



GIORNALE DEL

IX Congresso Nazionale

PALERMO

12-15 OTTOBRE 2007



Marco Venturini nominato segretario, Maria Teresa Ionta tesoriere

CARMELO IACONO NUOVO PRESIDENTE ELETTO DELL'AIOM

“Voglio fare realmente della nostra Società la casa per tutti gli oncologi”



Carmelo Iacono

Carmelo Iacono è il nuovo presidente eletto dell'AIOM, Marco Venturini è il nuovo segretario, Maria Teresa Ionta il tesoriere. Evaristo Maiello, Carmine Pinto, Valter Torri, Paolo Carlini, Giovanni Condemi, Stefania Gori, Paolo Marchetti e Rodolfo Passalacqua sono i nuovi consiglieri. Ha votato il 54,2% dei soci aventi diritto.

Carmelo Iacono, 55 anni Direttore del Dipartimento Oncologico dell'A.O. di Ragusa, sposato, due figlie (una laureata in ingegneria biomedica e una studente di medicina) ha già ricoperto nell'AIOM la carica di segretario ed è membro del direttivo uscente. “In questi due anni affiancherò il presidente Francesco Boccardo cercando di dare continuità a quello che l'AIOM ha fatto finora, tenendo fede a quello che ho dichiarato nel mio programma elettorale. Voglio fare realmente dell'AIOM la casa di tutti gli oncologi. Perché ogni medico oncologo, qualsiasi

sia la sua provenienza e il suo percorso possa trovare nella nostra Società una casa in cui abitare, e in cui trovare risposta alle proprie esigenze dal punto di vista scientifico, professionale e pratico. Tutti i candidati erano ottimi, tutti erano in condizioni di svolgere ottimamente il proprio ruolo e sono certo che il nuovo direttivo sarà in grado di rispondere alle alte aspettative che l'oncologia italiana non merita ma si è guadagnata e che il mini-

stro ci ha riconosciuto”.

Iacono ha ricevuto 224 voti pari al 29,47% superando di 4 preferenze Edmondo Terzoli (28,95%). Al terzo posto Fausto Roila con 165, quindi Pier Franco Conte con 135. 16 le schede bianche. Per la carica di segretario invece, Marco Venturini ha ottenuto 271 voti pari al 35,66%. Vittorina Zagonel 230, 193 sono andati a Salvatore Siena. 66 le schede bianche.



Maria Teresa Ionta

E veniamo alla carica di tesoriere. Maria Teresa Ionta ha ottenuto 249 voti, pari al 32,76%. 241 preferenze sono andate invece a Lisa Licitra, mentre Filippo de Marinis si è fermato a quota 209. 61 le schede bianche. Questo il

nuovo direttivo: Evaristo Maiello (164 voti), Carmine Pinto (84), Valter Torri (80), Paolo Carlini (80), Giovanni Condemi (75), Stefania Gori (69), Paolo Marchetti (58) e Rodolfo Passalacqua (47).

Rinnovate infine anche il working group giovani: Elena Collovà è la nuova rappresentante nazionale (ha ottenuto 30 punti). Gli altri componenti sono per il nord Federica Merlin, Daniele Generali, Alicia Tosoni. Per il centro Emilio Bria, Fotios Loupakis, Anna Lisa Gentile. Per il sud Massimo Di Maio, Giuseppe Banna, Marina Vaglica.



Marco Venturini

Primo bilancio di Giuseppe Colucci, Biagio Agostara e Nicola Gebbia

UN CONGRESSO DI ALTO LIVELLO

A conclusione dei lavori, l'AIOM stila un bilancio dell'evento che appare decisamente positivo. “Il nuovo taglio congressuale dato a Palermo è stato decisamente ben recepito da tutte le parti coinvolte,” spiega Giuseppe Colucci, Presidente del Comitato Scientifico. “Abbiamo avuto 14 sessioni di comunicazioni e 16 sessioni educazionali, tutte di eccellente qualità,” prosegue. “La chiave vincente è stata quella di

ampliare la parte educativa, con alcune ripetizioni sui big killers per consentire a tutti di seguire le relazioni principali. Abbiamo poi concentrato i simposi satellite nelle ore centrali della giornata, in modo da favorire una frequenza mirata e non sovrapposta a due ambiti congressuali distinti ma complementari – quello dell'aggiornamento e quello dell'industria.” Il risultato è stata l'inedita partecipazione di 1000 persone costanti in auditorium e

di 6-700 presenze ai simposi satellite, con buona soddisfazione del Comitato Scientifico, dei soci e delle aziende.

“La presenza del Ministro della Salute al congresso significa davvero un grande riconoscimento alla nostra associazione,” commenta Biagio Agostara, Presidente del Congresso. “L'AIOM dimostra una grande continuità anche come interlocutore delle istituzioni.”

Segue a pag. 2

Grande partecipazione alla sessione sulla clinical governance, moderata da Carmelo Iacono e Franco Perrone

UNIFORMARE I PERCORSI PER OFFRIRE LA MIGLIORE ASSISTENZA

Aula gremita e dibattito vivace alla sessione sul governo clinico: segno del grande interesse degli oncologi per i temi affrontati. Problemi quotidiani con cui gli specialisti devono sempre più spesso confrontarsi, come la qualità, il costo dei farmaci, la comunicazione, i percorsi diagnostico terapeutici, gli "off label". Si tratta di problemi presenti nella pratica clinica quotidiana, per i quali l'AIOM, grazie in particolare al lavoro del Working Group qualità ha proposto soluzioni concrete. "Il nostro tentativo è stato individuare gli errori gestionali, proporre possibili interventi e delineare percorsi uniformi e otti-

mali da suggerire ai soci - ha commentato Carmelo Iacono, coordinatore del WG e moderatore della sessione con Franco Perrone -. Ad esempio, abbiamo delineato un cammino che porta verso il dipartimento oncologico interaziendale. Il tutto nell'ottica di offrire la massima continuità di cura al paziente, continuità che non solo è un suo diritto, ma che rappresenta anche una concreta necessità del sistema perché solo così potremo utilizzare al meglio le risorse". Al congresso è stato presentato il percorso diagnostico terapeutico per il carcinoma del colon retto, frutto di un progetto di collaborazione fra AIOM e Cergas Bocconi: un esempio

paradigmatico che poi potrà essere esportato per altre patologie. Si è analizzato il percorso del paziente, prendendo in esame sette strutture in tutta Italia, per identificare le aree omogenee e proporre alla fine un modello "standard", che prescindendo dalle differenze esistenti nelle varie Regioni e salvaguardi l'autonomia di ciascuna struttura. Un altro tema fondamentale affrontato è quello della comunicazione fra le diverse figure professionali: "Per un'ottimale gestione del paziente non dobbiamo guardare solamente alle terapie e ai modelli gestionali ma tenere sempre ben presente che sia il malato che l'operatore presentano una grande complessità

psicologica, e che l'aspetto relazionale è fondamentale. Questo tema è stato oggetto di un progetto dedicato, che si proponeva di valutare il livello di burn-out nelle varie figure professionali coinvolte: dal primario a tutto il personale ausiliario. I risultati mostrano come tale problema sia più evidente nei medici e negli infermieri, soprattutto se con molti anni di lavoro alle spalle e con un'età vicina alla pensione. Per tentare di offrire una risposta a questa "sofferenza" - ha concluso Iacono - abbiamo valutato la "patologia" della comunicazione e proposto, con dei corsi ad hoc, una "terapia" mirata".

"LINEE GUIDA AIOM: MISSIONE COMPIUTA"



Le linee Guida AIOM della mammella e colon retto sono effettivamente seguite dai centri oncologici italiani e risultano applicate nella loro pratica clinica. Questi i risultati emersi dal progetto RIGHT coordinato da

E. Maiello e S. Barni e presentati nella sessione Linee Guida da S. Gori e C. Carnaghi per conto dei rispettivi gruppi di lavoro (Mammella: M. Venturini, M. Donadio, A. Molino; Colon Retto: G. Beretta, M. Cosimelli, R.

Faggiuolo, F. Valvo).

Per alcuni indicatori, tuttavia, si osservano livelli di aderenza non ottimali che suggeriscono l'opportunità di azioni per il loro miglioramento.

Il progetto, nato da una collaborazione tra AIOM e MediData con il supporto di due aziende, parte dal presupposto che soltanto attraverso la verifica delle modalità di adozione delle Linee Guida è possibile valutarne l'impatto concreto sui contesti organizzativi aziendali e sull'outcome clinico.

La prima fase (RIGHT-1), già conclusa, aveva come obiettivo quello di verificare la fattibilità della ricerca e testarne gli strumenti in un numero limitato di centri di oncologia

(Ann. Oncol. 2007; 18(S6):vi 179-184).

La fase di monitoraggio vero e proprio (RIGHT-2) invece ha visto il coinvolgimento di 72 centri rappresentativi di tutte le oncologie italiane, e ha consentito di valutarne l'applicazione e l'applicabilità nella pratica clinica corrente.

I risultati definitivi, non appena disponibili, saranno messi a disposizione di AIOM e dei centri partecipanti al progetto anche attraverso una pubblicazione scientifica.

Sulla base di questi confortanti risultati si è deciso di estendere il RIGHT anche alle linee guida del carcinoma del polmone.



Giuseppe Colucci

Da pag. 1

"Anche il lato organizzativo ha egregiamente accompagnato lo svolgimento dei lavori," aggiunge Nicola Gebbia, Presidente del Congresso, "e ci ha aiutati a raggiungere gli obiettivi che ci eravamo prefissati: dare ai giovani un aggiornamento efficace - compito fondamentale dell'AIOM - e focalizzare l'attenzione su temi cruciali

per la nostra attività clinico-scientifica." Tra questi sicuramente il più importante è quello della necessità di ritagliare sempre più precisamente la terapia per il paziente, in considerazione delle nuove molecole e delle nuove esigenze gestionali con cui l'oncologo si trova oggi ad operare.

"Se dovessi scegliere una patologia esemplare per i progressi compiuti, mi soffermerei sul colonretto, perché è uno dei maggiori big killer e abbiamo riscontrato la possibilità di far vivere più a lungo e meglio i nostri pazienti," aggiunge Gebbia. La valenza scientifica del congresso è stata elevata, come ha riconosciuto tutta la stampa e come confermano le oltre 2500 presenze di specialisti. "Sicuramente l'oncologia siciliana ha ricevuto un grande onore con l'ospitalità del congresso assegnata a Palermo," prosegue Agostara, "e di questo siamo tutti grati al Direttivo AIOM."

OBIETTIVO UMANIZZAZIONE

Si è svolto ieri il primo investigator meeting del progetto HUCARE (*Humanization of cancer care in Italy: implementation of evidence-based recommendations*) promosso dall'AIOM e finanziato con fondi del Ministero della Salute. L'obiettivo è ridurre il disagio psicologico dei pazienti con cancro e aumentare l'adesione alle cure. La strategia proposta prevede di:

1. Fornire al paziente una lista di domande per favorire la comunicazione con il medico fin dalla prima visita
2. Implementare in ogni reparto il Piano Informativo di Supporto con personale infermieristico esperto

3. Garantire ad ogni paziente un infermiere di riferimento fin dal primo colloquio con il medico

4. Assicurare un adeguato supporto psicosociale

I dati della letteratura evidenziano infatti come oltre il 60% dei malati oncologici soffra di un distress psicologico (ansia e/o depressione) che influisce negativamente sulla capacità di affrontare la malattia e sull'adesione ai trattamenti. Il progetto, coordinato da Rodolfo Passalacqua, coinvolge 60 centri in tutta Italia. Un ruolo di primo piano per la regione Lombardia, che è anche sponsor del progetto: qui hanno aderito tutti i dipartimenti oncologici.

"IN ITALIA ABBIAMO UN'ONCOLOGIA DI QUALITÀ"

Desidero prima di tutto ringraziarvi per l'invito a partecipare ai lavori del vostro Congresso nazionale.

Mi si offre infatti una importante opportunità per illustrare lo stato dell'arte delle iniziative di prevenzione, terapia, assistenza e ricerca che il Ssn sta ponendo in atto contro il tumore. Voglio partire da alcuni dati. Ogni anno si ricoverano per tumore poco meno di 1 milione e 200 mila italiani. Gli ultimi dati ISTAT mostrano oltre 162.000 decessi per causa tumorale, di cui circa 93.000 tra gli uomini e circa 70.000 fra le donne. Si nota comunque una riduzione complessiva della mortalità che è conseguenza della riduzione della mortalità per molti dei principali tumori, quali ad esempio il tumore del polmone tra gli uomini e della mammella tra le donne ma anche del colon-retto, dello stomaco, della vescica, ecc.

Questa riduzione di mortalità è senza dubbio un successo del nostro sistema sanitario, dei suoi professionisti e del mondo della ricerca. Sono dati che vanno letti ovviamente nell'ambito della più ampia analisi epidemiologica dei tumori che ben conoscete e sulla quale voglio confrontarmi con voi solo per alcuni aspetti peculiari della nostra realtà italiana, che richiedono a mio avviso la nostra massima attenzione. Sia in quanto "governo del sistema", con la responsabilità di programmare e porre in atto azioni e interventi mirati e appropriati per incidere sull'andamento della morbosità e della mortalità per tumore. Sia come "operatori del settore", cui spetta il compito di affrontare quotidianamente la sfida contro questa malattia, certamente non più "incurabile" ma certamente ancora malattia simbolo del "successo" o della "sconfitta" della medicina e della ricerca scientifica.

Mi riferisco in particolare a tre fattori:

1. alla grande differenza che ancora oggi registriamo nella mortalità dei tumori tra il centro-nord e il sud del Paese;
2. al probabile incremento dell'incidenza dei tumori tra la popolazione dovuto all'invecchiamento conseguente alla relazione esistente tra età e tumori;
3. alla crescita della cronicizzazione del tumore, che comporta una lunga convivenza con la malattia, conseguente ai successi delle terapie.

Partiamo dalla disuguaglianza **geografica**.

Una donna del Sud ha una probabilità di sopravvivenza da un tumore significativamente inferiore ad una donna del Nord. Ancora oggi il livello sociale e la povertà, sono determinanti fondamentali del rischio oncogeno. Non possiamo tollerare il permanere di queste disuguaglianze nel trattamento e nella prevenzione. Per questo abbiamo concentrato le nostre azioni sull'incremento degli stanziamenti per potenziare le azioni di screening nel mezzogiorno, a

partire da quelli previsti nei Lea per alcuni tumori femminili e su nuove risorse per la dotazione di radioterapie al sud proprio per superare l'inadeguatezza strutturale in questo campo, che è fonte di disagi e migrazioni sanitarie inaccettabili.

Un primo grande risultato è già stato ottenuto con l'innalzamento dal 10 al 60% delle donne meridionali che hanno aderito ai programmi di screening negli ultimi diciotto mesi. Azioni che abbiamo confermato anche nella nuova legge finanziaria all'esame del Parlamento che ha incrementato di ulteriori 3 miliardi di euro i fondi per l'edilizia sanitaria ospedaliera e territoriale e per il rinnovamento del parco tecnologico e strutturale.

Per quanto riguarda invece il secondo fattore, quello relativo alla **crescita dei tumori in relazione all'invecchiamento della popolazione**, è chiaro che dobbiamo attrezzarci da subito per questa nuova realtà. Soprattutto sul piano degli interventi assistenziali e per un approccio alle terapie che tenga conto delle diverse progressioni temporali della malattia e delle conseguenti maggiori necessità di assistenza domiciliare e di cure palliative. Anche in questo caso siamo intervenuti vincolando specifici fondi in finanziaria e con atti di programmazione per la definizione di un piano nazionale delle cure palliative ormai in via di ultimazione. Lo stesso vale per il potenziamento dell'Adi nell'ambito del più generale rafforzamento delle reti di medicina territoriale, previsto dal Patto per la Salute ed oggetto di un apposito intervento normativo nell'ambito del disegno di legge sulla qualità e la sicurezza delle cure che approderà a breve al Consiglio dei Ministri come collegato alla legge finanziaria 2008.

La **cronicizzazione del tumore**, infine, è ormai un fenomeno sempre più esteso grazie al successo delle terapie e alla riduzione dei tempi di diagnosi che consente interventi terapeutici sempre più efficaci.

Oggi, come dicevo, si può vivere a lungo con il tumore. L'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro di Lione stima che siano presenti in Italia quasi 800.000 soggetti che nei cinque anni precedenti hanno avuto una diagnosi di tumore e che sono ancora in vita, in particolare circa 390.000 uomini e circa 405.000 donne. Questa nuova realtà epidemiologica ci deve spingere verso una più attenta organizzazione o meglio "gestione" del malato. E questo vale nei cinque anni seguenti alla prima diagnosi ma anche negli anni successivi. Ciò che ci chiedono i cittadini è un'assistenza il più possibile personalizzata con veri e propri percorsi terapeutici mirati al malato oncologico, entro i quali egli possa seguire sia le terapie che i diversi controlli periodici. Per farlo serve senz'altro una maggiore integrazione tra ospedale e territorio. Tra specialista e medico di famiglia.

Il tutto per una migliore qualità della vita del paziente ma anche per una più razionale ed efficiente gestione della malattia nelle sue diverse fasi. Sappiamo comunque che la chiave di volta per sconfiggere il cancro è rappresentata fondamentalmente da due fattori:

1. dalla ricerca scientifica per avere terapie sempre più efficaci
2. dalla promozione di stili di vita corretti per la massima prevenzione della malattia.

In questi due ambiti il Ministero della Salute è impegnato molto attivamente.

Per quanto riguarda la **ricerca**, attraverso l'Associazione Alleanza contro il cancro, ha prodotto un importante contributo, aderente al Piano sanitario nazionale 2006-2008.

In particolare sono state affrontate le seguenti problematiche in campo oncologico:

- Nuove frontiere della ricerca
- Servizi di telemedicina in campo oncologico
- Servizi sanitari integrati sul territorio
- Definizione dei percorsi formativi
- Innovazione tecnologica
- Trasferimento dei risultati

Per ogni ambito d'intervento, sono state previste specifiche linee d'azione che, realizzate in un impegno sinergico con le Regioni, permetteranno di raggiungere nuovi traguardi nella battaglia che già da tempo, e con sempre maggiore determinazione, si sta combattendo contro il cancro e i suoi effetti sulla qualità della vita. In conformità con le strategie individuate dal Servizio sanitario nazionale nella lotta alla malattia oncologica, questa attività non solo pone in rilievo l'attività scientifica ma valorizza anche la ricerca di nuove forme di assistenza integrata fra territorio e ospedale, con l'obiettivo finale di ridurre l'impatto della malattia e i costi sostenuti. Per quanto attiene la ricerca oncologica finanziata dal Ministero della Salute, lo scorso anno sono stati stanziati 100 milioni di euro destinati a promuovere un programma straordinario a carattere nazionale finalizzato a realizzare progetti di durata triennale.

I progetti sono stati sottoposti alla valutazione di referee esterni alla Commissione Nazionale della Ricerca Sanitaria, in ossequio al principio della trasparenza e dell'imparzialità di giudizio. Per il corrente anno, la legge finanziaria 2007 ha previsto lo stanziamento di ulteriori 100 milioni di euro, per lo sviluppo di alcune linee di ricerca innovative con particolare riferimento alla genetica molecolare. Ulteriori elementi di sviluppo nelle strategie contro il cancro sono poi attesi dalla nuova Commissione Oncologica Nazionale recentemente istituita, presieduta dal Professor Veronesi, che ha già avviato il lavoro per l'aggiornamento del Piano oncologico nazionale sulle seguenti linee di intervento:

La prevenzione primaria e secondaria;

Il miglioramento dell'assistenza;

La definizione dei percorsi formativi;

Il piano di rinnovo tecnologico delle attrezzature;

La comunicazione, I nodi del dibattito etico in oncologia.

Per quanto riguarda invece la **prevenzione** la nostra iniziativa si sviluppa su due grandi campi di intervento:

1. sulla promozione di corretti stili di vita che sappiamo possono prevenire moltissimi tumori;
2. sul potenziamento dell'attività di screening al fine di anticipare al massimo l'eventuale diagnosi di cancro.

Sul primo obiettivo ci attendiamo significativi risultati di medio periodo dal programma "Guadagnare salute" che, in un concerto interistituzionale con dieci Ministeri e con le Regioni, realizza un impegno complessivo alla prevenzione primaria. Vogliamo offrire ai cittadini facilità di accesso a scelte salutari che contrastino i principali determinanti del cancro e di tante altre malattie croniche: il fumo di sigaretta, l'abuso di alcool, l'inattività fisica e la scorretta alimentazione. Nell'ambito della prevenzione primaria, una grande novità è costituita poi dal vaccino contro il virus del Papilloma Umano (HPV), causa primaria del tumore della cervice uterina, motivo di morte e di sofferenza di tante migliaia di italiane. Già inserito nei Lea da quest'anno per la coorte delle ragazze di dodici anni, esso potrà contare su ulteriori risorse stanziare in finanziaria, per offrire questo vaccino in maniera uniforme ed omogenea in tutto il Paese. A questo scopo il Paese potrà giovare nel nostro servizio pubblico, dei tantissimi centri vaccinali delle ASL, evitando un uso disordinato e non equo ed anche le possibili speculazioni commerciali. Per quanto riguarda la prevenzione secondaria, voglio invece ricordare il Piano nazionale della prevenzione in vigore che è in pieno svolgimento. Il Piano prevede tra le sue 4 priorità il Cancro (le altre tre sono: rischio cardiovascolare, vaccinazioni, incidenti) mediante l'attivazione di tre linee di attività:

Attuazione dello screening per il cancro della cervice uterina

Attuazione dello screening per il cancro della mammella

Attuazione dello screening per il cancro del colon-retto

Il piano della prevenzione nel triennio 2005 - 2007 non solo è stato una esperienza utile ma si è andato configurando come un metodo per innovare la prevenzione in Italia. Infatti il Piano è adattato all'attuale assetto del sistema sanitario, su tre livelli: centrale (principi e strategie), regionale (programmazione) e locale (gestione), e in tale contesto individua interventi che dovrebbero essere attuati in tutto il territorio, in

"Vi assicuro l'impegno mio e del ministero per favorire al meglio gli oncologi"

modo coordinato. Un primo grande risultato, come ho già sottolineato, è senza dubbio l'aver portato, in meno di due anni, dal 10 al 60%, la percentuale delle donne meridionali che hanno aderito ai programmi di screening oncologici inseriti nei Lea. All'interno di questo quadro di impegno massiccio delle Regioni e del Governo, va poi ricondotto anche il Piano Nazionale Screening 2007-2009. Questo nuovo Piano prevede azioni centrali di sostegno e promozione delle attività regionali ed, in attuazione del disposto della finanziaria 2007, un impegno di risorse specifico a favore delle regioni del Meridione per migliorarne l'offerta attiva di screening.

Esso ha i seguenti obiettivi:

1. Assicurare alla totalità della popolazione residente in Italia, l'offerta di programmi di screening per il cancro della mammella, della cervice uterina e del colon retto.
2. Garantire su tutto il territorio nazionale il raggiungimento degli standard di qualità dei programmi organizzati di screening.
3. Promuovere la partecipazione consapevole allo screening della popolazione che può beneficiarne.

Consentitemi ora di soffermarmi su un altro aspetto che è quello della convivenza con la malattia che comprende anche le grandi tematiche della dignità del fine vita. E' infatti proprio dalla vostra area di interesse medico e scientifico che si è originata, in larga misura, e per ovvie ragioni, la riflessione più importante sulla sofferenza nella malattia, sulla terapia del dolore, sulle cure palliative, sulla qualità della vita in tutte le sue fasi, sulla dignità dell'accompagnamento alla morte. Nella nostra cultura la sofferenza ha assunto un peso maggiore della morte. E se la morte appartiene alla natura, la sofferenza appartiene alla vita, ed è sempre più governabile dall'uomo. La dignità nella convivenza con la malattia e del morire rimanda a dinamiche sociali sempre più intricate, e rivela una radice tecnologica ormai ineliminabile.

Le rivoluzioni scientifiche e tecnologiche hanno dilatato, come sappiamo, la portata di questa discussione.

L'invecchiamento della popolazione e una aspettativa di vita crescente ci hanno messo di fronte ad un incremento significativo della incidenza di patologie croniche e oggi, quando riflettiamo su questi temi, avvertiamo la necessità di precisare che non stiamo parlando solo di cancro, ma anche, e soprattutto, di cronicità. E' parte di questo cambiamento lo spostamento dalla attenzione pressoché esclusiva verso la malattia e la guarigione alla considerazione per la qualità della vita, come parte integrante e strutturale dei percorsi assistenziali. E questo vale sia quando si sarà costretti a convivere a lungo con una patologia cronica che quando restano pochi mesi di vita. Siamo consapevoli di essere di fronte a qualcosa che necessita di

un impegno rilevante e, prima ancora, di una assunzione di responsabilità pubblica.

Dignità, autonomia delle scelte, eguaglianza di fronte al dolore e alla morte devono smettere di rappresentare petizioni di principio, buoni propositi, mete ideali, e trasformarsi in prassi corrente.

Terapia del dolore, cure palliative, strutture di tipo hospice, servizi e presenze che evitino la sofferenza inutile, l'isolamento del morente e il suo abbandono, rappresentano momenti e pezzi di risposte che il sistema ha via via assicurato, proprio a partire dalla oncologia, dimostrando però scarsa sistematicità di intervento e di non avere messo definitivamente a tema la questione. Sono fermamente convinta, peraltro, che la lotta al dolore allontani il desiderio di morte. Per tutte queste ragioni abbiamo scelto di investire nel sostegno alla diffusione della terapia del dolore, di semplificare ulteriormente la prescrizione dei farmaci oppiacei attraverso l'abolizione del ricettario speciale, di rilanciare la ricerca su questi temi, ancora oggi fortemente trascurata, di promuovere la costruzione di una rete delle cure palliative, di valorizzare la medicina palliativa come medicina delle scelte, di promuovere una attenzione diversa per servizi e presenze che evitino l'isolamento del morente e dei suoi familiari e la sensazione di abbandono che ne deriva, di rafforzare la domiciliarità, anche nelle fasi terminali della vita. Come è noto, l'impegno per una diversa sensibilità, e concretezza, nei confronti del dolore e della qualità della vita in tutte le fasi della malattia ha bisogno di attenzione costante da parte di tutti i diversi livelli di governo, e di impegno fattivo attraverso atti di governo. Ma ha bisogno, al tempo stesso, di poter contare sul sostegno sociale necessario perché l'attenzione per la dignità del vivere e del morire e la umanizzazione dei percorsi assistenziali siano salvaguardati da una consapevolezza e da un consenso diffusi. So per certo che quella consapevolezza e quel consenso sono ampiamente presenti, e rappresentati, nella oncologia italiana.

E di questo vi sono grata.

Voglio concludere riferendomi a quanto da voi illustrato oggi in conferenza stampa e in particolare ad un aspetto che mi ha particolarmente colpito. Mi riferisco alla denuncia da parte di molti oncologi del fatto che i prezzi delle nuove terapie farmacologiche per il cancro, possano diventare di fatto elemento di "selezione" impropria nelle cure in quanto il loro prezzo crescente renderebbe non più remunerativi i DRG oncologici. Voglio sgombrare il campo a qualsiasi equivoco che da tali preoccupazioni potrebbe emergere sul piano del diritto alle cure e del rispetto dei livelli essenziali di assistenza. Nessuna valutazione di tipo finanziario, né tantomeno la motivazione di una non remuneratività del DRG, autorizza chicchessia a non erogare una terapia oncologica rite-

nuta appropriata sulla base delle linee guida nazionali e internazionali.

Su questo non devono esserci equivoci ed anzi vi invito a segnalare i casi dove una tale omissione di assistenza dovesse verificarsi al fine di adottare immediatamente i provvedimenti del caso che si configurerebbero come vera e propria omissione di soccorso. Ma la soluzione non è nello scorporo dal DRG delle terapie farmacologiche, perché si tornerebbe al vecchio sistema di finanziamento per singolo fattore di costo (beni e servizi, personale, ecc.) che ha dato pessimi risultati non solo nel nostro Paese ma anche in ambito internazionale, non consentendo una efficace gestione della spesa in termini di obiettivi assistenziali. La strada che stiamo invece perseguendo è quella di un più frequente e tempestivo adeguamento dei valori dei DRG (almeno biennale) proprio per adeguarli appena possibile all'evoluzione tecnologica e farmacologica che supporta i processi diagnostici, terapeutici e assistenziali.

Fermo restando che nessun DRG può essere di per sé fattore di limitazione nell'erogazione di una prestazione appropriata e prevista nei Lea. Detto questo voglio anche ricordare che tutti i nuovi farmaci oncologici sono commercializzati e rimborsati in Italia dal SSN e l'accesso è garantito per tutti i cittadini indipendentemente dalla collocazione geografica e dalla capacità economica, come principio etico fondante dell'accesso alle cure essenziali. Come riconosciuto dalla stessa AIOM, le schede di arruolamento ai nuovi trattamenti concordati tra AIFA ed AIOM assicurano la appropriatezza di prescrizione dei nuovi farmaci per assicurare che siano correttamente trattati i pazienti sulla base dei dati della letteratura scientifica internazionale e delle indicazioni registrate. Sulla base di tali schede è stato attivato (primo esempio in Europa), il registro Nazionale dei nuovi farmaci oncologici che consente non solo di garantire l'appropriatezza prescrittiva ma anche di verificare l'esito e il grado di innovatività dei nuovi farmaci nella pratica oncologica di tutti i giorni. Sulla base dei dati elaborati dall'AIFA, risultano oggi trattati in Italia con i nuovi farmaci oltre 17.000 pazienti, in tutte le Regioni italiane.

Il costo dei nuovi farmaci oncologici, benché molto elevato in tutti i Paesi europei e a livello internazionale, in Italia risulta comunque più basso della media europea. Ma l'elemento di maggiore innovatività per contemporaneamente la compatibilità economica e la innovazione, deriva dal fatto che per i primi due cicli di terapia il prezzo dei nuovi farmaci è pagato al 50% dal SSN e per il 50% dall'Industria Farmaceutica. Ciò deriva dal fatto che la possibilità di prevedere in anticipo la percentuale dei pazienti che risponderanno positivamente al trattamento è bassa e, di conseguenza è stato applicato il principio della condivisione del

rischio e del costo tra sanità pubblica e aziende farmaceutiche. Successivamente al primo controllo oncologico è possibile valutare da parte del Centro la progressione o meno della malattia e quindi l'efficacia dei nuovi trattamenti. Secondo il protocollo concordato tra AIOM e AIFA, solo nei pazienti responsivi il trattamento viene continuato a carico completo del SSN. In questo modo lo Stato paga la innovatività solo e in quanto si è dimostrata efficace nel singolo caso trattato e ciò garantisce un giusto equilibrio tra sostenibilità economica e grado di innovatività. Questo modello risulta moderno e avanzato, anche rispetto ad altri sistemi sanitari dell'Unione Europea e può rappresentare un buon esempio da applicare ad altri settori della terapia e della medicina più in generale. Infine è stato definitivamente superato l'elemento di criticità derivante dalla norma della precedente finanziaria, che rendeva problematica la prescrizione di farmaci oncologici tradizionali e a basso costo per indicazioni non autorizzate ("off-label") ma adeguatamente documentate nella letteratura scientifica e consolidate nella pratica oncologica. Secondo un documento elaborato d'intesa tra AIFA e AIOM, in collaborazione con la Direzione Generale dei Medicinali e dei Dispositivi Medici del Ministero della Salute e sulla base di un atto di indirizzo del Ministro. Voglio salutarvi con un ultimo dato. Nel 1995 erano 5.523 gli italiani che sceglievano di curarsi all'estero per un tumore chiedendo l'autorizzazione alla propria Asl. Dieci anni dopo, nel 2005, essi sono stati 559. Il 90% in meno. Penso che questo dato, da solo, dimostri la grande qualità della medicina e dell'assistenza oncologica del nostro Paese e costituisca una prova inequivocabile del fatto che i primi a dargli fiducia sono proprio gli italiani".

Livia Turco, Ministro della Salute

Il giornale del congresso è realizzato da Intermedia Ufficio stampa ufficiale del IX Congresso Nazionale AIOM

Via Malta 12/B – Brescia
Tel. +39.030226105

e-mail:
intermedia@intermedianews.it

Direttore responsabile:
Mauro Boldrini

Direttore editoriale:
Sabrina Smerrieri

Redazione:
Paolo Cabra
Francesca Goffi
Francy Antonioli
Martina Boscaro