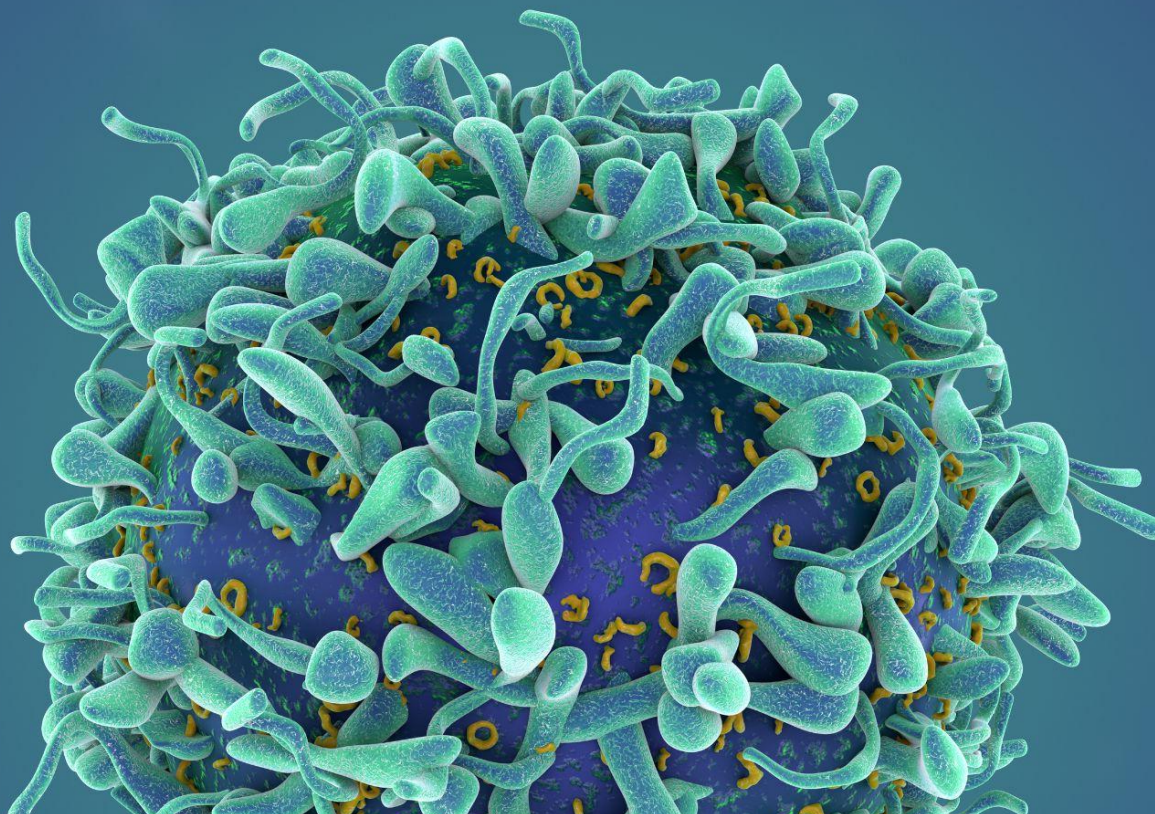


16 APRILE 2021

CANCRO E COVID
L'EMERGENZA NELL'EMERGENZA

L'ONCOLOGIA NELL'ERA INTRA E POST PANDEMICA

DOCUMENTO DI SINTESI



INTRODUZIONE DI SCENARIO

La pandemia di Covid-19 ha avuto forti ripercussioni negative sulla cura del cancro. I programmi di screening per i tumori al colon retto, alla mammella e alla cervice sono stati temporaneamente sospesi in molte regioni italiane e in particolare nella prima ondata, sia perché il personale sanitario è stato dirottato verso l'assistenza ai malati Covid-19 sia perché la volontà di ridurre il rischio di contagio ha prevalso sulla necessità di eseguire visite ed esami diagnostici. Nelle ondate successive, nonostante un parziale miglioramento, si è continuato a registrare numeri preoccupanti. Il Covid ha interrotto azioni di prevenzione, trattamenti e follow up, ha ritardato diagnosi e vaccinazioni incidendo sull'accesso ai farmaci e provocando decessi.

L'interruzione o il rallentamento per mesi degli screening, degli interventi chirurgici, dei trattamenti radioterapici, delle terapie palliative e dei supporti psicologici a causa della pandemia, inciderà in maniera preoccupante sugli outcomes dei pazienti.

Il Piano oncologico Europeo e il Piano Oncologico Nazionale con rispettivi ordini del giorno sul futuro dell'Oncologia e dell'emergenza oncologica, delineano le linee di intervento e le proposte per riorganizzare i processi nell'era intra e post pandemica, ma gli obiettivi delineati possono essere raggiunti solo se la coscienza dei problemi sia uniforme in tutti i livelli istituzionali a partire dalle Regioni. L'emergenza oncologica è una realtà preoccupante su cui stanno riflettendo e proponendo soluzioni le principali Società scientifiche e i rappresentanti dei pazienti e cittadini.

L'IMPATTO DEL COVID SULL'ONCOLOGIA ITALIANA

Meno diagnosi e trattamenti, meno richieste di visite specialistiche ed esami

- Secondo una recente analisi delle attività svolta da **AGENAS** in tempo di pandemia, emerge nel 2020 la **diminuzione di circa il 30% dei volumi dei tre screening (cervicale pari a -32,20%, mammografico, -30,32% e colon rettale, pari a -34,70%)** e una **diminuzione dei volumi di attività degli interventi chirurgici per tumore che varia dal 20% al 24% al 30%**: per tumore alla mammella -22,05%, per tumore alla prostata -24,02%, per tumore al colon -32,64%, per tumore al retto -13,86%, per tumore al polmone -18,25%, per tumore all'utero -13,84%, per melanoma -21,47%, per tumore alla tiroide -31,23%.
- Da **indagini IQVIA** su dati reali di prescrizione, aggiornati a Dicembre 2020, si registrano ancora -17% nelle mammografie, -13% nelle TAC polmonari e -13% sulle colonscopie. In aggiunta, dati stabili o addirittura in peggioramento nel periodo ottobre-dicembre 2020 rispetto alla prima ondata, su nuove diagnosi (-14%), interventi chirurgici (-24%) e minori ricoveri (-37%), rispettivamente a -15%, -20% e 16% nel periodo febbraio-giugno 2020. Infine, il dato che più preoccupa, è che alla quarta wave (febbraio 2021) gli oncologi italiani dichiarano di visitare ancora in media il 30% di pazienti in meno (25-30) rispetto al periodo pre-pandemia. Insomma, si è registrato un **impatto significativo sul numero di nuove diagnosi e trattamenti, oltre che sulle richieste di visite specialistiche ed esami**: -613.000 nuove diagnosi (-13%), -35.000 nuovi trattamenti (-10%), -2.230.000 invii allo specialista (-31%), -2.860.000 richieste di esami (-23%). Questo si è riflesso soprattutto in ambito ospedaliero ad una drastica **riduzione nel consumo di farmaci**.
- Da parte delle Società scientifiche oncologiche c'è stato un grande sforzo per garantire la tempestività di tutti i trattamenti attraverso l'organizzazione di percorsi sicuri per i pazienti oncologici, nonostante nel corso del 2020 sono stati fatti 1 milione di interventi chirurgici in meno. Sul fronte della radioterapia oncologica si sono mantenuti i volumi di attività in maniera eccellente, meglio di altri paesi, e questo dimostra che quando c'è una adeguata tecnologia e una adeguata multidisciplinarietà si riesce a trattare il paziente in modo ottimale. Si è registrato inoltre un calo notevole della partecipazione ai trial clinici che soprattutto nei pazienti oncoematologici hanno un impatto reale e importante sull'assistenza.

- Il **Veneto** (che conta 277.000 pazienti viventi con diagnosi di tumore, circa 22mila pazienti con tumore solido in trattamento attivo all'anno, circa 7.000 che hanno terminato il trattamento oncologico da meno di 6 mesi) ha cercato di minimizzare l'impatto del Covid attuando:
 - Misure che riducessero il rischio infettivo per i pazienti oncologici, sviluppando un PDTA che hanno attuato tutte le aziende sanitarie del Veneto; il percorso prevedeva un triage, l'esecuzione un tampone prima di ogni ricovero o di ogni ciclo di trattamento oncologico e, quando consentito, le televisite.
 - Si è inoltre deliberata la possibilità di consegnare trattamenti oncologici per esclusiva somministrazione ospedaliera per tre mesi anziché un mese.
 - E' stato istituito un Registro dei pazienti oncologici attivi positivi al Covid.
 - Sulla base del Registro è stata programmata la vaccinazione anti-Covid effettuata dagli oncologi: sono 29.000 i pazienti che rientrano nella categoria ad alto rischio e accedono alla vaccinazione con priorità 1 (al 10 aprile 2021 hanno ricevuto la prima dose circa 11.000 pazienti e hanno ricevuto anche la seconda dose circa 3.500 pazienti). Inoltre, la Rov presenterà all'ASCO i dati di terapie effettuate in fase di pandemia Covid, selezionando una serie di terapie a bersaglio molecolare che includono una diagnostica molecolare: dalle analisi non si rileva un declino di consumo di farmaci su base molecolare oncologica analizzando il triennio 2017-2019-2020.
- Il **Piemonte** a causa della pandemia ha perso il 19% di ricoveri ordinari di pazienti oncologici e ha visto una riduzione di attività di ricoveri chirurgici oncologici del 15%, ma altre attività sono andate avanti come i trapianti di cellule staminali e la somministrazione della terapia Car-T. Ci sono stati anche dei rilanci: il Piemonte è stato tra le prime regioni italiane a fare la delibera per sbloccare la telemedicina a livello regionale, a febbraio 2021 ha normato il Molecolar Tumor board regionale che sta per essere avviato, prossimamente saranno identificati i centri di riferimento e i centri prescrittori, sta riprogettando la sanità territoriale per costruire insieme alla Rete oncologica la cosiddetta "oncologia di prossimità". Infine, grazie alla riforma dei MMG si metteranno in rete la medicina di famiglia e le Case della salute con le 40 oncologie del Piemonte che fanno parte dell'ossatura della Rete oncologica regionale.
- Intanto fa riflettere un dato: **nel 2017 i morti per tumore in Italia, nonostante i progressi terapeutici e preventivi, sono stati 180.000, i morti per Covid-19 ad oggi in Italia sono 115.000.**

CONCLUSIONI

Il Covid ha posto il problema di screening da recuperare e da potenziare a livello territoriale, come pure l'attività di follow up; ha condizionato una riduzione drastica degli interventi chirurgici, da recuperare in fretta e con importanti investimenti, e ha minato anche la ricerca in oncologia. La pandemia ha evidenziato quanto sia necessaria l'integrazione tra ospedale e territorio e quanto sia urgente l'assistenza territoriale quindi la medicina di territorio e di prossimità a supporto dei malati oncologici. Ma la pandemia ha anche posto il problema di una oncologia che vede di molto cambiata la gestione del paziente e che per questo richiede non solo un accesso alle terapie innovative in maniera equa ma anche un tempo di ascolto e di presa in carico del medico oncologo più dedicato.

PERTANTO IL PANEL DI ESPERTI CONCORDA SU QUESTE PREMESSE

- **Bisogna agire subito** di fronte al ritardo nella prevenzione (screening, prevenzione HCC nei cirrotici, etc.), nella diagnosi e nel follow up (pazienti sintomatici che non si recano nei luoghi di cura per una diagnosi, che per timore sottostimano la sintomatologia, ritardo nei controlli per verificare eventuali recidive, etc.), nella cura (in primis gli interventi chirurgici, chemioterapie rinviate, terapie palliative o di sostegno non assicurate, etc.) e di fronte alla riduzione dell'accesso all'innovazione e dell'equità di accesso con disparità economiche (per aumento delle liste d'attesa, per esborsi out of pocket per chi se lo può permettere, etc.)
- **Le Call to Action dal Beating Cancer Plan ai Piani Nazionali e Regionali** riguardano la Medicina preventiva (ripartire e recuperare con gli screening oltre che con progetti di comunicazione ed educazione sugli stili di vita ed azioni contrastanti i determinanti tumorali), la Medicina predittiva (ampliare l'uso delle genetica molecolare, della Intelligenza Artificiale e dell'analisi dei dati, degli indicatori di processo per esempio sui real world outcomes); la Medicina personalizzata (terapie ad hoc sul paziente con implementazione della territorializzazione dell'oncologia e dell'Home Care) e la Medicina partecipata (grazie alla tecnologia e la sensoristica il cittadino/paziente diventa parte attiva del controllo della malattia ed uno degli attori principali collocandosi al centro del processo di cura e salute);
- Il **grido d'allarme lanciato da FAVO** alla Commissione Affari Sociali della Camera è stato pienamente recepito prima dall'Onorevole Elena Carnevali e successivamente dalla Senatrice Paola Binetti, con due risoluzioni approvate all'unanimità in 20 giorni e con il parere favorevole del Governo. Con questo risultato eccezionale il Parlamento ha dimostrato di voler agire per rilanciare gli aspetti che più preoccupano i malati di cancro, sollecitando il Governo ad attuare quanto previsto dalle risoluzioni, attraverso un nuovo Piano Oncologico Nazionale che, in linea con quello europeo, definisca una progettualità complessiva da inserire nel Recovery Plan;

- Il Covid ha creato una situazione di “allarme-tumori” che va affrontata con **misure urgenti** poiché il blocco di esami e visite oncologiche, la riduzione degli screening da inizio pandemia, a cui è seguita la paura dei pazienti ad accedere agli ospedali in corrispondenza delle diverse ondate, hanno creato le premesse per una incidenza maggiore di tumori nei prossimi anni. A partire dagli impegni contenuti nella **risoluzione dell’Onorevole Carnevali**, approvata all’unanimità nel novembre scorso, è necessario un cambio di passo, in tempi davvero rapidi, che porti all’approvazione di un nuovo Piano Oncologico Nazionale in linea con le direttive europee, per poter riprendere ad effettuare screening oncologici, favorire la presa in carico dei pazienti, in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale, garantendo l’accesso agli esami diagnostici e alle terapie antitumorali;
- **Il Senato ha appena approvato un Ordine del giorno unitario** con cui si chiedeva con insistenza al Governo di approvare al più presto il Nuovo Piano Nazionale per l’Oncologia e il Governo, scusandosi, si è impegnato a farlo entro il prossimo mese di giugno. È una buona notizia per tutti i malati di tumore, per le loro famiglie, ma anche per tutte le associazioni che li rappresentano, a cominciare dalla FAVO. I malati oncologici ai tempi della Pandemia sono stati lasciati fin troppo soli con una grave compromissione della loro salute fisica, emotiva e psicologica. L’ordine del giorno appena approvato segna una svolta decisa e coraggiosa, un impegno reale a ripartire stando al loro fianco con tutti i mezzi che scienza e tecnica ci offrono, ma anche con un calore umano che metta fine allo stato di solitudine, a volte perfino di abbandono, di cui si sono sentiti vittime;
- In un momento drammatico come la pandemia, la Commissione Europea ha fornito una risposta importante per sostenere il burden del cancro, finanziando la **“Mission sul cancro”**, il cui obiettivo è **salvare 3 milioni di vite entro il 2030**. Per raggiungere questo scopo sono state individuate cinque aree di intervento: comprendere, prevenire ciò che si può prevenire, ottimizzare la diagnostica e il trattamento, sostenere la qualità della vita, garantire un accesso equo.

CALL TO ACTION DEL PANEL DI ESPERTI:

1. **Il nuovo Piano oncologico nazionale** dovrà prevedere una regia centrale, un monitoraggio delle previsioni di attività, una chiara identificazione dei ruoli, il potenziamento e il finanziamento delle infrastrutture, la formazione del personale e la regolamentazione anche dell'accesso alle cure innovative. Il Piano, inoltre, deve porre al centro della programmazione le Reti oncologiche regionali, tenendo conto del documento sulle 'Revisione delle Linee Guida organizzative e delle raccomandazioni per la Rete Oncologica'. Solo così l'Oncologia italiana potrà accedere al finanziamento europeo e quindi potrà assicurare a tutti i malati diagnosi più tempestive e cure innovative che spettano loro per diritto.
2. La **"Mission sul cancro"** rappresenta una importante opportunità per l'Italia, per consentire la creazione di una sinergia tra le eccellenze dell'Italia in ricerca e assistenza per giungere a concrete collaborazioni tra le diverse competenze nell'ambito oncologico. Vengono proposte 13 raccomandazioni, rivolte a interventi specifici, focalizzate sui bisogni della popolazione e che necessitano di una grande cooperazione tra cittadini, ricercatori, istituzioni e Paesi.
3. Secondo le Società scientifiche oncologiche per la gestione ottimale e la migliore soddisfazione del paziente sono necessari **più tempo da dedicare al paziente e più risorse umane che dovranno essere definite da un nuovo Piano oncologico nazionale**, che in linea con quello europeo, dovrà puntare anche su **equità delle cure** e sulla **connessione ospedale-territorio che si può ottimizzare grazie ad una adeguata piattaforma tecnologica**.
4. Si richiede una grande attenzione da parte delle istituzioni a trovare vie per **finanziare direttamente le Reti** (come GIMEMA, IEO, eccetera), che erogano (e continuano a farlo, nonostante la pandemia) la presenza sul territorio, l'assistenza domiciliare, la diagnosi precoce, la terapia più avanzata. Riuscire a sostenere questi gruppi in maniera pratica offrendogli infrastrutture e finanziamenti può far fare una accelerazione enorme alla qualità dell'assistenza piuttosto che non progettare cose nuove che comunque richiederebbero anni.
5. Serve **un piano di investimenti sulla sanità pubblica molto rilevante e i finanziamenti devono essere strutturali e non una tantum per l'emergenza** che tengano conto anche del tema dell'equità nel riparto delle risorse.

SONO INTERVENUTI:

(I nomi sono riportati in ordine alfabetico)

Gianni Amunni, Direttore Generale Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO), Regione Toscana

Massimo Annicchiarico, Direttore Salute e Integrazione Sociosanitaria della Regione Lazio

Paola Binetti, Componente 12^a Commissione Igiene e Sanità, Senato della Repubblica, Risoluzione approvata dalla Commissione su “Affare assegnato sulle iniziative per favorire il ritorno alla normalità delle cure e il riconoscimento dei diritti dei malati oncologici” Atto 613

Livio Blasi, Presidente CIPOMO – Collegio Italiano Primari Oncologi Medici Ospedalieri

Stefano Bonaccini, Presidente della Regione Emilia-Romagna

Elena Carnevali, Componente XII Commissione (Affari Sociali), Camera dei Deputati

Pierfranco Conte, Coordinatore Rete Oncologica Veneta e Direttore Struttura Complessa Oncologia Istituto Oncologico Veneto

Francesco De Lorenzo, Presidente FAVO – Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia

Massimo Di Maio, Segretario Associazione Italiana Oncologia Medica (AIOM) e Direttore dell'Oncologia Medica presso l'Azienda Ospedaliera Mauriziano di Torino

Vittorio Donato, Direttore Dipartimento Oncologia e Medicine AO San Camillo Forlanini Roma e Presidente Associazione Italiana Radioterapia ed Oncologia Clinica (AIRO)

Franca Fagioli, Coordinatrice Rete Oncologica Piemonte e Direttore Dipartimento Patologia e Cura del Bambino “Regina Margherita” e dell'Oncoematologia pediatrica della Città della Salute di Torino

Alessandro Gronchi, Presidente Società Italiana Chirurgia Oncologica (SICO) e Responsabile della Chirurgia dei Sarcomi dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano

Elisabetta Iannelli, Segretario Generale FAVO – Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia

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

Antonella Levante, Vice Presidente IQVIA

Pier Luigi Lopalco, Assessore alla Sanità e benessere animale – Regione Puglia

Domenico Mantoan, Direttore Generale AGENAS

Walter Ricciardi, Presidente Mission on Cancer

Francesco Ripa di Meana, Presidente FIASO

Alessandro Stecco, Presidente Commissione Sanità Regione Piemonte

Marco Vignetti, Presidente Fondazione GIMEMA

Claudio Zanon, Direttore Scientifico Motore Sanità

In collaborazione con:



DOCUMENTO DI SINTESI

