



DAILY NEWS

Un auditorium gremito per il presidential address e per la cerimonia inaugurale del congresso

## “SÌ ALL’ALLEANZA FRA CLINICI, UNIVERSITÀ E INDUSTRIA MA METTIAMO SEMPRE AL CENTRO I PAZIENTI”

*Il premio alla carriera al prof. Maurizio Tonato che ha esortato la platea: “Confidate nelle vostre capacità”*

**A**uditorium gremito nella cerimonia inaugurale che si è aperta con il Presidential Address del presidente **Stefano Cascinu**. Dopo aver illustrato i punti principali su cui si è concentrata l’attività dell’AIOM nell’ultimo anno, il presidente ha annunciato le proprie dimissioni. “Ritengo sia un atto dovuto e corretto – ha spiegato Cascinu -. Sono stati tre anni entusiasmanti. Ricordo che il mio mandato è iniziato con un evento drammatico, la prematura scomparsa di Marco Venturini. Un evento che ha toccato profondamente tutti noi. Ho avuto il privilegio di guidare la società scientifica per un triennio, con due diversi consigli direttivi. Lascio la presidenza per i prossimi tre anni a Carmine Pinto, che da domenica entrerà in carica ufficialmente”. La cerimonia è proseguita con l’assegnazione del Premio alla Carriera al prof. **Maurizio Tonato**. Primario della Divisione di Oncologia Medica a Perugia dal 1978 al 2004, il prof. Tonato si è dedicato nella sua vita professionale all’assistenza e alla ricerca clinica. È stato membro fondatore del GOIRC nel 1982 ed ha permesso che la ricerca clinica venisse sviluppata in oncologia sino a raggiungere, oggi,



modalità grazie alle quali è possibile curare al meglio i pazienti. È autore di oltre 300 pubblicazioni scientifiche su riviste internazionali “peer reviewed” ed è stato Presidente AIOM dal 1995 al 1997 e Presidente ESMO dal 1999 al 2001. Attualmente ricopre la carica di coordinatore della Rete Oncologia Regionale dell’Umbria. “Ricordo sempre quello che il Professore ci diceva in reparto – ha affermato il segretario **Stefania Gori**, nell’annunciare il premio -. Inserire un paziente in uno studio clinico significa anche curarlo meglio, con maggiori attenzioni. Ed i pazienti devono saperlo, perché in questo modo saranno più determinati e convinti a partecipare agli studi clinici. Queste frasi venivano pronunciate in anni in cui la ricerca clinica, in Italia, era effettuata soltanto in alcuni centri d’eccellenza e il suo valore era poco riconosciuto, sia da parte dei malati che della società civile. Il premio, giunto all’ottava edizione, vuole rappresentare il riconoscimento per il contributo offerto dal Prof. Tonato all’oncologia in Italia, per l’impegno professionale profuso durante la carriera nei confronti dei pazienti e per i progressi che ha permesso di conseguire nell’ambito della terapia antiemetica e dei tumori polmonari”. “Nel 1968 ero al Dipartimento



di Farmacologia di Houston – ha spiegato il Prof. Tonato -. Ma mi resi conto che quel tipo di studio era mero esercizio di stile. Ecco perché decisi di dedicarmi all’aspetto clinico della nostra professione. Voglio ringraziare mia moglie, che ha offerto un aiuto prezioso nel sostenere l’oncologia in Umbria e in Italia. Oggi la nostra società scientifica è cresciuta. Negli anni Ottanta andare all’ASCO. Ricordo il Corso AIOM di Perugia del 1981, con un programma innovativo per quei tempi. Infine un messaggio per i giovani: in questo tempo di lamentazione sistematica, devono confidare nella capacità di svolgere al meglio la propria professione”. A seguire il conferimento della carica di socio onorario AIOM a **Giuseppe Viale**, per l’attività svolta nell’identificazione del cancro del seno. “Da giovane avrei voluto fare l’oncologo, ma il destino mi ha portato in altre direzioni – ha affermato Viale -. Però mia figlia, Giulia, la prossima settimana, tenterà il concorso di ammissione alla scuola di specializzazione di oncologia medica”. Carmelo Iacono ha portato il saluto della Fondazione AIOM e il ringraziamento a Stefano Cascinu, per aver trovato il finanziamento per 30 borse di studio da 25mila euro, dedicate ad altrettanti giovani oncologi. Nei mesi scorsi sono stati presentati 85 progetti di ricerca e la Fondazione AIOM pubblicherà entro i prossimi 30 giorni i nomi dei vincitori sul sito: [www.fondazioneaiom.it](http://www.fondazioneaiom.it). La parola è passata poi a **Pierluigi Antonelli**, Senior Vice President & Managing Director di MSD Italia, azienda che ha finanziato tutte le borse di studio con una donazione

liberale di 750mila euro: “Ricerca e sviluppo sono per noi fondamentali, in cui investiamo 8 miliardi di dollari ogni anno – ha commentato Antonelli -. Il nostro team, a livello globale, conta circa 15mila ricercatori: il numero totale degli studiosi italiani. L’oncologia è il nostro settore chiave: nella Penisola abbiamo 90 protocolli attivi in 500 centri. Ma la crisi inizia a farsi sentire in modo pesante, anche perché i costi continuano ad aumentare. Se nel 1970 lo sviluppo di un farmaco costava circa 100 milioni di dollari, nel 2014 siamo saliti a 1,3-1,8 miliardi di dollari. E solo una molecola su 5 recupera completamente l’investimento realizzato. Ma siamo convinti che l’impresa debba fare la sua parte. Per questo abbiamo deciso di attivare queste borse di studio per 30 giovani oncologi”. **Carmine Pinto** ha presentato la vincitrice della Lettura “Marco Venturini” 2014: **Marina Garassino**, che ha illustrato la sua relazione dal titolo “EGFR e sua inibizione nel carcinoma del polmone: la storia di una ricerca spontanea italiana”. Ha concluso la cerimonia inaugurale la tavola rotonda: “Lo stato dell’oncologia in Italia: tra criticità presenti e speranze future”. È toccato a **Gianpiero Fasola** aprire il dibattito, ricordando due punti: “Dobbiamo innanzitutto ragionare sulle capacità di rappresentanza dei problemi esistenti. Facciamo fatica a farci ascoltare e a far passare i nostri messaggi. Stiamo ragionando sull’ipotesi di una ‘federazione’ tra AIOM – CIPOMO – COMU per aumentare il nostro peso. Ovviamente, si tratta di un’ipotesi ancora in fase di studio. L’altro aspetto riguarda

i farmaci. È positivo che ci siano così tanta enfasi e consapevolezza sul tema: chi deve decidere decida cosa l’Italia è in grado di sostenere ora. Questo toglierebbe un notevole carico di ansia: perché i farmaci ci sono ma spesso non sappiamo se possiamo utilizzarli”. **Elisabetta Iannelli** ha illustrato brevemente il legame tra le associazioni di pazienti e le società scientifiche: “Abbiamo sempre creduto nel valore della collaborazione. Credo che si possano raggiungere grandi obiettivi dalle sinergie che vogliamo mettere in campo, trovando insieme le criticità e soprattutto proponendo soluzioni”. Una serie di problematiche dal punto di vista dei giovani è stata presentata da **Nicla La Verde**, che ha coordinato una survey tra 311 specializzandi delle 28 scuole italiane. “Innanzitutto si è notato che il 22% di loro non ha obbligo di frequenza e 7 su 10 non hanno tempo di assistere alle lezioni – ha spiegato La Verde -. Il 65% ascolta argomenti già trattati gli anni precedenti e in un caso su due il tema delle cure palliative non viene toccato. In generale, abbiamo riscontrato poca soddisfazione nell’attività di didattica: è il punto da implementare maggiormente”. Ha risposto a stretto giro **Sabino De Placido**, che ha sottolineato l’enorme valore aggiunto delle scuole di specializzazione in Italia: “È vero che ci sono punti critici, ma da questa survey ho notato anche moltissimi aspetti positivi. L’80% dei giovani partecipa a gruppi multidisciplinari, il 70% sostiene presentazioni orali ai congressi. Inoltre, sono favorevole a diminuire il monte ore delle lezioni frontali: dobbiamo stare di più al letto del paziente”. Cascinu ha rapidamente concluso la tavola rotonda: “Il percorso formativo non può essere limitato solo ad apprendere la professione, ma deve riguardare moltissimi altri temi, come la comunicazione e le cure palliative. Servono sempre più alleanze tra Università, clinici e industria. Forse un giorno troveremo la tanto agognata target therapy perfetta, ma non dimentichiamo che il nostro lavoro è svolto sempre sulle persone”.

## PRIMO “PREMIO GIORNALISTICO” PER I GIOVANI ONCOLOGI

Durante la cerimonia inaugurale è stato consegnato per la prima volta il “premio giornalistico” a un giovane oncologo: l’obiettivo era raccontare, con un elaborato scritto, il valore dell’innovazione e la vita quotidiana in reparto da un punto di vista prettamente emozionale. La vincitrice è stata Melissa Frizziero, specializzanda dell’Università degli Studi di Verona, che ha proposto il racconto dal titolo “Storia di tre

donne”, che si apre così: “Sono dotata di due caratteristiche che poco si confanno all’aspirazione di diventare oncologo medico in questi anni. Nel periodo del predominio della burocrazia, della medicina di difesa, della sintassi alla britannica, delle “aziende” ospedaliere in cui i controlli annuali dei pazienti oncologici devono svolgersi in quindici minuti, della lesina dei fogli per scrivere o stampare, oltre che dei farmaci, a causa

dell’incombente “spending review”, del bando ai sentimentalismi. Emotività e prolissità. Il mio è un lavoro continuo ed attento di contenimento di questi due ricalcitranti aspetti della mia indole. La prima riesco a celarla ai più dietro l’aspetto fiero della “self-made woman”, autonoma, stile “guai-a-chi-si-avvicina”. L’altra invece mi sforzo di schiacciarla tra le righe, mai abbastanza concise, delle relazioni mediche e dei diari clinici”.



Ieri in Auditorium la Sessione Educazionale mammella ha aperto la prima giornata congressuale

## CARCINOMA MAMMARIO: DALLA PRATICA CLINICA AL RUOLO DEL SISTEMA IMMUNITARIO

Si è svolta ieri presso l'auditorium la sessione educativa "Tumore della mammella". Dopo l'aggiornamento delle linee guida AIOM, **Giuseppe Viale** ha parlato di "Sottotipi biologici: marcatori surrogati verso i profili molecolari reali" illustrando la problematica relativa alla classificazione dei tumori mammari che può oggi essere fatta su base istologiche, su base biologica oppure su base molecolare. L'ultima classificazione dei tumori della mammella su base molecolare distingue ben sei sottogruppi: Claudin-low, Basal-like, HER2-enriched, Normal Breast-like, Luminal A, Luminal B. E i surrogati che abbiamo oggi per tradurre nella pratica clinica questa classificazione molecolare sono soltanto HER2, Ki67, ER, PgR, insufficienti quindi per identificare i sei sottogruppi molecolari delineati dall'analisi di geni. La domanda quindi che ci dobbiamo porre è la seguente: abbiamo una classificazione utile nella pratica clinica? In base ai marker surrogati possiamo classificare i sottogruppi molecolari come riportato nella tabella, ma si pongono varie problematiche. Come distinguere il Luminal A rispetto al Luminal B: qual è la soglia del Ki67? E' importante il PgR 2? Quali sono i tumori triplo positivi? Esistono marcatori positivi per il sottotipo basal like? Esistono marcatori positivi per il sottotipo claudin low? In particolare il recettore per il progesterone sembra rivestire un ruolo prognostico e un valore del recettore del progesterone > 20% potrebbe aiutare a meglio caratterizzare i tumori luminali con un valore di Ki67 borderline. Le conclusioni del Prof. Viale sono che ad oggi si rende necessaria un'integrazione dei dati clinici, morfologici, immunoistochimici e mole-

### SURROGATE MARKERS

|                      | ER  | PgR     | HER2    | Ki67 | Other              |
|----------------------|-----|---------|---------|------|--------------------|
| <b>Luminal A</b>     | Pos | Pos     | Neg     | Low  | None               |
| <b>Luminal B</b>     | Pos | Pos/Neg | Neg/Pos | High | None               |
| <b>HER2-enriched</b> | Neg | Neg     | Pos     | Any  | None               |
| <b>Basal-like</b>    | Neg | Neg     | Neg     | Any  | Basal CK?<br>EGFR? |
| <b>Claudin-low</b>   | Neg | Neg     | Neg     | ?    | ?                  |

colari in un'unica classificazione con un definito valore prognostico/predittivo. La seconda relazione presentata da **Filippo Montemurro** aveva come oggetto "La chemioterapia del carcinoma della mammella metastatico HER2-negativo". La chemioterapia dovrebbe sempre essere offerta ai tumori triplo negativi mentre nei tumori luminali la chemioterapia dovrebbe essere somministrata nel momento in cui si sviluppa ormonoresistenza o si rende necessario l'ottenimento di una rapida risposta come in presenza di malattia viscerale sintomatica. Per quanto riguarda il tipo di chemioterapico da utilizzare non vi sono dati che ne supportano la scelta sulla base del sottotipo (luminal vs TNBC). La monochemioterapia dovrebbe essere preferita alla polichemioterapia a meno che l'obiettivo del trattamento non sia l'ottenimento di una rapida risposta. Gli studi che attestavano l'efficacia della polichemioterapia non tenevano conto della strategia sequenziale e dell'effetto dei trattamenti post progressione ed il vantaggio veniva ottenuto a dispetto di una maggiore tossicità e di un impatto negativo sulla qualità di vita delle nostre pazienti. Altro tema affrontato è stato quello del ruolo della

terapia di mantenimento attraverso i dati dello studio IMELDA, recentemente pubblicato, che ha mostrato un beneficio sia in termini di progression free survival e overall survival per la terapia di mantenimento con bevacizumab e capecitabina in pazienti con carcinoma mammario avanzato Her2 negativo in assenza di progressione dopo una terapia di I linea con bevacizumab e docetaxel. Nelle sue conclusioni il relatore sottolinea il fatto che la scelta della terapia sistemica non può essere univoca ed effettuata solo sulla base delle evidenze disponibili ma deve essere presa tenendo conto delle caratteristiche cliniche e biologiche della malattia modulandole di volta in volta sulla base delle caratteristiche, delle preferenze e dello stato della paziente e della tossicità dei trattamenti. La relazione di **Sabino De Placido** ha invece affrontato vari quesiti aperti relativamente alla "Terapia ormonale adiuvante della paziente in premenopausa". Per quanto riguarda il tipo di terapia ormonale è stato confermato il beneficio del Tamoxifene che si mantiene pressoché in tutti i sottogruppi e indipendentemente dall'età. Più discusso invece è il ruolo dell'LHRH analogo in associazione a Tamoxifene. Nonostante ad oggi

non ci siano studi che abbiano testato la superiorità dell'LHRH-analogo in aggiunta al Tamoxifene rispetto al solo Tamoxifene, tale terapia di combinazione dovrebbe sempre essere presa in considerazione nell'ambito della terapia ormonale adiuvante delle pazienti in premenopausa. Nelle pazienti con diagnosi di carcinoma ER+/PgR+ ancora in premenopausa o perimenopausa dopo 5 anni di terapia ormonale adiuvante con Tamoxifene può essere valutata la prosecuzione di Tamoxifene per ulteriori 5 anni sulla base dei risultati degli studi ATLAS e ATTOM dopo però attenta valutazione del rapporto rischio beneficio. Infine la pubblicazione dell'analisi congiunta degli studi SOFT e TEXT ha creato i presupposti, in attesa dei dati definitivi, affinché la combinazione di LHRHa ed inibitore dell'aromatasi in premenopausa possa essere considerata una nuova opzione terapeutica. L'ultima relazione di **Giampaolo Bianchini** ha invece affrontato l'interessante argomento dal titolo "Sistema immune e carcinoma mammario: razionale per l'immunoterapia". E' ormai dimostrata l'immunogenicità del carcinoma mammario e a prova di ciò un engament ottimale del sistema immunitario è risultato associato ad un minor rischio di ricaduta in tumori non trattati (indipendentemente dal sottotipo), una maggiore probabilità di raggiungimento di una risposta completa patologica dopo chemioterapia, un più alto tasso di risposte complete patologiche e di beneficio clinico derivante dagli anticorpi monoclonali anti HER2. Ciò rappresenta un solido razionale per andare a testare l'immunoterapia in combinazione con la chemioterapia e gli anticorpi monoclonali anti HER2.

segue da p.1

## IL "PREMIO PACE" AI GIORNALISTI MARTINELLA E MANDUCA

Ultimo atto della cerimonia inaugurale l'assegnazione della tredicesima edizione del premio giornalistico "Giovanni Maria Pace", intitolato al fondatore dell'informazione medico-scientifica in Italia, scomparso a causa di un tumore nel luglio 2012. La giuria, presieduta dal direttore di Repubblica Ezio Mauro, ha scelto quest'anno Vera Martinella, giornalista di "Sportello Cancro" (realizzato in collaborazione con la Fondazione Veronesi) e **Annalisa Manduca**, conduttrice del programma radiofonico "Life - Obiettivo Benessere" in onda su Rai Radio1. "**Vera Martinella** - si legge nelle motivazioni - ha portato nel mondo giornalistico italiano, in particolare nel settore della salute, entusiasmo, curiosità e

desiderio di apprendere e di trasmettere gli aspetti e la missione della medicina e della scienza, nel rispetto e nella massima attenzione per malati e cittadini. Un'attenzione particolarmente dovuta in campo oncologico. Il premio è dunque assegnato per la passione e la competenza con cui Vera Martinella affronta il lavoro giornalistico in campo medico-scientifico, nel quale la necessità della divulgazione chiara e corretta non deve mai far venir meno la ricerca della notizia, il confronto delle opinioni, l'inchiesta". Per Annalisa Manduca l'impegno nella divulgazione medico-scientifica spazia dalle ultime novità della più avanzata ricerca internazionale alle notizie di cronaca sanitaria nazionale e regionale. "Una figura a tutto tondo

di professionista della comunicazione e dell'informazione - si legge nelle motivazioni -. La conduzione dei suoi programmi radio-televisivi è saldamente legata a una convinzione: che una buona sanità sia possibile anche

rinnovando ogni giorno dalle colonne di un quotidiano, dagli schermi televisivi o dal microfono di una radio l'indispensabile rapporto di fiducia che lega il cittadino all'informazione. Un rapporto che ogni giorno Annalisa Manduca cura nei minimi dettagli perché informazione e sanità siano ambiti della vita civile strettamente correlati, capaci di convivere in maniera armonica, nell'esclusivo interesse del cittadino".



Annalisa Manduca



Vera Martinella

# Presentata oggi la quarta edizione del volume "Numeri del cancro", in collaborazione con AIRTUM

## "TUMORI, LA MORTALITÀ CONTINUA A DIMINUIRE: DAL 1996 MENO 18% NEGLI UOMINI"

**Nel 2014, stimate 365.500 nuove diagnosi, la più frequente al colon-retto. Il fumo di sigaretta sempre più killer femminile**

Le morti per cancro sono in netto calo. In circa vent'anni (1996-2014) sono diminuite del 18% fra gli uomini e del 10% fra le donne. Il numero di nuovi casi invece è sostanzialmente stabile rispetto al 2013. Saranno infatti 365.500 nel 2014 (erano 366mila lo scorso anno, 364mila nel 2012 e 360mila nel 2011): 196.100 (54%) negli uomini e 169.400 (46%) nelle donne. Ma in alcuni casi si registra un trend inverso. Basti pensare che il cancro del polmone femminile, nelle aree coperte da registri tumore, in 18 anni ha registrato un incremento pari al 61%. Complessivamente, il cancro del colon-retto è il più frequente con quasi 52.000 diagnosi stimate nel 2014, seguito da quello della mammella (48.000), del polmone (40.000), della prostata (36.000) e della vescica (26.000). È il censimento ufficiale, giunto alla quarta edizione, grazie al lavoro dell'AIOM e dell'AIRTUM, raccolto nel volume "I numeri del cancro in Italia 2014", presentato oggi. "Il libro - afferma **Stefano Cascinu** - rappresenta uno strumento fondamentale d'aggiornamento sullo stato dell'oncologia nel nostro Paese, rivolto ai cittadini, ai rappresentanti delle Istituzioni e ai clinici. La mortalità, in costante riduzione, dimostra che il nostro

sistema sanitario è efficace. In questa edizione, abbiamo aggiunto un approfondimento sulla relazione tra fumo di tabacco e cancro a cinquant'anni dalla pubblicazione del primo report scientifico su questo legame, dati a livello delle singole Regioni e un rinnovato confronto fra la situazione italiana e Paesi simili al nostro per stile di vita e qualità dell'assistenza (Stati Uniti, Paesi Scandinavi, Francia e Australia). Oggi nella Penisola 2 milioni e 900mila persone vivono con una precedente diagnosi di tumore. E nel 2020 saranno 4 milioni e 500mila". I decessi nel 2011 (Istat, ultimo anno disponibile) sono stati 167.303: il cancro del polmone si conferma al primo



posto per mortalità (33.706), seguito da colon-retto (19.077), seno (11.959), stomaco (9.957) e prostata (7.520). "Il big killer fra gli uomini - spiega **Emanuele Crocetti**, segretario AIRTUM - è quello al polmone (27%), al seno (17%) fra le donne. In questa edizione inoltre abbiamo inserito un capitolo sui secondi tumori nei pazienti con cancro". La pubblicazione è realizzata con il contributo di tutte le oncologie italiane e della Rete di Registri tumori italiani riuniti nell'AIRTUM, che comprende 40 Registri generali, 5 specializzati e condivide un archivio centralizzato. Nel complesso oltre 30 milioni di italiani vivono in aree dove è presente un Registro tumori.

"Questi dati sono fondamentali anche per impostare campagne di prevenzione - continua **Carmine Pinto** -. Siamo impegnati da anni in progetti di sensibilizzazione, indirizzati a tutti i cittadini, in particolare ai più giovani. L'AIOM anche quest'anno, con la quinta edizione del progetto 'Non fare autogol', entra nelle scuole superiori a insegnare le regole della prevenzione oncologica ai ragazzi con i campioni della serie A. Quasi il 30% degli italiani è fumatore abituale, incluso un laureato su cinque. Questo significa che i cambiamenti negli stili di vita sono ancora indipendenti dalla consapevolezza dei danni causati dalle sigarette, anche tra le classi più istruite della popolazione. È pertanto necessario più impegno". "La sopravvivenza a 5 anni - conclude **Stefania Gori** - è aumentata notevolmente rispetto a quella dei casi diagnosticati nei quinquenni precedenti, sia per gli uomini (57% nel 2004-2007 contro il 39% del 1990-1992) che per le donne (rispettivamente 63% vs 53%). Su questo risultato positivo complessivo ha influito il miglioramento della sopravvivenza in alcune delle neoplasie più frequenti: colon-retto (64% per gli uomini e 63% per le donne), seno (87%) e prostata (91%)".

**Primi cinque tumori più frequentemente diagnosticati e proporzione sul totale dei tumori (esclusi i carcinomi della cute) per sesso. Pool Airtum 2007-2010.**

|       | ♂                 | ♀                 |                      |
|-------|-------------------|-------------------|----------------------|
| Rango | Maschi            | Femmine           | Tutta la popolazione |
| 1°    | Prostata (20%)    | Mammella (29%)    | Colon-retto (14%)    |
| 2°    | Polmone (15%)     | Colon-retto (13%) | Mammella (13%)       |
| 3°    | Colon-retto (14%) | Polmone (6%)      | Prostata (11%)       |
| 4°    | Vescica* (10%)    | Tiroide (5%)      | Polmone (11%)        |
| 5°    | Stomaco (5%)      | Utero corpo (5%)  | Vescica (7%)         |

**Prime cinque cause di morte tumorali più frequenti e proporzione sul totale dei decessi oncologici per sesso. Pool Airtum 2007-2010.**

|       | ♂                 | ♀                 |                      |
|-------|-------------------|-------------------|----------------------|
| Rango | Maschi            | Femmine           | Tutta la popolazione |
| 1°    | Polmone (27%)     | Mammella (17%)    | Polmone (20%)        |
| 2°    | Colon-retto (10%) | Colon-retto (12%) | Colon-retto (11%)    |
| 3°    | Prostata (8%)     | Polmone (11%)     | Mammella (7%)        |
| 4°    | Fegato (7%)       | Pancreas (7%)     | Stomaco (6%)         |
| 5°    | Stomaco (7%)      | Stomaco (6%)      | Pancreas (6%)        |

### PUBBLIREDAZIONALE

## FOLLOW-UP, VERSO UN NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO

Novartis Oncology ha sposato con grande entusiasmo il progetto "Follow-up del paziente oncologico" e ha deciso di sostenerlo con un grant incondizionato perché fornisce una risposta a un preciso bisogno della sanità. AIOM e SIMG (Società Italiana di Medicina Generale) si sono unite per mettere a punto un progetto finalizzato a ottimizzare la gestione del monitoraggio a lungo termine del malato con patologia tumorale. Infatti, grazie ai progressi della terapia e a una diagnosi sempre più precoce, sempre più pazienti affrontano positivamente la diagnosi di tumore: superano con successo i primi anni dopo la diagnosi e non è infrequente che siano destinati ad avere una sopravvivenza simile a quella della popolazione generale. Naturalmente questo è molto variabile in funzione della patologia tumorale e del tipo specifico di tumore. Ma con il passare degli anni dalla diagnosi, non sempre lo specialista è indispensabile. Tuttavia è importante che tutti i pazienti - anche quelli con la prognosi migliore - siano sempre monitorati anche in termini di prevenzione, per evitare il

rischio di una recidiva. La strategia di follow-up non può basarsi solo sull'oncologo e sul centro di riferimento: perché da una parte impegna eccessivamente l'oncologo, a discapito di chi ha la malattia in fase clinica e perché, dall'altra, significa spostamenti e altri disagi per il paziente. Inoltre avere l'oncologo come unico referente anche per pazienti a distanza di molti anni dalla diagnosi e senza manifestazioni della malattia, comporta costi non indifferenti per il sistema, costi che potrebbero essere allocati in modo più efficiente sul fronte della cura del paziente che ha ancora la malattia. Nello spirito di trovare una strategia ottimale per rispondere ai bisogni del paziente - principio che anima tutte le attività di Novartis Oncology - AIOM e SIMG lavorano insieme per individuare un ruolo anche al medico di medicina generale, figura sicuramente più prossima e più familiare per il paziente. È importante notare che il medico di medicina generale non si sostituisce all'oncologo, ma al contrario si affianca a esso, ed entrambi si supportano a vicenda, focalizzandosi sul comune

obiettivo del benessere del paziente. Per non calare semplicemente l'iniziativa "dall'alto", ma per comprendere innanzitutto la situazione attuale e le attese degli attori coinvolti, sono stati condotti dei sondaggi sugli oncologi e sui medici di medicina generale. Inoltre, grazie al coinvolgimento di AIMaC (Associazione Italiana Malati di Cancro), è stato possibile interpellare con una ricerca ad hoc anche i pazienti, proprio per comprendere qual è il loro percepito, quali sono le loro esigenze, e i loro bisogni. Novartis Oncology da sempre incentra le sue attività sui benefici per il paziente, non solo con nuove terapie sempre più efficaci, in grado di assicurare una maggior qualità di vita, ma anche con iniziative educative incentrate sulla formazione e sull'informazione. Infatti, anche l'educazione del paziente con tumore - realizzata sempre in partnership con la comunità dei medici oncologi italiani - rappresenta una parte non secondaria della cura. Un paziente consapevole e informato è anche un paziente più attento, che si cura meglio.

## "AL VIA LA CAMPAGNA PER COMUNICARE IL VALORE DELL'INNOVAZIONE"

L'AIOM, insieme all'Associazione Italiana Malati di Cancro, ha lanciato la prima campagna di comunicazione mai realizzata sul valore dell'innovazione in oncologia. L'obiettivo è sensibilizzare la popolazione sull'importanza della ricerca medica che, soprattutto nel campo della lotta ai tumori, ha contribuito negli ultimi anni a ridurre in maniera sensibile la mortalità. Nell'ambito della campagna, resa possibile da un educational grant di Roche, sono stati finora realizzati due video informativi, diffusi online: nel primo la Giunta AIOM ha spiegato i principali progressi nelle terapie oncologiche in diverse sedi tumorali. Nel secondo è stata intervistata Elisabetta Iannelli, Segretario nazionale AIMaC. I video verranno trasmessi nelle scuole e nelle aule universitarie: agli studenti verrà chiesto anche di realizzare degli elaborati scritti, per raccontare dal loro punto di vista cosa significa oggi far ricerca e cosa vuol dire la parola "innovazione". Un compito simile a quello assegnato ai giovani oncologi dell'AIOM, che hanno risposto con grande entusiasmo al primo "premio giornalistico" a loro dedicato: i partecipanti hanno raccontato, da un punto di vista molto emozionale, la quotidianità in reparto e le loro sensazioni più profonde di fronte alle storie dei pazienti. La vincitrice, Melissa Frizziero (specializzanda dell'Università degli Studi di Verona) è stata premiata ieri, durante la Cerimonia inaugurale del Congresso.



Ogni membro dell'equipe di cura contribuisce a garantire sostenibilità e sicurezza terapie

## GLI INFERMIERI: "USIAMO LE NUOVE TECNOLOGIE E DEFINIAMO PERCORSI DI QUALITÀ"

**Queste figure professionali sono impegnate nella definizione dei requisiti di accreditamento delle strutture e dei processi assistenziali**

L'infermiere è il professionista sanitario che si prende cura della persona ammalata. Questa è una delle più classiche definizioni della nostra professione. Eppure non descrive che una parte di quello che, nel nostro sistema sanitario, è attualmente un infermiere. Lo abbiamo voluto sottolineare come filo conduttore del Convegno infermieri che si apre oggi, sin dal titolo, "L'infermiere di oncologia: un professionista, mille sfide". I tempi che viviamo sono di grandi cambiamenti e di grandi innovazioni. E l'infermiere è protagonista, in quanto ha ormai abbandonato vecchi schemi e si è proiettato, con competenza e creatività, verso un futuro di cui sa di essere responsabile fin da subito perché è adesso il momento di decisioni e di azioni che lo determineranno.

In un momento storico nel quale dominano le incertezze sul piano economico e finanziario, l'infermiere è una risorsa irrinunciabile, anche dal punto di vista di scelte difficili ma necessarie che impattano sui bisogni dei nostri pazienti. Per questo abbiamo voluto che il congresso rivolgesse lo sguardo oltre la parte puramente assistenziale della nostra professione e si occupasse anche di aspetti quasi sconosciuti del nursing oncologico; lo abbiamo strutturato seguendo i suggerimenti che ci sono venuti dai soci e che sono stati oggetti di un'ampia valutazione all'interno del WGN.

Abbiamo voluto cominciare col guardare, una volta tanto, anche a noi stessi e a cosa hanno significato per la nostra professione tutte le manovre per il contenimento della spesa pubblica che troppo spesso si sono tradotte in tagli al personale e di conseguenza in difficoltà organizzative e diminuzione del benessere lavorativo; e se il nostro SSN risulta ancora essere il terzo al mondo per qualità delle cure prestate è anche grazie al sacrificio di tanti colleghi che non si tirano mai indietro. E quando parliamo di qualità dell'assistenza diventa conseguenziale discutere di sicurezza e rischio clinico. Gli infermie-



ri AIOM nel corso degli anni si sono impegnati nella diffusione delle conoscenze su queste tematiche, sia in rapporto agli operatori che ai pazienti. A fronte delle responsabilità professionali vogliamo costruire delle opportunità di aggiornamento e chiamare i colleghi e le Istituzioni ad approfondire sempre più questi argomenti anche per le implicazioni legislative e di responsabilità correlate.

Agli infermieri che operano in oncologia viene chiesto di essere attivamente impegnati nel riconoscimento dei requisiti di accreditamento delle strutture e dei processi assistenziali. L'infermiere è protagonista nell'implementazione di percorsi di qualità, attraverso i principi di attenzione all'utente, delle sue capacità di pianificazione e di monitoraggio delle attività; per questo motivo è presente un'intera sessione dedicata all'argomento accreditamenti.

E non potevamo tralasciare la sfida che ci viene dall'implementazione di nuove tecnologie che si mettono al servizio dell'oncologia; la gestione informatizzata dei processi sanitari, attraverso siste-

mi integrati tra cartella clinica elettronica, terapie in dose unitaria, braccialetti barcode, armadi farmaceutici informatizzati e allestimento automatizzato delle chemioterapie consente di raggiungere altissimi livelli di qualità e sicurezza, portando a concreti vantaggi sia in termini di efficienza che di efficacia, limitando gli sprechi e gli errori.

L'innovazione però cammina sulle gambe della ricerca: la ricerca infermieristica riveste sempre maggiore importanza e rilevanza nell'ambito dell'assistenza sanitaria. L'impegno dell'infermiere nell'assistenza al paziente oncologico deve essere messo in luce attraverso evidenze scientifiche riscontrabili tramite studi e progetti svolti sia nelle differenti realtà locali che a livello nazionale e internazionale. Nell'ottica della crescita e della valorizzazione della nostra figura professionale diventa necessario disporre di dati. Vogliamo lanciare, innanzitutto a noi stessi, la sfida per sviluppare studi indipendenti, volti a migliorare la normale pratica clinica con l'ottenimento di una maggiore appropriatezza, an-

che per una riallocazione delle risorse. Siamo convinti che solo così potremmo dare la spinta decisiva alle Istituzioni e agli organismi di governo per affrontare in maniera costruttiva e adeguata la ormai annosa questione degli Ordini professionali e dell'ampliamento delle competenze infermieristiche: questo in AIOM è stato percepito da anni, perché ognuno dei membri delle équipes di cura, ciascuno con il proprio specifico professionale, possa contribuire a garantire sostenibilità e sicurezza delle cure oncologiche.

**Giovanni Micallo**  
Coordinatore Working Group Infermieri

### I PRINCIPALI APPUNTAMENTI DI OGGI

**Sala Baglioni / 8.00 - 8.55**  
**Incontro con l'esperto**  
*Nuove tossicità in oncologia*

**Sala De Gregori / 8.00 - 8.55**  
**Incontro con l'esperto**  
*Mesotelioma*

**Sala Venditti / 10.00 - 10.55**  
**Sessione speciale**  
*Farmacogenetica*

**Sala De Gregori / 10.00 - 11.30**  
**Sessione educativa**  
*AIOM incontra SIN*

**Sala De Gregori / 11.40 - 12.45**  
**Sessione educativa**  
*Melanoma*

**Sala Baglioni / 12.00 - 12.55**  
**Sessione speciale**  
*AIOM incontra SIE*

**Sala Venditti / 15.00 - 15.55**  
**Sessione speciale**  
*AIOM ESMO - L'oncologo medico europeo: formazione, professione,...*

**Auditorium / 17.00 - 17.30**  
**Assemblea dei soci AIOM**

**Auditorium / 17.30 - 19.30**  
**Sessione plenaria**  
*Premi miglior comunicazione orale e n.2 poster*

## LA GESTIONE DEI FARMACI: CRITERI E TEMPI DI REGISTRAZIONE

La problematica correlata all'innovazione, all'accesso ai nuovi farmaci e alla sostenibilità rappresenta una delle maggiori sfide per il Servizio Sanitario Nazionale e per l'oncologia medica. Vanno considerati i reali vantaggi di un farmaco innovativo, la comparazione con le terapie ordinarie e la patologia di riferimento. L'organismo registrativo europeo, EMA, considera solo il parametro efficacia-tossicità di un farmaco, ma non il costo, che viene lasciato agli organismi nazionali (in Italia, AIFA) a cui si aggiungono le raccomandazioni regionali (aree vaste ecc). Il punto è definire quale sia il valore costo accettabile nella sanità pubblica, e, a questo proposito, Carmine Pinto, presidente eletto AIOM, ha presentato ieri, nella sessione speciale sulla "Gestione dei farmaci in oncologia", una relazione su tre fasce che considerano il vantaggio relativo del farmaco per singolo setting di patologia. Va inoltre considerata la necessità che gli studi considerino fattori selettivi, clinici e/o molecolari, come avviene per il RAS wild type nel carcinoma del colon retto metastatico o gli inibitori delle tirosinchesinasi nel carcinoma del polmone. In questi gruppi così selezionati di pazienti si evidenzia la rilevanza clinica e non solo statistica del farmaco. Si è discusso poi sui tempi di registrazione e

sui tempi di accesso ai farmaci oncologici. Questi ultimi sono legati alla somma di diversi intervalli di tempi: di registrazione da parte dell'EMA, poi da parte dell'AIFA, a cui possono seguire eventuali modifiche regionali con l'introduzione nei PTR. Per alcuni farmaci, questo intervallo totale ha raggiunto anche 40 mesi. Negli anni scorsi, con il documento della conferenza Stato-Regioni del 2010, per i farmaci giudicati innovativi, era stata prevista l'introduzione diretta, senza passaggio nei PTR regionali. L'obiettivo previsto però non è stato raggiunto: ad esempio, un farmaco pur considerato da AIFA innovativo, come ipilimumab, per il quale era stata chiesta l'approvazione nel 2010, è stato approvato



in Gazzetta Ufficiale nel 2013. L'introduzione della classe CNN (C non negoziata), che rappresentava un escamotage rispetto alle richieste EMA di ridurre i tempi di approvazione dei farmaci, è stata solo uno strumento di incremento di disegualianza, non solo tra pazienti di Regioni diversi, ma anche tra malati di aziende sanitarie all'interno della stessa Regione. È intervenuta nella sessione la senatrice Emilia Grazia De Biasi, Presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato, ribadendo l'impegno delle Istituzioni. Ma quali sono le soluzioni? "La sostenibilità in sanità - ha spiegato Pinto - non è legata solo ai farmaci, ma è un processo che richiede profonda riorganizzazione, con percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali all'interno delle reti oncologiche, in grado di garantire sostanziali risparmi. Non è pensabile che, nelle nuove registrazioni per i farmaci, si prevedano centri per la prescrizione e non percorsi per la gestione della patologia, a cui queste terapie fanno riferimento. Inoltre, per quanto riguarda i registri Onco AIFA, oltre allo sforzo richiesto a medici e farmacisti, è necessario che sia previsto un termine, non superiore a 36 mesi, e, sulla base dei dati di ritorno, venga rivalutata il costo del farmaco".

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, Alessandro Andriolo, Fabrizio Fiorelli