



BOLOGNA

5-7 NOVEMBRE 2011



Carmelo Iacono nel *presidential address* ha ricordato i numeri e i fatti di una Società scientifica mai così forte

“GRAZIE AD UNA SQUADRA ECCEZIONALE AIOM È DIVENTATA DAVVERO GRANDE”

Sono 4 le direttrici dello scorso biennio, importanti i traguardi raggiunti da un direttivo molto unito

“Quando ho assunto l’incarico mi tremavano le gambe, al termine del mio mandato sono fiero del lavoro svolto ed orgoglioso di aver avuto il privilegio di dirigere un gruppo così affiatato e competente”. Il saluto del presidente **Carmelo Iacono** durante il *presidential address* di ieri in Auditorium è stato rivolto in primo luogo al “suo” Direttivo, che ha voluto intorno a sé sul palco. Una squadra particolarmente coesa che lascia una Società scientifica mai così in buona salute. I soci hanno toccato la cifra record di 2.064, con ben 678 under 40 e 148 infermieri. Ma i numeri del successo non finiscono qui: 282 patrocinii concessi, 25 riunioni del Direttivo, 1025 punti all’ordine del giorno approvati, di cui 1023 all’unanimità. “Sono 4 le direttrici che ci hanno ispirato – ha spiegato Iacono – strutturale, fidelizzazione dei soci, visibilità e rapporti istituzionali e attività scientifica. Già questo elenco, in quest’ordine, dà il segno della peculiarità della nostra Società”. Per quanto riguarda il primo punto, il presidente ha ricordato la riorganizzazione delle segreterie, l’accreditamento di AIOM servizi come provider ECM, il certificato di controllo di qualità per AIOM ed AIOM servizi ed i conti in ordine (900.000 euro al 2010 nel fondo di riserva). Le iniziative a favore del socio sono state innumerevoli e i singoli working group hanno lavorato egregiamente. In particolare, il presidente ha sottolineato la collaborazione con altre società scientifiche fra cui la SIAPEC. Questa sinergia ha portato alla stesura di raccomandazioni uniche e preziosissime su HER2, KRAS e EGFR. “Abbiamo vicariato una carenza dello Stato ed ora abbiamo richiesto al Ministero della Salute di patrocinare questo immane ed importante lavoro – ha annunciato Iacono nel presentare l’innovativo programma che permetterà di accedere a questi materiali e fruirne con maggior facilità –. Nel biennio scorso si sono consolidati i rapporti con la stampa, già egregi, anche grazie a progetti di prevenzione



e sensibilizzazione di ampia ricaduta sulla popolazione, come “Non fare autogol”, alla partecipazione di AIOM a programmi tv ed al puntuale intervento su questioni scientifiche, di politica economica ed etiche. Sempre più autorevole anche il peso dell’associazione nei confronti delle Istituzioni, che ci interpellano per pareri su questioni particolarmente complesse o dibattute”.

Tra le priorità della presidenza Iacono vi è l’attenzione verso i giovani oncologi, mai così numerosi e protagonisti anche di iniziative scientifiche autonome. Su questo fronte, vi sono stati oltre 37 congressi e convegni promossi da AIOM, fra cui è stato ricordato “AIOM post ASCO”, giun-

to alla seconda edizione che permette a 350 oncologi “secondo linee” di ricevere un aggiornamento praticamente in tempo reale dal più importante meeting al mondo. Fra le altre iniziative inaugurate da questo Direttivo Iacono ha sottolineato le “Giornate dell’etica”, il progetto “Master & Back” e il nuovo progetto di stage dedicato ai giovani che potranno recarsi per periodi di approfondimento nei centri italiani di eccellenza per le principali patologie oncologiche. “Mi auguro che il nuovo Direttivo, che proclameremo lunedì in Assemblea, possa essere altrettanto motivato – ha concluso Iacono –, ma è doveroso ringraziare tutti coloro senza i quali quanto abbiamo realizzato non sarebbe stato possibile: la segreteria, Aiom Servizi e il suo staff, la Fondazione Aiom e i consiglieri, l’ufficio stampa e soprattutto voi soci. Ad maiora e ancora una volta grazie”.

IL SALUTO DELLE ISTITUZIONI

Prima del presidente è intervenuto il prof. **Sergio Stefoni**, preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell’Università di Bologna. “Il vostro Congresso – ha spiegato – è estremamente interessante perché coniuga aspetti clinici, applicativi e multidisciplinari. L’oncologia oggi più che mai è una disciplina di frontiera, sempre focalizzata sulla persona. Voi sapete dare il meglio per il paziente e per la ca-

tegoria professionale che rappresentate”. L’Emilia Romagna è la Regione da cui è partito più di 10 anni fa il caso Di Bella. “Avete superato una serie di difficoltà che hanno segnato il vostro lavoro – ha spiegato **Sergio Venturi**, Direttore Generale dell’Azienda Ospedaliera S. Orsola Malpighi di Bologna –. La cura Di Bella ha messo in profonda crisi la credibilità della scienza medica del nostro Paese. Ma grazie alla vostra professionalità ci siamo risollepati, più forti di prima. La medicina personalizzata che fino a qualche tempo fa sembrava utopia è ormai realtà quotidiana nel vostro lavoro. Oggi avete di fronte sfide decisive. Ma non dimentichiamo che spesso andate ben al di là più di quelli che sono i vostri doveri, talvolta siete in trincea e vi fate carico di problemi che non sempre vi competono. Le Istituzioni dovrebbero supportarvi maggiormente”.

L’Emilia Romagna è una Regione all’avanguardia nella realizzazione delle reti oncologiche, che vanno dalla prevenzione fino alla riabilitazione. Lo ha ricordato **Francesco Ripa di Meana**, Direttore Generale dell’Asl di Bologna. “Nella rete abbiamo concentrato alte specialità – ha sottolineato –. È un percorso ormai certificato, in particolare nel trattamento del tumore del colon retto, del polmone e della cervice uterina. In questo modo abbiamo costruito l’oncologia intorno al paziente che non fa più il ‘postino’ tra i vari professionisti. La rete rappresenta la risposta alla necessità di spendere meno



La platea applaude il presidente

e meglio. Anche sul tema delle cure palliative siamo all’avanguardia. Abbiamo collegato la nostra azienda alla rete degli hospice e del privato sociale perché anche gli ultimi passi possano essere vissuti in maniera costruttiva. Vogliamo mettere a vostra disposizione la cultura del management. Grazie per il vostro lavoro”.

Giancarlo Pizza ha portato il saluto dell’Ordine dei Medici di Bologna di cui è presidente. “Bologna – ha evidenziato il dott. Pizza – è la prima città italiana che ha promosso lo screening per individuare il tumore della cervice uterina. Ho avuto l’opportunità di seguire oggi alcune sessioni del congresso e, da epidemiologo, ho osservato con soddisfazione l’utilizzo degli anticorpi monoclonali in protocolli di successo”.

Il Direttivo riunito





Ieri in conferenza stampa la proposta dell'AIOM alle Istituzioni per innalzare la qualità dell'assistenza

"ONCOLOGIE IN RETE PER CURARE MEGLIO E SPENDERE MENO"

Iacono e Venturini: "Contro il rischio di default è necessario collegare strutture e professionalità"

Oggi l'80% delle oncologie mediche italiane ha i conti in rosso. Il tema dei costi e dei rimborsi è stato al centro della prima conferenza stampa ufficiale, svoltasi ieri. I DRG coprono appena il 50% delle spese, che continuano a crescere. Le cause? I malati sono in aumento e vivono più a lungo, le terapie diventano più impegnative. E non mancano gli sprechi, con prestazioni talvolta inappropriate, esami ripetuti e spesso poco utili. A questo si aggiunge la migrazione sanitaria, con pazienti che si spostano fra regioni o fra ospedali che distano pochi chilometri. "Ogni volta che una persona si trasferisce da un centro all'altro la presa in carico viene riattivata dall'inizio, dalla lettura dei vetrini in giù - ha affermato il presidente AIOM Carmelo Iacono -. Questo comporta un allungamento dei tempi e la crescita della spesa, problema che gli oncologi vivono in modo sempre più pressante".

AIOM ha individuato una "ricetta" da proporre alle Istituzioni: "I piccoli ospedali vanno messi in rete con quelli più attrezzati - ha continuato il presidente entrante Marco Venturini - in modo che vi sia una circolazione delle esperienze. All'interno del singolo centro, va attivato un continuo dialogo fra oncologo, patologo, radioterapista e tutte le altre figure coinvolte per una presa in carico complessiva del malato. A livello regionale, vanno creati percorsi di confronto fra strutture. L'obiettivo è valorizzare le eccellenze che oggi esistono, ma sono sparse a macchia di leopardo, per farle lavorare in maniera integrata. Renderle 'diffuse', innalzando la competenza media degli operatori e l'appropriatezza degli interventi".

Nel 2010 i nuovi pazienti italiani sono stati circa 255 mila, con i tumori a polmone, seno, colon retto e prostata che restano i 4 "big killer". La prevenzione



I giornalisti seguono la conferenza stampa

gioca un ruolo essenziale: solo cambiare il proprio stile di vita potrebbe ridurre fino al 40% dei casi. Ma realizzare percorsi diagnostico assistenziali uniformi è determinante sia per garantire pari opportunità ai malati che per utilizzare al meglio le risorse. "Un sistema di rete - ha ribadito il Coordinatore degli Assessori della Sanità della Conferenza Stato-Regioni, Luca Coletto - offre la possibilità di integrare tutte le professionalità, gli strumenti e le competenze coinvolti nella gestione del problema oncologico, di condurre il paziente attraverso le diverse fasi di malattia senza soluzione di continuità, e soprattutto di assicurare un'omogeneità territoriale delle cure e la diffusione capillare di elevati standard di qualità. La ricaduta in termini di efficacia ed efficienza è immediata".

Rispetto al 1992, quando si fecero le prime statistiche di questo tipo, il numero di italiani viventi con una diagnosi di tumore è quasi raddoppiato. Oggi sono 2 milioni e 250 mila (circa il 4% della popolazione). "Garantire loro la miglior esistenza possibile è la nuova priorità. Il malato deve restare fermo al centro ed è

il sistema a ruotare intorno a lui, in cerchi concentrici - ha precisato Francesco De Lorenzo, presidente FAVO -. Un primo 'girone' 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, con un costante dialogo fra strutture sui percorsi diagnostico-terapeutici da adottare e una presa in carico globale, che deve contare su un livello base e su poli di alta specializzazione per la gestione dei casi più complessi. Tutto questo però si può realizzare solo se si applicheranno con immediatezza il piano oncologico nazionale ed il piano della riabilitazione, non più rinviabili".

Come dovrebbe funzionare, nel concreto, una rete ottimale? "Ogni ospedale deve essere in grado di garantire uno standard assistenziale adeguato per la gestione del 90% dei casi, cioè di assicurare l'ordinarietà - ha continuato Iacono -. Solo quel 10% che presenta una particolare complessità va rimanda-

to all'ospedale di riferimento regionale per la patologia: così non si 'ingolfa' il sistema e si offrono cure ottimali. Bisogna ripensare e rendere operative le Reti oncologiche regionali, formalmente istituite che esistono però solo sulla carta, tranne rare eccezioni".

AIOM, con l'Assessore-Coordiatore Coletto è pronta a chiamare intorno a un tavolo tutti i "competenti" per un vero e proprio "think tank", da fissare nel gennaio 2012. L'obiettivo, a partire dalle esigenze concrete dei pazienti, degli operatori e dagli errori commessi in passato, è ridefinire i percorsi e le Reti per garantire un'assistenza migliore e più uniforme in tutto il Paese.

Il tema costi torna costantemente alla ribalta anche alla luce dell'"allarme" sulle scorte di medicinali oncologici. "Per il momento in Italia non esistono carenze di approvvigionamento ma sono certo che in futuro il problema si porrà - ha concluso Venturini -. Per questo è opportuno cominciare a immaginare che modo muoversi. La difficoltà è infatti ineludibile, sia per le molecole di vecchia generazione che per le nuove biologiche. Sono 'sotto accusa' perché più facilmente monitorabili ma rappresentano solo un quarto delle spese in oncologia. Abbiamo dimostrato che è possibile dimezzare i costi per le terapie nell'ultimo mese di vita, passando dal 30% al 15%.

Per quanto riguarda la razionalizzazione dell'uso dei farmaci ad alto costo, AIOM lavora da anni con l'AIFA sul sistema del pagamento dei soli pazienti che effettivamente beneficiano 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 malato ne risenta".

IL "PREMIO PACE" VA AI GIORNALISTI RIPAMONTI E FOSSATI

Un momento di particolare emozione durante la cerimonia inaugurale è stata la consegna del premio giornalistico "Giovanni Maria Pace", ormai una tradizione per AIOM, giunto alla decima edizione. Intitolato al "fondatore" dell'informazione scientifica in Italia, scomparso a causa di un tumore nel luglio 2002, è divenuto uno dei riconoscimenti più ambiti per le firme sulla salute e medicina nel nostro Paese. La giuria, presieduta dal direttore di Repubblica Ezio Mauro, ha scelto quest'anno **Luigi Ripamonti**,



Luigi Ripamonti

giornalista di punta del Corriere della Sera e a capo del supplemento Salute, e **Maurizio Fossati**, coordinatore delle pagine di medicina del Giorno,

della Nazione e del Resto del Carlino. "Luigi Ripamonti è stato tra i primi a comprendere le potenzialità e la portata rivoluzionaria del linguaggio di internet applicato alla medicina - ha spiegato

Mauro Boldrini durante la consegna del premio -. La sezione Salute di *corriere.it*, da lui diretta, con approfondimenti, video e canali tematici, è un punto di riferimento per chiunque, colleghi e cittadini, voglia essere informato su questi argomenti. I Forum, in cui gli specialisti rispondono alle domande dei lettori, spaziano dalle malattie respiratorie, a quelle cardiovascolari fino alla terapia del dolore e rappresentano un canale

imprescindibile per ogni paziente o familiare che voglia ricevere risposte chiare ed esaustive. Laureato in medicina, Ripamonti conosce nel dettaglio sia le regole

della ricerca scientifica sia quelle che nei giornali presiedono alla selezione delle notizie e alla scelta del loro trattamento".

Maurizio Fossati ha ottenuto il riconoscimento perché



Maurizio Fossati

"grazie al suo patrimonio di conoscenze e alla sua formazione, è professionista capace di trattare anche le materie più complesse con un linguaggio semplice e chiaro. Mantenere il giusto equilibrio tra rigore, linguaggio tecnico e divulgazione è la sfida per ogni giornalista che scriva di scienza e medicina.

L'esperienza e il fiuto per la notizia caratterizzano il suo modo di fare giornalismo, da sempre al di sopra delle parti".

In Auditorium oltre 1.000 partecipanti per l'approfondimento su uno dei grandi *big killer* nella donna

AFFLUSSO RECORD PER LA SESSIONE DEDICATA AL CANCRO DELLA MAMMELLA

Piace la nuova formula di definizione del programma scientifico scelta dal Direttivo nazionale

L'Auditorium non è stato sufficiente a contenere i partecipanti alla sessione educativa sul cancro della mammella, fra le più attese del Congresso. Oltre 1.000 oncologi hanno assistito al dibattito moderato da **Pierfranco Conte, Sabino De Placido e Luca Gianni**. Questa straordinaria adesione è la miglior testimonianza del successo della formula scelta per questa edizione con la nuova modalità di individuazione del Comitato scientifico, costituito dallo stesso Direttivo nazionale e da due esperti per ciascuna patologia, poi chiamati a moderare. Questo ha permesso sia di individuare gli argomenti più importanti (per rilevanza clinica o criticità) da affrontare nell'ambito di ogni forma neoplastica o in ogni sessione, sia di apportare eventuali modifiche dell'ultim'ora, tali da consentire l'illustrazione dei risultati di studi importanti, presentati in congressi internazionali, anche recentissimi.

Il primo intervento, di **Fabio Puglisi**, si è concentrato sul trattamento del carcinoma mammario metastatico HER2 positivo. Ha sottolineato come il trastuzumab rappresenti tuttora lo "standard of care" e come una metanalisi (Harris CA, Ann Oncol 2011; 22:1308) abbia confermato i vantaggi statisticamente significativi derivanti dall'utilizzo di trastuzumab, rispetto alla sola terapia standard, in termini di PFS e OS.

Esistono comunque varie problematiche tuttora aperte: per prima, la resistenza intrinseca o acquisita a trastuzumab, non ancora ben esplorata e conosciuta nei suoi meccanismi. In secondo luogo, la definizione del miglior partner per trastuzumab in prima linea. Poi il trattamento delle pazienti dopo la progressione (lapatinib+capecitabina,



La platea ascolta le relazioni

p=0.0353) e un aumento di durata della risposta con TDM1. Questo studio era stato già presentato dalla Perez all'ESMO 2010: in quell'occasione erano stati riportati i risultati di attività con tasso di risposte obiettive sovrapponibile (43% vs 40%) a fronte di una ridotta tossicità di grado superiore o uguale a 3 nel braccio TDM1 (37% vs 75%).

Di seguito è intervenuto **Filippo Montemurro** che ha affrontato tre problematiche relative ai tumori triplo-negativi (TN). Cosa si ottiene dall'aggiunta di bevacizumab alla chemioterapia? La conclusione è che la triplo-negatività non rappresenta un criterio per utilizzare preferenzialmente il bevacizumab nel setting metastatico. Infatti, in tutti e 3 gli studi di fase III condotti in prima linea nel carcinoma metastatico HER2 negativo, è stata osservata la stessa entità in termini di beneficio di PFS con bevacizumab+ chemioterapia rispetto alla sola chemioterapia in tutti i sottogruppi tumorali presi in considerazione, compreso il TN. La seconda criticità è se utilizzare preferenzialmente i composti del pla-

tino nei TN. La risposta è che al momento non esistono dati che ne supportino l'utilizzo in questo sottogruppo. La terza questione è quale sia il ruolo degli inibitori di PARP visto che i risultati ottenuti con lo studio di fase II randomizzato (O'Shaughnessy, NEJM 2011) con l'aggiunta di iniparib a carboplatino+gemcitabina (aumento significativo in PFS e in OS) non sono stati confermati nel successivo studio di fase III randomizzato (anche se ad un'analisi esplorativa, sono risultate tuttavia significativamente aumentate la PFS e la OS nelle pazienti trattate in II e III linea). Il ruolo dei PARP inibitori va quindi ulteriormente indagato considerando che

l'iniparib non risulta essere un inibitore di PARP1 e PARP2.

Milvia Zambetti ha riassunto le indicazioni che provengono dalla terapia neoadiuvante sottolineando come la chemioterapia (CT) neo-adiuvante migliori le opzioni chirurgiche (permettendo la conversione di forme inoperabili in operabili dei tumori localmente avanzati infiammatori e aumentando il tasso di chirurgia conservativa per le forme di carcinoma mammario operabili candidate a mastectomia). La CT neo-adiuvante somministrata prima o dopo la chirurgia non influenza la sopravvivenza a lungo termine (NSABP B-18) e permette di identificare i tumori responsivi (pCR). Infine, la pCR identifica le pazienti con favorevole DFS e OS. In generale la CT neo-adiuvante permette di ottenere un maggior tasso di pCR nei tumori con HR- rispetto ai HR+ in casi non selezionati per lo stato di HER2 (24% vs 8%). Successivamente ha illustrato i risultati degli studi NEOALTO e NEOSPHERE nei tumori HER2+, sottolineando come l'associazione di 2 farmaci anti-HER2 ad una monochemioterapia determini un aumentato tasso di pCR, come questo sia maggiore nei tumori HR- vs HR+. L'utilizzo dei due farmaci biologici trastuzumab+pertuzumab senza CT, determina un 16% di pCR (NEOSPHERE). È quindi necessario comprendere con studi traslazionali quali siano le neoplasie HER2+ che possono essere trattate con sola terapia biologica.

È poi intervenuta **Lucia Del Mastro** che ha presentato un'ampia ed esaustiva review sul trattamento dei tumori piccoli (T1a T1b). La RFS a 10 anni dei tumori T1a-b N0 non trattati con terapia sistemica adiuvante risulta aggirarsi intorno all'80% e i fattori biologici associati ad una peggior prognosi sono, ad analisi retrospettive: G3, invasione linfovaskolare, alto Ki67, HER2 positività e ER negatività. Ha concluso la relazione affermando che la decisione del trattamento sistemico adiu-

vante dovrebbe essere valutata in base a fattori associati ad una scarsa prognosi, rappresentati da quelli biologici sopra elencati, da una giovane età alla diagnosi e da un maggior diametro tumorale (nell'ambito del sottogruppo T1a, T1b).



Marco Venturini

L'intervento del presidente eletto, **Marco Venturini**, ha affrontato il tema del superamento dell'endocrino-resistenza con inibitori di mTOR in considerazione del fatto che all'ESMO 2011 sono stati presentati i risultati dello studio BOLERO 2. Si tratta di un trial di fase III che ha confrontato everolimus+exemestane vs exemestane+placebo in 724 pazienti in post menopausa con malattia refrattaria a letrozolo o anastrozolo. Questo studio è uno dei 3 condotti con ormonoterapia + o - un inibitore di mTOR in pazienti pretrattate con AI. Nel BOLERO 2 l'everolimus+exemestane ha evidenziato un vantaggio statisticamente significativo in PFS rispetto al placebo+exemestane (6.9 vs 2.8 mesi; HR= 0.43, 95% CI: 0.35-0.54; p= 1.4 X 10⁻¹⁵). Gli effetti collaterali più frequenti nel braccio con everolimus sono stati la stomatite, la fatigue, la dispnea, l'anemia, l'iperglicemia, l'aumento di AST e le polmoniti.

La sessione si è conclusa con la controversia sull'uso della terapia anti-angiogenetica che è stata affrontata da **Michelino De Laurentiis** (pro) e da **Stefania Gori** (contro).



I chairmen della sessione

lapatinib+trastuzumab o trastuzumab+capecitabina). Infine, il ruolo dei nuovi agenti anti HER2. Il TDM1 rappresenta il primo farmaco di un'innovativa classe che coniuga l'anticorpo monoclonale trastuzumab ad un agente citotossico (DM1), che si libera all'interno delle cellule HER2 positive una volta creato il legame fra trastuzumab e cellula tumorale. A questo proposito Puglisi ha riportato i risultati della PFS dello studio randomizzato di fase II condotto in prima linea con TDM1 vs trastuzumab+docetaxel (Hurviz SA, ECCO-ESMO 2011) in 137 pazienti. Questo ha evidenziato un vantaggio significativo in PFS (14.2 vs 9.2 mesi; HR=0.594;



GLI INFERMIERI: "NECESSARIO ACQUISIRE E ACCRESCERE COMPETENZE AVANZATE"

Sono più di 400 i professionisti che partecipano al congresso degli infermieri, provenienti da tutte le Regioni. "I contenuti del convegno – spiega Gabriella Angeloni coordinatore del Working Group nursing, direttore del servizio infermieristico dell'IRCCS IFO di Roma – hanno l'obiettivo di focalizzare l'attenzione sulla necessità per gli infermieri di oncologia di acquisire, accrescere e realizzare le competenze avanzate nella presa in carico del paziente oggi più che mai necessarie. Il Piano Oncologico Nazionale (PON) peraltro, alla luce dei nuovi approcci di tipo diagnostico terapeutico che hanno reso possibile l'impiego di procedure sempre più sofisticate e piani di cura personalizzati, indica modalità diversificate nella gestione dei pazienti oncologici per le quali la figura dell'infermiere assume un ruolo determinante".

Da un modello assistenziale centrato sull'ospedale il PON promuove forme assistenziali deospedalizzate come il day hospital, l'ambulatorio e l'assistenza domiciliare, nelle quali le figure dell'infermiere case manager, del family nurse e di quello gestore di hospice (ecc.) devono essere in grado di garantire le migliori e più avan-



zate competenze. "Abbiamo dedicato una sessione all' 'Educazione terapeutica del nursing oncologico' – continua Gabriella Angeloni – dove la relazione della prof. ssa Graziottin su sessualità e cancro ha avuto grande risonanza. La toccante testimonianza di una paziente di Cagliari ha evidenziato l'importanza della capacità di comunicazione da parte dell'infermiere. Questa capacità può imprimere un impulso importante anche nella promozione

della aderenza alle cure in particolare rispetto alle terapie orali".

In questa sessione il Working Group nursing ha proposto la realizzazione di un modello di informazione/comunicazione che attraverso lo schema del *consensus conference* consenta all'interno delle diverse strutture oncologiche la costruzione di un set di risposte condivise alle domande più frequenti dei pazienti. Altri argomenti delle sessioni odierne sono le

reti oncologiche intese come strumenti per assicurare la presa in carico dell'assistito secondo specifici clinical pathways condivisi. "Nella sessione 'Stringiamoci a coorte' – conclude Gabriella Angeloni – abbiamo voluto sottolineare l'importanza della alleanza tra i diversi attori coinvolti, infermieri, medici, tecnici, fisioterapisti, senza dimenticare il ruolo del volontariato".

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, Francesca Goffi,
Davide Antonioli

I PRINCIPALI APPUNTAMENTI DI OGGI

Auditorium / 10.30- 12.25

Sessione plenaria

Alle 12.30 Lettura magistrale sulle "Circulating Tumor Cell (CTCs)"

Sala Rossa 2 / 09.00 -10.25

Comunicazioni orali

Terapie di supporto e cure palliative

Auditorium / 15.10 - 18.05

Sessione educativa

Tumore del colon

Sala Rossa 2 / 15.10 - 16.40

Sessione speciale

Aiom-Esmo- Favo-Fondazione Aiom.

Appropriatezza prescrittiva tra

Europa e Italia

Sala Rossa 1 / 17.00 - 18.10

Sessione speciale

Aiom incontra Sifo e Aifa

L'ALLEANZA CON I MEDICI DI FAMIGLIA PARTE DAL FOLLOW UP

La diagnosi di neoplasia comporta una sorveglianza clinica per un periodo di tempo indefinito ma l'utilità del follow up in termini di riduzione di mortalità è controversa. Da queste premesse si è sviluppato il dibattito nella sessione speciale ieri dedicata alle problematiche cliniche e organizzative legate al follow up. Gianmauro Numico dell'Oncologia di Aosta ha presentato i dati di due survey, la prima rivolta agli oncologi (92 i questionari compilati) e la seconda ai pazienti. "Nella prima indagine – ha spiegato Numico – abbiamo analizzato il livello organizzativo e l'approccio attitudinale degli oncologi rispetto al follow up. 81 specialisti su 92 ritengono che andrebbe valorizzato il ruolo del medico di medicina generale. Un dato significativo è quello relativo alla mancanza di accordo tra i diversi specialisti coinvolti, oncologi, radiologi e chirurghi ecc. Di fronte ad alcune realtà di eccellenza, la maggior parte delle strutture oncologiche presenta problemi nel coordinamento della attività. Non abbiamo ricevuto risposte univoche neppure sul tipo di esami

richiesti. Secondo il 66% degli oncologi, il follow up non riduce la mortalità per cancro al seno e il 30% esclude che riduca la mortalità nel tumore del colon-retto. Noi specialisti abbiamo l'attitudine a interpretare il follow up come strumento di sorveglianza della malattia, non di riabilitazione e inserimento nella vita attiva dei pazienti". Ben 277 sono stati i questionari compilati di pazienti. "È estremamente significativo – ha evidenziato Numico – che ben il 90% abbia dichiarato di essere soddisfatto del grado di interazione tra i professionisti. È diffusa la percezione di essere seguiti da un'equipe. Il legame con l'oncologo è consolidato". "Per migliorare la situazione attuale – ha concluso Numico – è fondamentale la standardizzazione dei comportamenti (raccomandazioni e linee guida). La soluzione potrebbe essere un modello di condivisione delle cure, il cosiddetto *shared cares*, che mantenga la qualità, migliori l'efficacia delle terapie e riduca i costi. In questo senso dobbiamo sviluppare un'alleanza con i medici di famiglia".

L'EMESI, UN MONDO SOMMERSO

La corretta applicazione della terapia di supporto rappresenta una sfida quotidiana per gli oncologi. Nell'ambito del Congresso Aiom è stata dedicata una sessione speciale a questo tema, ieri, in Sala Rossa 1. "In particolare l'emesi indotta da chemioterapia (CINV) continua ad essere un problema 'sommerso' per i medici, ma molto presente nell'immaginario collettivo del paziente", ha dichiarato Flavia Longo, dell'Oncologia Medica A del Policlinico Umberto 1 di Roma. "Aiom, da sempre attenta a preservare la qualità di vita del paziente e all'applicazione dell'evidenza clinica dei trattamenti, ha pubblicato recentemente linee guida aggiornate sulla terapia antiemetica – ha continuato Flavia Longo. L'utilizzo di chemioterapici altamente emetizzanti scatena una sintomatologia fortemente invalidante per il paziente che si manifesta ancor più spesso nelle donne giovani nel pieno dell'attività lavorativa, familiare e sociale, influenzando negativamente la loro autonomia e di conseguenza la loro qualità di vita. Prevenire correttamente **dal primo giorno del primo ciclo** lo stato di disagio indotto dalla nausea e vomito indotti dalla chemioterapia migliora la compliance alla terapia stessa. A tale proposito Aprepitant, antagonista selettivo dei recettori per la sostanza P (NK1), va aggiunto agli steroidi e ai 'setroni' come correttamente previsto con evidenza A da tutte le linee guida nazionali ed internazionali".

