno accentuate rispetto al passato, fra le diverse aree geografiche. "Più precisamente – sottolinea **Emanuele Crocetti**, segretario AIRTUM – il tasso di incidenza è, per il totale dei tumori, più alto del 26% al Nord rispetto al Sud e del 7% al Centro rispetto al Meridione. D'altra parte il beneficio del Meridione è in graduale attenuazione per un processo di omogeneizzazione degli stili di vita in atto nel nostro Paese. Per quanto riguarda la sopravvivenza, anche se con differenze meno elevate rispetto agli anni precedenti, si mantiene ancora uno scarto Nord-Sud, a sfavore delle aree meridionali". Si stima che nel 2013 i decessi causati da tumore saranno circa 173.000 (erano 175mila nel 2012).

"La disponibilità di queste cifre costantemente aggiornate e riferite all'anno in corso è fondamentale per la programmazione sanitaria – spiega il segretario **Carmine Pinto** –. Siamo consapevoli che la progressiva contrazione delle risorse disponibili

L'allenatore del Milan, **Massimiliano Allegri**



impone scelte precise e razionali. E noi oncologi siamo pronti a fare la nostra parte. I risparmi devono provenire da profonde riforme strutturali, a partire dalla effettiva realizzazione delle reti oncologiche regionali. I tagli dei posti letto, indiscriminati e senza alcuna valutazione epidemiologica delle malattie più rilevanti, rappresentano solo una penalizzazione per i malati. La spending review non può tradursi nella negazione del principio di appropriatezza". Le cinque neoplasie più frequentemente diagnosticate fra gli uomini sono quelle della prostata (20%), del polmone (15%), del colon-retto (14%), della vescica (10%) e dello stomaco (5%). Tra le donne, il cancro della mammella è il più diffuso (29%), seguito da colon-retto (14%), polmone (6%), corpo dell'utero (5%) e tiroide (5%). La neoplasia della tiroide è al secondo posto per incidenza nelle donne under 50 e il melanoma è il terzo tumore più frequentemente diagnosticato (in entrambi i sessi) in questa fascia d'età.

"Cambia il peso dei fattori di rischio nei diversi Paesi – continua il tesoriere **Stefania Gori** –. Ad esempio, da analisi condotte negli USA e nel Regno Unito, è emerso che vi sono notevoli differenze per quanto riguarda l'impatto del fumo (dal 33% negli USA al 19,4% nel Regno Unito). La somma di dieta, sovrappeso (e obesità) e inattività fisica raggiunge il 30% negli USA e il 15,7% nel Regno Unito. Queste differenze sono ascrivibili sia ai diversi tassi di incidenza delle patologie neoplastiche che alla diversa diffusione dei fattori di rischio nelle popolazioni in esame. È importante, tuttavia, che il concetto di rischio e la conseguente stima quantitativa della misura di tumori potenzialmente prevenibili entrino a far parte delle attuali conoscenze. È un processo fondamentale per migliorare la consapevolezza del ruolo degli interventi di prevenzione. E l'AIOM anche quest'anno, con la quarta edizione del progetto 'Non fare autogol', entrerà nelle scuole superiori a insegnare le regole della prevenzione oncologica ai ragazzi con i campioni della serie A".

E proprio l'allenatore del Milan, **Massimiliano Allegri**, interviene oggi in Auditorium durante la cerimonia inaugurale per presentare la nuova edizione di 'Non fare autogol'.



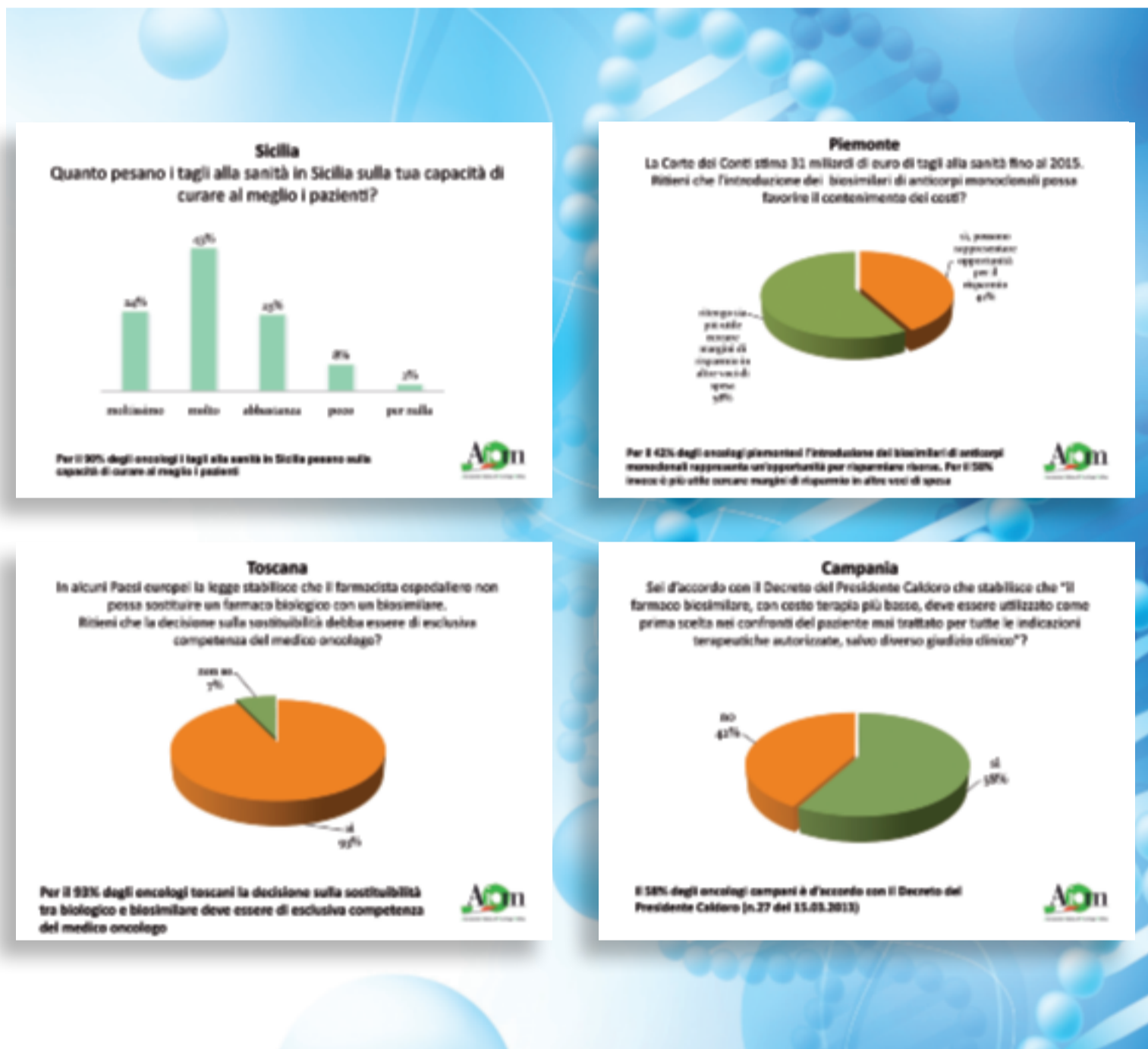
Vivace il dibattito promosso dal progetto nazionale di sensibilizzazione sui biosimilari  
Toccate 7 delle 9 Regioni coinvolte. I risultati dei sondaggi locali

# “Cure a rischio con i tagli, servono risorse”

**La spending review rischia di compromettere la qualità del servizio. Possibili risparmi dai farmaci simili (ma non uguali) agli originatori, però la maggioranza degli oncologi chiede di decidere sulla sostituibilità**

Il progetto di sensibilizzazione sui farmaci biosimilari promosso dall'AIOM, con il patrocinio della SIFO e della SIF, ha toccato sette delle nove tappe previste. Grande l'interesse mosso dall'iniziativa, anche fra i rappresentanti delle Istituzioni. I biosimilari, farmaci simili ma non uguali agli originali biotecnologici, sono entrati nella pratica clinica. Attualmente le molecole in commercio sono quattro e nei prossimi anni saranno disponibili anche i biosimilari di anticorpi monoclonali. Questi prodotti sono più complessi rispetto a quelli di prima generazione e, pur costituendo uno strumento per risparmiare risorse, pongono interrogativi importanti sulla loro sicurezza e tollerabilità. Un dibattito che verrà approfondito durante il Congresso Nazionale.

Il progetto, realizzato grazie a un educational grant di Roche, è partito il 19 aprile scorso a Roma e si articola in nove incontri regionali per tracciare una fotografia del livello di conoscenza degli specialisti sul tema. Finora si svolte sette tappe (Roma, Catania, Napoli, Torino, Lucca, Verona, Milano) e sono emersi alcuni punti chiave dai sondaggi che l'AIOM ha realizzato prima di ogni seminario fra i soci della Regione coinvolta. La preoccupazione per le conseguenze della spending review è alta. I tagli alla sanità rischiano di compromettere la qualità delle cure dei pazienti oncologici: in Sicilia lo afferma il 90% degli specialisti, nella Lombardia l'85%, nel Lazio l'82%, in Piemonte il 75%, in Campania il 71% e in Veneto il 61%. L'unica eccezione è rappresentata dalla Toscana, dove per il 52% la progressiva contrazione delle risorse disponibili non incide sulla capacità di curare al meglio i pazienti con cancro. Un dato in netta controtendenza rispetto alla media nazionale, da ricondurre all'efficienza del modello di cura toscano. Condivisa anche la necessità di trovare risorse per favorire l'accesso alle terapie innovative. Per raggiungere questo obiettivo non deve essere sottovalutato il ruolo dei biosimilari. In Sicilia (68%), Campania (67%), Veneto (64%), Toscana (57%) e Lazio (52%) la maggioranza degli oncologi sostiene che la prossima introduzione dei biosimilari di anticorpi monoclonali può favorire il contenimento dei costi. Due Regioni invece si scostano da queste percentuali: in Piemonte il 58% ritiene sia più utile cercare altrove ulteriori risorse (infatti quasi la metà esclude che nel trattamento dei pazienti mai trattati prima sia da preferire il biosimilare, anche se disponibile a un prezzo inferiore). E in Lombardia per il 39% degli intervistati questi prodotti possono favorire il contenimento dei costi, per il 45% invece è più utile cercare margini di risparmio in altre voci di spesa, e il 16% afferma



che le criticità (su efficacia e sicurezza) sono troppe.

Molti i dubbi e le preoccupazioni evidenziati in tutte le Regioni coinvolte. Tra i punti critici più citati relativamente all'uso dei biosimilari: possono funzionare in maniera diversa rispetto all'originatore, presentano un diverso grado di immunogenicità e potrebbero scatenare allergie.

Bioequivalenti o generici, da un lato, e biosimilari, dall'altro, sono realtà ben distinte. Per i biosimilari manca una legislazione italiana 'ad hoc' che recepisca le linee guida dell'EMA, l'agenzia europea per i medicinali. Nel frattempo, come emerge nei sondaggi, gli oncologi rivendicano la possibilità di scegliere liberamente quale farmaco prescrivere in base alle diverse situazioni cliniche. Infatti in quasi tutte le Regioni per oltre il 70% dei clinici (il 93% in Toscana, il 91% in Lombardia e l'87% in Piemonte) la decisione sulla sostituibilità tra biologico e biosimilare deve essere di esclusiva competenza dell'oncologo.

L'esempio della Campania va consi-

derato con particolare attenzione, perché è una delle poche Regioni ad aver indicato una strada precisa da seguire. Il Decreto del Presidente Caldoro (n.27 del 15.03.2013) stabilisce infatti che "il farmaco biosimilare, con costo terapia più basso, deve essere utilizzato come prima scelta nei confronti del paziente mai trattato per tutte le indicazioni terapeutiche autorizzate, salvo diverso giudizio clinico". Il 58% degli oncologi campani ha affermato di essere d'accordo con questa disposizione. L'importante lavoro svolto dalla Rete Nazionale di Farmacovigilanza ha infatti confermato nel corso degli anni la sicurezza di biosimilari quali, ad esempio, le eritropoietine o gli ormoni della crescita. Diverse le implicazioni, invece, per i biosimilari di anticorpi monoclonali che per la loro complessità richiedono processi di vigilanza più accurati e appositi registri e studi clinici con endpoint validati.

Nel Decreto Caldoro è peraltro stabilito che il medico prescrittore, qualora non ritenga di poter utilizzare sui pazienti mai trattati (naive) il farmaco biosimilare

attualmente in commercio al costo più basso, è tenuto, contestualmente alla prescrizione del biologico (originatore), a produrre alla direzione Sanitaria la scheda paziente da cui siano rilevabili le motivazioni della scelta. Questa disposizione assegna una serie di obiettivi prioritari dal cui raggiungimento dipende la conferma dell'incarico dirigenziale. Individuare nuove strade per contenere i costi è fondamentale. Va però sottolineato che la spesa per i farmaci oncologici, anche se alta, è rimasta stabile negli ultimi anni. È quindi importante agire sulle zone grigie dell'inappropriatezza e guardare al futuro, cioè all'evoluzione della ricerca scientifica e alla necessità di non lasciar cadere quella spinta all'innovazione tecnologica che già tanto ha prodotto e che oggi rischia di subire un preoccupante arresto. Il sostegno della maggioranza degli oncologi campani al Decreto Caldoro è in linea con quanto affermato nel Position Paper dell'AIOM, che però raccomanda anche la continuità terapeutica con il biologico originatore per i pazienti già in cura.

Alle 10 in Auditorium si apre il confronto su questa patologia dalla prognosi sempre più favorevole

# Colon, aspetti innovativi sulla scelta della terapia

**Gli studi clinici italiani, rispetto a quelli di altri Paesi, sono particolarmente numerosi e di livello molto elevato, come testimoniano le pubblicazioni sull'argomento**

Lavori si aprono oggi alle 10 in Auditorium con una sessione educativa dedicata al tumore del colon. Questa neoplasia presenta una prognosi sostanzialmente favorevole e progressivamente in aumento: dal 50% a 5 anni dei primi anni '90 al 64% del 2005-2007 nei maschi e rispettivamente 51% e 63% nelle femmine. La probabilità di sopravvivere per ulteriori 5 anni aumenta dopo la diagnosi, essendo per i sopravvissuti ad 1 e 5 anni rispettivamente 74% e 91% tra gli uomini e 74% e 92% tra le donne. Si stanno definendo meccanismi di caratterizzazione dei pazienti colpiti dalla malattia estremamente precisi e selettivi. Per la prima volta in questi ultimi anni, grazie a queste procedure, si stanno ottenendo risultati significativi. È infatti evidente l'aumento della sopravvivenza grazie all'utilizzo di nuovi anticorpi monoclonali (in particolare cetuximab e panitumumab), determinato dalla mutazione dei geni NRAS e KRAS, quest'ultimo già utilizzato da molti anni.

La prima parte della sessione è centrata sulla caratterizzazione bio-molecolare dei pazienti con tumore del colon retto. La discussione verte sulle modalità e i risultati che si stanno ottenendo con una caratterizzazione sempre più am-

pla, a partire dal KRAS, fino all'NRAS e al BRAF, determinando una selezione specifica dei pazienti e trattamenti diversificati.

La seconda relazione riguarda la scelta della terapia in relazione alla chemioterapia adiuvante. Permane la diatriba sul trattamento dei pazienti al secondo stadio ed è interessante analizzare i nuovi risultati che si stanno ottenendo. L'altro aspetto importante riguarda il paziente anziano: sempre più spesso i malati sono over 75 ed è aperta la discussione sull'opportunità di trattarli (al secondo o terzo stadio) e sull'utilizzo di oxaliplatino.

Nella terza relazione è approfondito il tema della selezione clinica del paziente e della sequenza dei trattamenti nella malattia metastatica. Quest'ultimo concetto è legato alla strategia terapeutica nel lungo termine: all'impiego attuale di un farmaco potrà cioè seguirne in futuro un altro, senza soluzione di continuità. È stata più volte discussa una previsione a lunga scadenza, in base a circostanze

di tipo non solo clinico ma anche amministrativo. Dopo l'uso di un farmaco chemioterapico in prima linea, per motivi legati a decisioni dell'AIFA potrebbe essere necessario impiegare una chemioterapia diversa in seconda linea.

La quarta relazione verte sulla chirurgia delle metastasi epatiche. Il trattamento chirurgico ha un ruolo fondamentale sia nella malattia primaria sia nelle metastasi. La patologia del colon è particolarmente lenta e si presta, per la sua storia naturale, a successivi interventi chirurgici (anche per le metastasi) con ottimi risultati. La sopravvivenza dei pazienti resecati è del 40% a cinque anni: un dato che dimostra chiaramente l'importanza di selezionare i pazienti per le resezioni epatiche.

L'ultima relazione tratta un argomento che qualche anno fa non avrebbe avuto senso, i pazienti pluritrattati. Il focus è quello del ritrattamento, soprattutto 'rechallenge' con anticorpi monoclonali o, più in generale, con target therapies.

I pazienti con carcinoma del colon oggi presentano una sopravvivenza molto lunga: non più sei/otto mesi, ma oltre trenta mesi se ben selezionati. È chiaro che nell'iter terapeutico talvolta "ricicliamo" farmaci già utilizzati. È essenziale disporre di conoscenze approfondite sull'argomento, perché il riutilizzo può avere senso in certi casi. È quindi importante che si proceda a una revisione della letteratura da parte dell'ente regolatorio. Ciò permetterà di capire come utilizzare le target therapies, sempre compatibilmente con i risultati scientifici e con l'approvazione dell'AIFA.

Queste relazioni, a cui segue la discussione con la platea, hanno la finalità di permettere uno scambio pluridisciplinare. È risaputo che lo stato dell'arte italiano, rispetto a quello di altri Paesi, è particolarmente elevato, come testimoniato dalle pubblicazioni sull'argomento. Il livello delle discussioni e delle relazioni non sarà inferiore a quello che caratterizza le sessioni dell'ASCO.

Oggi alle 16 sessione speciale dedicata ai controlli dopo la malattia

## FOLLOW UP: SERVE UN NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO

**Il paziente con una storia di neoplasia presenta condizioni cliniche che richiedono una sorveglianza specifica**

La pratica del follow up è più antica dell'oncologia. Fa parte del senso comune ritenere che dopo la cura di una grave malattia sia necessario "tenere sotto controllo" il paziente, organizzare un qualche tipo di sorveglianza finalizzata a diagnosticare precocemente la recidiva. È una preoccupazione del medico, ma è anche spesso un desiderio del paziente. I principi sottesi a questa pratica sono i seguenti: 1) la sorveglianza attiva consistente nell'esame clinico e nell'esecuzione di alcuni esami strumentali è in grado di diagnosticare la recidiva prima della comparsa dei sintomi; 2) l'anticipazione diagnostica determina un'anticipazione del trattamento e questo a sua volta consente di ridurre la mortalità o comunque di aumentare la sopravvivenza. Sulla base di questi assunti, prima che fossero dimostrati, la pratica del follow up è diventata usuale, suggerita da raccomandazioni e da documenti di linee guida, pur essendo soggetta ad una forte variabilità nelle modalità operative. Solo con l'avvento dei primi studi di confronto tra il follow up "intensivo" e il follow up "minimale" condotti negli anni '80 nel contesto delle neoplasie della mammella si è potuto constatare che i due assunti non trovavano conferme sperimentali. Purtroppo la ricerca clinica non si è sviluppata in modo adeguato in questo settore. È tuttavia aumentata la consapevolezza che l'anticipazione diagnostica non coincide necessariamente con un prognosi migliore e si è quindi progressivamente ridotto il peso di questo significato del follow up oncologico. Contemporaneamente, tuttavia, nel corso degli ultimi anni, è andata crescendo l'evidenza che il paziente con una storia di neoplasia presenta una serie di condizioni cliniche che lo rendono diverso da una persona "guarita", ne impediscono il ritorno ad una vita normale e, al di là del rischio di recidiva, richiedono una sorveglianza specifica. I tre esempi, scelti e illustrati nella sessione speciale sul follow up (oggi alle 16 in Sala Gialla 2), sono le tossicità tardive dei trattamenti integrati (Elvio Russi), le comorbidità tipiche dei pazienti anziani e fragili (Angela Ribecco) e il rischio delle seconde neoplasie (Alessandra Cassano). Si tratta di tre problematiche che dimostrano la necessità di presidiare questo settore della medicina oncologica e richiamano all'importanza di dare risposte ad una domanda di salute spesso disattesa. Questi aspetti evidenziano bene come la "pratica del follow up" richieda necessariamente l'integrazione di competenze di diversa natura e di soluzioni organizzative articolate. Il contributo della medicina territoriale, caratterizzato da una impostazione per sua natura olistica potrebbe essere certamente più valorizzato e costituire un riferimento di I livello per la maggior parte delle neoplasie. La relazione di Maurizio Cancian ha il senso di illustrare le possibilità di cooperazione con la medicina territoriale e di proporre spazi di integrazione virtuosa. È necessario stimolare un pensiero organizzativo che da una parte "de-ospedalizzi" una popolazione di pazienti che si possono in larga parte considerare guariti dalla neoplasia e dall'altra individui modalità adeguate di presa in carico. Di fronte a questa complessità appare evidente la carenza di informazioni scientifiche solide (per la rarità degli studi in questo ambito) e la povertà dei documenti di linee guida, che non prendono quasi mai in considerazione tutto ciò che esula dal controllo della malattia di base. La sessione speciale sul follow up e, in particolare, la relazione introduttiva di Gianpiero Fasola, presidente di CIPOMO, sottolineano queste necessità.

Gianmauro Numico

### I PRINCIPALI APPUNTAMENTI DI OGGI

**Sala Blu 1 / 10.00 - 11.45**

**Sessione educativa:**

Tumori testa collo

**Sala Blu 1 / 12.00 - 12.55**

**Sessione speciale:**

L'oncogenetica nella pratica clinica

**Sala Blu 2 / 11.00 - 12.30**

**Sessione speciale:**

Aspetti controversi nella gestione clinica dei tumori neuroendocrini

**Sala Blu 1 / 15.05 - 17.05**

**Sessione educativa:**

Melanoma

**Auditorium / 17.05 - 18.40**

**Cerimonia inaugurale:**

Presidential Address

**Auditorium / 18.40 - 19.00**

Letture "Marco Venturini 2013"



## Tutti al voto: seggi aperti fino a sabato alle 14.45

In questo Congresso vengono rinnovate le cariche per il Consiglio Direttivo nazionale, per i Direttivi regionali, per il Working Group Giovani Oncologi e, per la prima volta, anche per il Working Group Infermieri. Il termine per votare è fissato alle 14.45 di sabato 12 ottobre. Durante l'assemblea di sabato 12 ottobre, dalle 15.05 alle 16.00, verranno annunciati i nuovi eletti. Oltre il 50% degli aventi diritto ha già espresso la propria preferenza on line. In sede congressuale sono disponibili 6 postazioni per il voto, situate alle spalle della segreteria. I candidati al Consiglio Direttivo nazionale sono:

**Presidente eletto**  
Carmine Pinto

**Segretario**  
Stefania Gori

**Tesoriere**  
Editta Baldini  
Sandro Barni  
Filippo de Braud  
Fabio Puglisi

**Consigliere**  
Giuseppe Altavilla  
Carlo Aschele  
Giordano Beretta  
Orazio Caffo  
Saverio Cinieri  
Giorgio Cruciani  
Lucia Del Mastro  
Massimo Di Maio

Annamaria Molino  
Gianmauro Numico  
Carmelo Pozzo  
Rosa Rita Silva  
Pierosandro Tagliaferri  
Giuseppe Tonini

Possono votare tutti i soci effettivi in regola con il pagamento della quota associativa al momento del voto. I soci non in regola possono regolarizzare la loro posizione direttamente in sede congressuale, rivolgendosi alla segreteria. È possibile esprimere una sola preferenza per ogni carica. Anche per le cariche di coordinatore, segretario e tesoriere regionale si può esprimere un'unica

preferenza, mentre per la carica di **Consigliere regionale** sarà possibile esprimere un numero di preferenze pari al numero delle Province presenti nella Regione meno 1.

Per il Working Group Giovani Oncologi si può esprimere **una sola preferenza** per tutte le cariche disponibili: possono votare solo i soci di età non superiore ai 40 anni alla data del 12/10/2013. Anche per il Working Group Infermieri si può esprimere **una sola preferenza**. Per eventuali chiarimenti sulle procedure di voto è possibile rivolgersi alla segreteria AIOM, aperta dalle 8.30 alle 18.30.

Il giornale del congresso è realizzato da Intermedia Ufficio Stampa Ufficiale AIOM

Via Malta 12/b Brescia - Tel. 030-226105  
intermedia@intermedianews.it

**Direttore responsabile:** Mauro Boldrini

**Direttore editoriale:** Sabrina Smerrieri

**Redazione:** Paolo Cabra, Davide Antonioli, Alessandro Andriolo

La sessione educativa sulle *simultaneous care*

### Cure simultanee, Italia modello in Europa "Ma serve subito l'integrazione delle reti"

**Il nostro Paese detiene il primato in UE per numero di centri certificati (35) dall'ESMO**

In Italia il 35% dei malati di cancro giunge alla diagnosi quando la malattia è in fase avanzata. A questi pazienti deve essere applicato il modello di cure simultanee, che implica l'integrazione tra terapie oncologiche e cure palliative. I sintomi fisici correlati al cancro (il dolore in particolare), insieme ai disagi psicologici e sociali, hanno un impatto negativo sul deterioramento della qualità della vita dei malati e delle loro famiglie. Negli ultimi anni un numero consistente di studi ha dimostrato l'utilità di associare in modo sistematico il trattamento dei sintomi causati dal cancro (non solo fisici, ma anche psicologici, sociali e spirituali) alle terapie antitumorali nei malati in fase metastatica, ottenendo non solo un beneficio su tutti i parametri di qualità della vita, ma, in qualche caso, anche un allungamento della sopravvivenza dei pazienti. L'Italia detiene il primato in Europa con ben 35 centri di oncologia certificati dall'ESMO per l'integrazione precoce tra le terapie oncologiche e le cure palliative. Ma, anche se le cure simultanee sono state inserite nel Piano Oncologico Nazionale 2010-2013 e riconosciute, a livello internazionale, come modello ideale per rispondere a tutti i bisogni del malato, carenze organizzative e di personale dedicato rappresentano un ostacolo alla sua piena realizzazione. Il tema della continuità di cura viene affrontato oggi nella sessione educativa prevista alle 15.05 (Sala Blu 2), con un focus su quanto emerso nella "I Conferenza di Consenso sulle Cure Simultanee" organizzata dall'AIOM lo scorso settembre a Roma, con la partecipazione di rappresentanti del Ministero della Sanità, del Coordinamento Tecnico della Commissione Salute, e di presidenti di Società Scientifiche, Collegi e Associazioni dei pazienti (CIPOMO, SICP, SIMG, AIRO, SICO, AIPO e FAVO). L'86% dei 449 oncologi che hanno risposto al questionario AIOM online, si è detto favorevole ad una integrazione precoce tra l'oncologia ed i servizi di cure palliative, ma solo il 31% degli intervistati dichiara che l'integrazione è presente dove lavora. "È essenziale - sottolinea Vittorina Zagonel, coordinatrice del tavolo di lavoro sulla continuità di cura - che le Reti di Cure Palliative, previste dalla Legge 38, si interfaccino in maniera sistematica con le Reti e i Dipartimenti di Oncologia, per garantire ai pazienti oncologici, su tutto il territorio nazionale, le Cure Simultanee". Il quadro complessivo è migliorato negli ultimi anni, anche se siamo ancora lontani da un'adeguata presa in carico globale del paziente. Come risulta dal V Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici presentato lo scorso maggio al Senato, i servizi di cure palliative collegati alle Unità Operative sono presenti nel 65% delle strutture ospedaliere a livello nazionale. In particolare, nel 76% al Nord, nel 50% al Centro e nel 55% al Sud e Isole. Anche le terapie del dolore risultano progressivamente incrementate: funzionano nell'85% dei centri, con una minore disparità geografica, 89% al Nord, 81% al Centro, 80% al Sud-Isole.

## CARDIO-ONCOLOGIA 2013

**Viene distribuita oggi (alle 15.05, Sala Gialla 1) durante la sessione dedicata alle "Problematiche cardiologiche in oncologia" la versione 2013 del volume "Cardio-Oncologia". Come si legge nell'introduzione, "Poiché la cardio-oncologia si fonda sul concetto di consapevolezza del rischio, sia da parte dei medici curanti che dei pazienti, è importante che non si oscilli dalla sottovalutazione all'allarmismo infondato. Molto dipende da cosa si intende per cardiotossicità. Per quanto paradossale, una definizione semplice e diretta di cardiotossicità non esiste. Sono tramontati i tempi in cui il trattamento di un paziente oncologico si complicava precocemente con scompenso, tachiaritmie, crisi anginose. Con i trattamenti attuali e un rigoroso controllo farmacologico delle comorbidità presenti al momento della diagnosi oncologica, eventi clinici precoci sono infrequenti. Sembra invece che la cardiotossicità possa emergere col passare del tempo (anche anni) dopo il completamento delle terapie. Sembra, in altri termini, che i farmaci antitumorali lascino tracce indelebili (pharmacologic signatures) che, solo con il tempo e il sovrapporsi di patologie comuni, emergono sotto forma di eventi clinici (...). La cardio-oncologia vive di molte**

**domande e poche certezze. Il rapporto rischio/beneficio rimane tuttavia spesso a favore dell'uso di farmaci antitumorali, anche cardiotossici, in quanto l'impatto life saving di questi farmaci oscura il prezzo da pagare (rischio di eventi cardiovascolari), fatti salvi i casi in cui il rischio cardiovascolare di partenza è talmente elevato da costituire controindicazione assoluta ad un particolare trattamento".**

