

18 FEBBRAIO 2021

WEBINAR

IL CANCRO AL TEMPO DEL COVID

DOCUMENTO DI SINTESI

 **NConnection**[®]
LE RETI ONCOLOGICHE AL SERVIZIO DEI PAZIENTI



INTRODUZIONE DI SCENARIO

In Italia ogni anno circa 270.000 cittadini sono colpiti dal cancro. Attualmente, il 50% dei malati riesce a guarire, con o senza conseguenze invalidanti. Dell'altro 50% una buona parte si cronicizza, riuscendo a vivere più o meno a lungo. I risultati della ricerca sperimentale, i progressi della diagnostica, della medicina e della chirurgia, le nuove terapie contro il tumore, stanno mostrando effetti positivi sul decorso della malattia, allungando, la vita dei malati anche senza speranza di guarigione. Ma sono sorti nuovi problemi che riguardano la presa in carico di questa patologia complessa, la revisione organizzativa necessaria ai sistemi assistenziali per rispondere efficacemente al nuovo scenario (dai MTB ai CAR T team), l'accesso rapido ed uniforme alle fortunatamente molte terapie innovative in alcuni casi "Breakthrough", i sottovalutati o non-valutati problemi nutrizionali che moltissimi pazienti presentano. Senza dimenticare l'importanza della diagnosi precoce attraverso screening strutturati e l'attenzione agli stili di vita.

In questo scenario, ancor più dopo l'esperienza della recente pandemia, il coordinamento tra centri Hub, Spoke e medicina territoriale, sta assumendo sempre più importanza nei processi organizzativi/gestionali sia per un accesso rapido alle cure appropriate che per un coerente utilizzo delle risorse. Per questo, oltre lo sviluppo delle reti di patologia che coinvolgono prevalentemente la medicina specialistica, già implementato in molte regioni, occorre oggi uno sforzo per formare la medicina di famiglia per un accesso rapido dei pazienti ai percorsi di diagnosi e cura ed alla cogestione dei pazienti cronici, spesso gravati da polipatologie. Una buona stratificazione della popolazione, legata allo stato di salute sarà necessaria per evidenziare diversi livelli di complessità clinica/di fragilità e la conseguente chiara "presa in carico".

L'IMPATTO DEL COVID SULL'ONCOLOGIA ITALIANA

- Il Covid ha colpito drammaticamente l'Oncologia italiana. Ha colpito prima di tutto l'ammalato di cancro che, secondo i dati raccolti dalle Associazioni di pazienti, ha trovato difficile sia accedere alla chirurgia, che ottenere una corretta presa in carico, un sostegno psicologico e che tutt'ora affronta problemi di malnutrizione, fragilità sociale. In particolare per le difficoltà legate alle liste di attesa chirurgica, molti malati sono stati costretti a rivolgersi alla sanità privata (F. De Lorenzo).
- La pandemia ha messo il paziente oncologico nella condizione di scegliere se continuare il percorso di cura o interromperlo per paura del contagio (disdette di esami diagnostici, calo di oltre il 20% dei ricoveri ordinari, diminuzione di giorni di degenza in day hospital) (V. Adamo).
- In alcune regioni si è registrato un numero elevato di morti e si è avuta una mancata somministrazione di terapie; la presa in carico è stata attivata correttamente solo nelle regioni dove le reti oncologiche funzionano (F. De Lorenzo). I dati nazionali sull'acquisto dei farmaci registrano un evidente drammatico calo dei farmaci antitumorali (F. Roila).
- Nel periodo di lockdown nonostante si sia cercato di mantenere il più possibile la presa in carico dei pazienti, si è avuto il fermo delle attività di tre importanti screening (mammella, colon retto e cervice uterina); oltre a questo il ridotto ricorso agli approfondimenti diagnostici in ospedale ha prodotto una diminuzione delle diagnosi attese di tumore. Si assisterà ad una **umentata domanda oncologica** per diagnosi mancate nell'anno passato e per diagnosi fatte in fase più avanzata di malattia.
- **In alcune realtà regionali**, Grazie alle Reti attive e ai servizi sanitari regionali impegnati in un forte messaggio di non bloccare le attività legate alla diagnosi oncologica, si sono costituiti **nuovi modelli organizzativi**, che nell'emergenza hanno consentito di continuare a curare i pazienti attivando la televisita ed il teleconsulto, di effettuare la domiciliazione di taluni farmaci ed il follow up dei pazienti sul territorio (M. Lanzarin).
- **Il tema dell'attivazione di una oncologia territoriale come soluzione organizzativa futura, ha avuto un'accelerazione con l'esperienza Covid** ma era già presente prima; oggi tutti hanno compreso che si può realizzare con una miriade di attività (G. Amunni).

CONCLUSIONI

L'emergenza sanitaria continua a mettere in evidenza necessità che oggi non possono più aspettare: quella dell'attenzione alla **qualità della vita del paziente**, dell'**oncologia territoriale** organizzata in "recettori oncologici" che lavorano in continuità tra medicina generale e oncologia ospedaliera e quella dell'**innovazione tecnologica**.

Pertanto il panel di esperti concorda su queste premesse:

- A) Ai pazienti che avevano già una diagnosi di cancro, nelle regioni in cui esisteva una rete oncologica si è data una **risposta assistenziale adeguata**, merito dei servizi sanitari regionali che hanno dato il forte messaggio di non bloccare le attività legate alla diagnosi oncologica, e merito dell'istituzione di **nuovi modelli organizzativi** che nell'emergenza hanno consentito di poter continuare a curare i pazienti, di attivare televisita e teleconsulto, la domiciliazione di taluni farmaci e di effettuare il follow up sul territorio.
- B) **I 3.600.000 malati di tumore prevalenti oggi in Italia non possono avere risposte adeguate solo dal lavoro svolto dall'oncologia ospedaliera** anche perché esprimono bisogni molto più articolati dai bisogni sanitari e sociali. L'esperienza emergenziale dell'oncologia territoriale ha necessità di uscire da questa fase e di recuperare, nella normalità, alcune esperienze fatte, fra cui la maggiore integrazione tra ospedale e territorio.
- C) In termini di screening e di diagnosi tempestiva è atteso un **aumento dei casi diagnosticati in ritardo con un conseguente aumento di carico assistenziale**;
- D) Un dato da modificare rapidamente e su cui incidono sicuramente le scarse risorse che oggi vengono posizionate sul comparto oncologico è quello che indica l'Italia come paese Europeo in cui, seppur l'assistenza medica sia fra le migliori, **la qualità della vita per paziente con patologia oncologica è la più bassa in Europa**. Questo è ma influisce anche l'organizzazione generale (L. Latella).
- E) L'**eccessiva frammentazione** è uno dei fattori che non aiuta nella gestione ottimale dei pazienti oncologici: associazioni, società scientifiche e istituzioni devono lavorare collaborando sulla parte assistenziale carente e Covid sta dando ulteriore conferma di quello che serve;
- F) Nella Regione del Veneto la Rete oncologica non solo ha istituito il **Registro prospettico dei pazienti oncologici Covid positivi** (V. Guarnieri) ma ha anche attivato il **programma di vaccinazione per i malati oncologici in trattamento attivo**.

CALL TO ACTION E PROPOSTE

Il panel delle Associazioni di pazienti:

- 1) L'oncologia italiana deve avere un modello assistenziale di riferimento Nazionale, che **le consenta di superare quei piani differenti delle singole regioni** che alimentano le attuali disuguaglianze. Lo scenario di oggi non giova al malato oncologico, che da alcuni territori a bassa organizzazione continuerà a spostarsi per i cosiddetti "viaggi della speranza".
- 2) **Lavorare insieme politicamente** affinché si dia all'oncologia italiana, attraverso congrue risorse dedicate, il rispetto che merita sul piano del **processo di innovazione e di ammodernamento**, per consentire l'accesso alle terapie innovative che oggi è disuniforme in buona parte d'Italia.

Il panel degli oncologi:

- 1) Attuare un **modo corretto di gestire il paziente oncologico in tempo di pandemia Covid**, sia dal punto di vista di **acquisire maggiori informazioni** su pazienti più a rischio (es° esiti dell'infezione sul paziente, come gestire le terapie oncologiche in paziente infetto), sia dal punto di vista della **campagna vaccinale** creando delle priorità basate sul giudizio clinico (è importante innanzitutto vaccinare i malati oncologici in trattamento attivo in cui le terapie oncologiche hanno un ruolo essenziale).
- 2) Si deve **fare del cancro un tema nazionale che torni a focalizzare l'attenzione sull'adeguamento necessario dei servizi assistenziali** (personale dedicato, informatizzazione, nuovi strumenti, connessione dati tra protagonisti della catena assistenziale, etc)

Tutto il panel di esperti propone:

- 1) Rendere la cura e l'assistenza omogenee su tutto il territorio. Oggi esiste una grande opportunità per ottenere questo obiettivo attraverso le risorse previste per la Sanità dal Recovery Plan. A patto che vengano investite considerando: l'**oncologia italiana come un'emergenza, la qualità della vita** del paziente oncologico come un segno di civiltà, l'**integrazione ospedale-territorio e la ricerca scientifica** come punti di ripartenza per una oncologia moderna;
- 2) Definire un **fondo sanitario calcolato sul reale fabbisogno** e a cascata fare un corretto calcolo e una corretta definizione del fabbisogno a livello delle singole regioni per poter redistribuire le risorse in modo corretto laddove c'è la necessità di farlo. Così si potrà **colmare il gap di servizi assistenziali** tra regioni caratterizzate da grande **mobilità passiva sull'oncologia** e regioni con grande **mobilità attiva**, passaggio fondamentale dal punto di vista dell'efficacia dell'intervento, della sua precocità oltre che dal punto di vista economico e finanziario (F. S. Mennini);
- 3) Sottoscrivere subito il **Piano oncologico contro il cancro della Commissione europea** (P. Pronzato);
- 4) Realizzare al più presto un **percorso oncologico con più setting assistenziali** a disposizione (domicilio del paziente, letti di cure intermedie, articolazioni assistenziali del Chronic care model) (G. Amunni);
- 5) Considerare il **follow up un classico esempio di medicina di iniziativa** che nel territorio deve svolgere gran parte della sua attività;
- 6) Creare una **infrastruttura telematica** quale condizione irrinunciabile per affrontare il tema dell'integrazione ospedale-territorio. Con l'integrazione si dovrà **riscrivere e ridisegnare i PDTA** considerando ciò che del percorso del paziente è più logico che si svolga a livello del domicilio, delle cure intermedie o delle strutture ospedaliere (Hub&Spoke) e spostando su un livello territoriale alcuni servizi, in sedi più logiche/naturali ai bisogni clinici (attività di psiconcologia, di supporto nutrizionale e di riabilitazione oncologica) (G. Amunni);

- 7) Tutti gli attori dell'area oncologica devono **diventare promotori** della Sostenibilità di sistema;
- 8) La formazione dei **team multidisciplinari** tra oncologi medici, chirurghi oncologi, anestesisti, nutrizionisti, anatomo-patologi, patologi clinici, biologi molecolari, genetisti, bioinformatici, farmacisti, infermieri dovrà essere un punto di forza su cui costruire un nuovo sistema che **dia rapido accesso a cure appropriate**;
- 9) La Creazione di **reti di nutrizione clinica** in grado di lavorare a stretto contatto con i team multidisciplinari e la disponibilità sul territorio di terapie nutrizionali immunomodulanti, potrebbero portare grandi vantaggi oltre che ai pazienti anche agli stessi clinici che vedrebbero miglioramenti nella prosecuzione dei trattamenti radio e chemioterapici e una netta diminuzione delle sospensioni degli stessi dovute a importante malnutrizione pregressa;
- 10) **Una partnership reale con le aziende di settore** per programmare la grande innovazione breakthrough in arrivo: per molte tipologie di tumore corrisponderà a cronicizzazione della malattia se non a guarigione dei pazienti; sarà un punto chiave su cui confrontarsi per il presente e per il futuro;
- 11) **La condivisione dei dati clinici "real world" e amministrativi**, così come il monitoraggio di molti aspetti chiave attualmente discussi e valutati più in setting di studio clinico che nel real world. Questo potrebbe rappresentare un'altra grande innovazione di sistema, in grado di misurare il rispetto delle ricadute cliniche legate alle terapie innovative sull'intero percorso di cura;
- 12) **Di considerare il valore espresso dai pazienti** maggiormente coinvolti e consapevoli nei nuovi e moderni percorsi di cura.

SONO INTERVENUTI (in ordine alfabetico):

Vincenzo Adamo, Direttore Oncologia Medica A.O. Papardo-Messina e Coordinatore Rete Oncologica Siciliana (Re.O.S.)

Gianni Amunni, Responsabile Rete Oncologica Toscana. Direttore Generale ISPRO, Regione Toscana

Pierfranco Conte, Direttore SC Oncologia Medica 2 IRCCS Istituto Oncologico Veneto, Padova - Direttore della Scuola di Specializzazione in Oncologia Medica Dipartimento di Scienze Chirurgiche Oncologiche e Gastroenterologiche, Università di Padova, Coordinatore Rete Oncologica Veneta Valentina Guarneri, Professore Università di Padova, Oncologia 2 Istituto Oncologico Veneto

Francesco De Lorenzo, Presidente F.A.V.O

Paolo Guzzonato, Direzione Scientifica Motore Sanità

Manuela Lanzarin, Assessore alla Sanità e al Sociale, Regione del Veneto

Lorenzo Latella, Segretario Cittadinanzattiva Campania

Francesco Saverio Mennini, Professore di Economia Sanitaria e Economia Politica, Research Director-Economic Evaluation and HTA, CEIS, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" - Presidente SIHTA

Paolo Pronzato, Direttore Oncologia Medica IRCCS San Martino, Genova - Coordinatore DIAR Oncoematologia Regione Liguria

Fausto Roila, Coordinatore della Rete Oncologica Regionale dell'Umbria - Direttore Scuola di Specializzazione in Oncologia Medica Università degli Studi di Perugia

Milena Vainieri, Professore Associato in Economia e Gestione delle Imprese, responsabile del Laboratorio Management e Sanità, Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

Claudio Zanon, Direttore Scientifico Motore Sanità

Con il patrocinio di:



Il webinar è stato organizzato da **Motore Sanità** con il contributo incondizionato di
AMGEN, Boston Scientific, Nestlé Health Science, Takeda

