



I punti principali del Presidential Address in programma oggi alle 17 in Auditorium

“I NOSTRI OBIETTIVI: ASSISTENZA, FORMAZIONE, PREVENZIONE E RICERCA”

Stefano Cascinu: “Siamo una società scientifica moderna. Sappiamo dialogare con le Istituzioni”

Più di 3000 oncologi riuniti da oggi nella tre giorni del congresso nazionale AIOM a Roma. Con un programma ricco di spunti e riflessioni, strutturato nell'ottica di un approccio globale al cancro e di una visione moderna dell'oncologo medico, che oggi è coinvolto non solo sul fronte della terapia, ma anche su problematiche di rilievo come la prevenzione, la diagnosi, il follow-up, la riabilitazione, le cure palliative e la gestione delle risorse. Assistenza, formazione, ricerca e nuovi ruoli di una società scientifica moderna sono i quattro punti del Presidential Address che il Presidente Stefano Cascinu terrà oggi alle 17 in Auditorium, con un titolo emblematico “L'oncologia medica italiana tra criticità presenti e speranze future”. “Dopo il congresso dello scorso anno dedicato al 40° anniversario della fondazione di AIOM – spiega Stefano Cascinu –, a Roma vogliamo focalizzarci sugli obiettivi che il Consiglio Direttivo si è posto. Il nostro peso istituzionale è aumentato, siamo in grado di produrre strumenti e documenti che possono essere utilizzati per un'efficace interlocuzione sia sui tavoli nazionali (in particolare con il Ministero della Salute e con l'AIFA) che su quelli regionali, dove sempre più si gioca la partita della sanità. Abbiamo fatto la nostra parte e continuiamo a farla, fornendo una serie di strumenti epidemiologici (I numeri del cancro in Italia 2014), organizzativi (Il Libro Bianco dell'oncologia) e di appropriatezza (Linee guida), indispensabili per impostare azioni di politica sanitaria. Senza dimenticare il Rapporto sulla condizione assistenziale delle persone colpite da tumore, a cui ogni anno offriamo il nostro contributo”. Non vanno sottovalutati gli aspetti organizzativi, che rientrano nell'ambito dell'assistenza. I recenti risultati del “Programma nazionale esiti” (Pne), sviluppato dall'AGENAS per conto del Ministero della Salute, indicano che solo il 20% delle strutture rispetta gli standard minimi di volume. “Questi dati non ci stupiscono – continua il prof. Cascinu –. Sappiamo da tempo che uno dei problemi oncologici è legato allo scarso numero di interventi chirurgici in alcuni centri. Preoccupa che questi risultati si riferiscano a tumori molto frequenti come quelli del seno, del colon, del polmone e dello stomaco. Questo vale per la chirurgia, ma non è trasferibile alle terapie mediche, che non possono essere centralizzate. Altrimenti i pazienti sarebbero costretti a spostarsi frequentemente per lunghe distanze. La soluzione è rappresentata dalle reti oncologiche. In questo modo gli ospedali possono ‘parlare fra loro’ permettendo la circolazione delle esperienze e un risparmio di risorse. Finora però ha visto la luce solo il 5% dei progetti iniziali per la costruzione di questi network. La responsabilità deve essere ricondotta alle scelte delle Istituzioni, a livello nazionale e regionale”. “Vogliamo procedere ad una revisione critica delle strutture esistenti sul territorio nazionale – continua il Presidente AIOM –. Solo così potremo risparmiare e garantire alti standard qualitativi. Il problema della realizzazione di questi network è stato affrontato nel precedente piano oncologico, ma è rimasto lettera morta. Le reti sono fondamentali ed è necessario definire regole uniformi che possano essere seguite da tutte le Regioni, cui spetta l'organizzazione sanitaria, al fine di dotarsi di network omogenei sul territorio nazionale. Nell'organizzazione rientrano anche gli aspetti sociali della nostra professione”. Il progetto sulla condizione femminile e lavorativa in oncologia ha assunto lo status di working group. Opportunità e merito sono elementi che caratterizzano da sempre l'AIOM e che hanno contribuito ad aprire la strada a un più

ampio coinvolgimento femminile al vertice della società scientifica. Dal questionario sulle problematiche sociali in oncologia (400 risposte), sono emerse proposte concrete, in particolare per promuovere interventi in favore della flessibilità dell'orario di lavoro, della sostituzione in caso di maternità e di nuove forme contrattuali per ridurre il precariato. Il secondo punto cardine del programma del Direttivo AIOM è costituito dalla formazione. “Vogliamo fare in modo che i nostri specialisti siano fortemente motivati a perseguire quotidianamente gli obiettivi di crescita nell'offerta formativa che sono propri dell'AIOM – sottolinea il presidente Cascinu –. Per questo abbiamo promosso un'indagine conoscitiva in collaborazione con COMU, che viene presentata oggi, sullo stato delle scuole di specializzazione, per definire il grado di soddisfazione dei discenti, e sulle borse di studio”. Nella formazione rientra il progetto sulla comunicazione in oncologia. È stato realizzato un opuscolo, da distribuire in tutte le strutture. Si tratta di una pubblicazione ricca di nozioni utili per imparare a diventare buoni comunicatori, un ambito che richiede una particolare e specifica attenzione. Saper parlare con i pazienti e con media è importante. Infatti può aumentare la soddisfazione e la compliance dei malati: un obiettivo fondamentale nella lotta globale ai tumori. “Il terzo caposaldo è costituito dalla ricerca che deve essere sempre più spontanea e accademica – spiega Cascinu –. Abbiamo promosso il documento sull'accREDITAMENTO dei centri, che include strutture, personale e attività”. Infine i nuovi ruoli di una società scientifica moderna, che spaziano dalla valorizzazione dei giovani oncologi, ai



rapporti con ESMO e le associazioni dei pazienti, ai progetti di prevenzione rivolti ai cittadini, fino alla collaborazione con altre Società scientifiche, con l'Industria e con gli altri Paesi”. ESMO ha pubblicato su Annals of Oncology un position paper sul curriculum e sul significato della professione oncologica. E AIOM è una delle poche Società scientifiche nazionali ad aver preso parte alla sua elaborazione. È sempre più forte la collaborazione con le associazioni dei pazienti, in particolare con AIMaC e con la European Cancer Patient Coalition, presieduta dal prof. Francesco De Lorenzo, che si concretizza anche nella Fondazione “Insieme contro il cancro”. Ma sempre di più AIOM deve occuparsi di prevenzione primaria e di sensibilizzazione dei cittadini sugli stili di vita. “Lo scorso settembre a Torino, in collaborazione con ‘Insieme contro il cancro’, AIOM ha organizzato ‘Contro?

No grazie’, il primo Festival al mondo della prevenzione e dell'innovazione in oncologia – conclude Cascinu –. Tre giorni di incontri nelle vie del centro, nelle scuole, con gli anziani, nello stadio, meeting scientifici e altri eventi per portare ai cittadini un messaggio fondamentale: contro i tumori si deve giocare d'anticipo. Anche quest'anno, con la quinta edizione di ‘Non fare autogol’, entriamo nelle scuole superiori con i calciatori della serie A per insegnare agli studenti le regole per seguire stili di vita corretti e promuoviamo una campagna sui pericoli anche del fumo passivo. Nel 2014 abbiamo promosso ‘PanCrea: creiamo informazione’, la prima campagna di sensibilizzazione sul tumore del pancreas con un tour in sette Regioni. E stiamo promuovendo anche una grande campagna sul valore dell'innovazione in oncologia”.

Il messaggio del Ministro della Salute al Presidente del XVI Congresso nazionale AIOM

LORENZIN: “SIAMO PRONTI A GARANTIRE LE CURE INNOVATIVE”

“La lotta al cancro è una priorità del Servizio Sanitario”

Gentile Presidente,

desidero ringraziare per il graditissimo invito a prendere parte alla Cerimonia inaugurale del XVI Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica, che si terrà il prossimo 24 ottobre a Roma.

Avrei gradito sinceramente essere con Voi e prendere parte attivamente alla discussione; purtroppo imprevisti e inderogabili impegni non rendono possibile la mia partecipazione.

La lotta al cancro resta una delle priorità del Servizio Sanitario Nazionale per l'elevata incidenza della malattia e per il suo pesante impatto sociale ed economico.

Certo, in questo ambito, sono stati compiuti grandi passi in avanti e il concetto di “cancro” come “male incurabile” appartiene al passato. Grazie al progresso della scienza, il cancro sta diventando sempre più una malattia cronica. Tuttavia, nonostante gli straordinari successi della prevenzione, della ricerca, dell'oncologia medica con trattamenti sempre più mirati ed altamente specializzati, la patologia resta, comunque, anche a causa dell'effetto dell'invecchiamento, una delle prime cause di morte della popolazione. Per questa ragione

dobbiamo potenziare i nostri sforzi e con essi la capacità di coordinare e sostenere l'attività di prevenzione, di ricerca e di assistenza. L'obiettivo è collegare in rete i diversi sistemi assistenziali, garantendo un'offerta adeguata sul territorio e realizzando la presa in carico globale della persona nei suoi bisogni sanitari, sociali e relazionali.

Ma perché ciò sia possibile occorre promuovere l'integrazione dei vari attori istituzionali e non istituzionali e, soprattutto, diventa fondamentale coinvolgere associazioni come la Vostra: solo in questo modo l'obiettivo di realizzare la continuità assistenziale e di assicurare alla persona malata e alla sua famiglia una migliore qualità della vita potrà diventare una realtà sempre più raggiungibile.

Dobbiamo, inoltre, essere pronti a garantire cure sempre più innovative che la ricerca ci mette a disposizione. I dati, le cifre, le scoperte, ci dicono che la lotta contro questa malattia, in parte già sconfitta, può segnare quotidianamente punti a favore di chi la combatte. Ogni anno raggiungiamo nuovi risultati che ci danno coraggio, forza e, soprattutto, speranza. Per questo dobbiamo lottare per continuare a tenere alto l'attuale livello del Sistema sanitario italiano, conside-

rato uno dei migliori del mondo, e ancor di più dobbiamo rafforzare la nostra collaborazione affinché vengano superate le divaricazioni assistenziali che, purtroppo, tutt'oggi esistono in ambiti territoriali diversi.

Nella piena certezza che questa giornata rappresenterà un importante momento di riflessione e confronto, auguro a tutti buon lavoro.

Beatrice Lorenzin

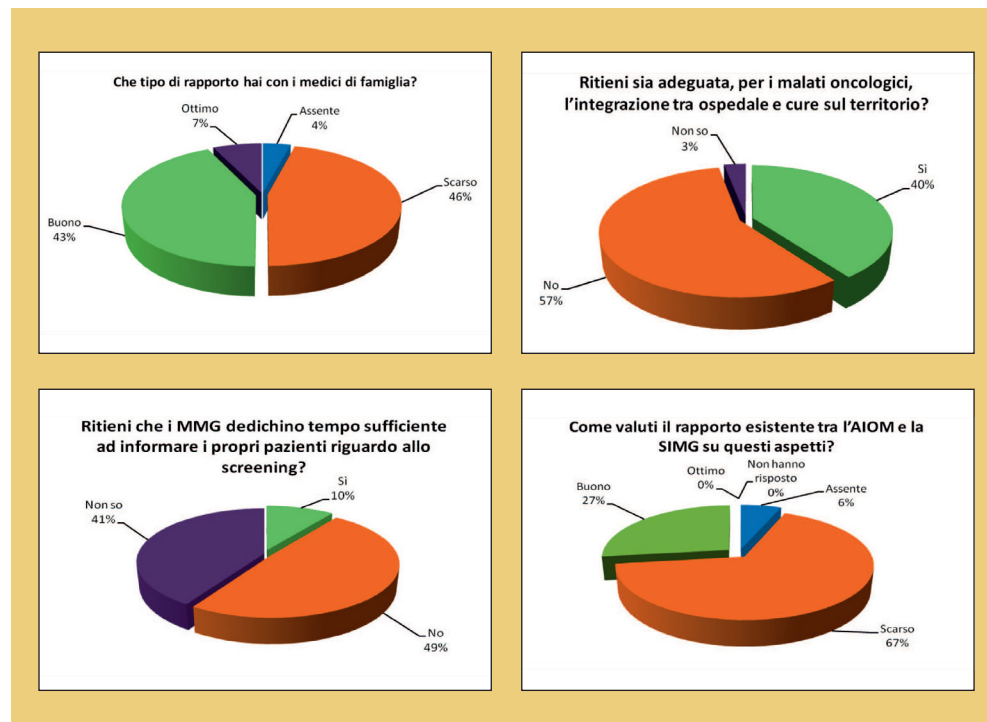




I risultati del primo sondaggio mai realizzato sul follow-up “SERVE PIÙ COLLABORAZIONE TRA ONCOLOGI E MEDICI DI FAMIGLIA” AIOM, SIMG E PAZIENTI: “AL VIA L’ALLEANZA OSPEDALE-TERRITORIO”

Cascinu e Pinto: “I dati dimostrano lo scarso livello di comunicazione tra specialisti e camici bianchi”

Il 73% dei pazienti riconosce il valore della collaborazione fra oncologo e medico di famiglia per la gestione della sua malattia. Ma oltre la metà (54%) giudica oggi questo rapporto insufficiente. Opinione condivisa anche dai clinici: per il 57% di loro la cooperazione ospedale-territorio è inadeguata. Oncologi e medici di famiglia non si parlano o lo fanno poco e questo pesa nella gestione della patologia, soprattutto dopo la fase acuta. Eppure basterebbe poco per sviluppare un forte rapporto per far gestire al MMG il follow-up del paziente, riservando la visita specialistica quando è davvero utile. Da questa analisi è partito il primo progetto mai realizzato in Italia di collaborazione fra l’AIOM e la SIMG, con i pazienti dell’AIMaC sulla gestione del malato oncologico, presentato oggi nella giornata inaugurale del XVI Congresso AIOM. Il progetto si è avviato con tre sondaggi, effettuati fra le tre categorie coinvolte, che hanno interessato oltre 1.000 tra specialisti, medici di famiglia e pazienti. “Nel nostro Paese quasi un milione di persone si sottopone a controlli di follow-up. Dobbiamo dare loro la possibilità di essere seguiti per le visite di routine anche vicino casa, senza recarsi per forza nei centri oncologici – commentano il presidente **Stefano Cascinu** e il presidente eletto **Carmine Pinto** - Ecco



perché è necessario creare un modello di condivisione del follow-up con i medici di famiglia. Un'alleanza che ottimizzi l'assistenza e diminuisca i tassi di ospedalizzazione durante la sorveglianza clinica. Ovviamente, in caso di necessità o di urgenza, il centro specialistico rimane sempre presente. Ma dobbiamo iniziare a deospedalizzare il più possibile la patologia oncologica”. I sondaggi sono parte del primo progetto nazionale che riunisce AIOM, SIMG e as-

sociazioni di pazienti, reso possibile da un educational grant di Novartis, per rilanciare ai massimi vertici istituzionali il messaggio della condivisione del follow-up. Sono stati realizzati anche opuscoli informativi e un sito internet, che diventerà una piattaforma di confronto tra specialisti. “La richiesta dei malati è chiara: adottare un modello di cure integrate caratterizzato da una costante interazione tra i professionisti, in tutte le fasi della storia clinica della per-

sona – spiega **Elisabetta Iannelli**, Segretario AIMaC -. Le competenze non possono essere concentrate su una figura unica”. Il 40% dei pazienti intervistati è in follow-up da 5 e più anni e il 59% ha come unico punto di riferimento l'oncologo. Solo uno su quattro si reca sempre dal medico di famiglia per consigli sui piccoli disturbi. “La nostra attività è fondamentale già ‘a monte’, nell'identificazione dei fattori di rischio. Deve esserlo sempre più anche in fase di malattia conclamata, soprattutto nella gestione degli effetti collaterali più leggeri e nei piccoli disturbi quotidiani – aggiunge **Claudio Cricelli**, Presidente SIMG -. Grazie a una collaborazione adeguata tra oncologi e medici del territorio riusciremo a ottimizzare le risorse e ridurre i costi. Priorità assolute, vista la grave situazione economica”. “Abbiamo sposato con grande entusiasmo questo progetto, perché fornisce una risposta a un preciso bisogno della sanità e incoraggia il confronto tra i vari attori coinvolti – sottolinea **Luigi Boano**, General Manager Novartis Oncology Italia -. Incentriamo da sempre le nostre attività sui benefici per il paziente, non solo con nuove terapie sempre più efficaci, ma anche con iniziative educazionali incentrate sulla formazione e sull'informazione”.

Focus su un approccio che migliora la sopravvivenza, testato su migliaia di persone IMMUNO-ONCOLOGIA: “NEL MELANOMA IL 20% DEI PAZIENTI È VIVO DOPO 10 ANNI. PROSSIMI TRAGUARDI: RENE E POLMONI”

“Si rinforzano le difese dell'organismo per sconfiggere la malattia.

Rappresenta una nuova branca che si unisce alla chirurgia, radioterapia e chemioterapia”.

Potenzia le difese immunitarie dell'organismo del paziente per poter meglio combattere il tumore. Si chiama immuno-oncologia ed è la quarta arma nel trattamento del cancro, che si aggiunge alla chirurgia, alla radioterapia e alla chemioterapia. Ipilimumab ha aperto la strada a questa arma terapeutica innovativa e ha dimostrato di migliorare la sopravvivenza a lungo termine nel melanoma metastatico, un tumore della pelle particolarmente aggressivo: nel 20% dei pazienti rende la malattia cronica. Un risultato mai raggiunto finora. Ed ora può essere utilizzata anche in neoplasie frequenti come quelle del polmone e del rene, che, in fase avanzata, fanno registrare percentuali di sopravvivenza molto basse, inferiori al 20%. Le prospettive offerte dall'immuno-oncologia sono approfondite nella giornata inaugurale del XVI Congresso nazionale AIOM. “Siamo di fronte a un approccio innovativo, in grado di aumentare la sopravvivenza a lungo termine – spiega il presidente

Stefano Cascinu -. Funziona stimolando le cellule del sistema immunitario a combattere il cancro e persegue una strategia opposta a quella delle terapie ‘classiche’: non colpisce direttamente le cellule tumorali, ma attiva i linfociti T del paziente, potenti globuli bianchi capaci di eliminare o neutralizzare le cellule infette o anormali, che diventano in grado di distruggere il tumore. Proprio per le importanti potenzialità terapeutiche che ne possono derivare, l'immuno-oncologia rappresenta uno dei temi centrali del nostro Congresso, una scelta già realizzata all'ASCO, il più importante congresso al mondo del settore”. Il nostro Paese ha offerto un contributo significativo a numerosi studi regolatori internazionali. “Il melanoma – sottolinea **Paolo Ascierto**, Direttore dell'Unità di Oncologia Medica e Terapie Innovative del ‘Pascale’ di Napoli - ha rappresentato il modello ideale per verificare l'efficacia dell'immuno-oncologia. Sono 11.000 le nuove diagnosi stimate nel 2014 in Italia e 1.700 i casi di ma-

lattia metastatica. Da 30 anni non si vedevano progressi nelle cure e nessun trattamento poteva migliorare la sopravvivenza in fase avanzata, che in media era di 6 mesi. Ipilimumab ha dimostrato di raddoppiarla a uno e due anni. E un quinto dei pazienti è vivo a un decennio dalla diagnosi: questo significa che, in alcuni casi, è possibile parlare di lungosopravvivenza. I risultati emergono da studi clinici che hanno coinvolto più di 5.000 persone, alcune proprio all'Istituto ‘Pascale’. Basti pensare che, a partire dalla fase di sperimentazione, a Napoli sono stati trattati con il farmaco più di 400 pazienti”. Nel settembre scorso ipilimumab, sviluppato da Bristol-Myers Squibb, è stato approvato dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) per il trattamento in prima linea dei pazienti colpiti da melanoma metastatico. “È necessario – continua **Francesco Cognetti**, Direttore del Dipartimento di Oncologia Medica dell'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena di Roma - che i farmaci realmente innovativi

siano subito disponibili per i pazienti riconoscendone l'innovazione. Non possiamo affermare che tutte le nuove terapie debbano essere inserite immediatamente nel prontuario terapeutico nazionale e in quelli regionali ed essere subito disponibili. Il farmaco deve essere valutato per il rapporto costo-efficacia, dando a quelli dotati di un reale impatto sulla storia naturale della malattia il beneficio di essere resi disponibili con rapidità”. Oggi si stanno affacciando altri farmaci immuno-oncologici, come nivolumab, che hanno il potenziale per migliorare la sopravvivenza a lungo termine non solo nel melanoma ma anche nelle neoplasie del polmone e del rene. “Quest'ultima presenta basi immunologiche che la avvicinano al melanoma – continua **Cognetti** -. La sfida per gli oncologi è rappresentata dall'identificazione della sequenza terapeutica migliore. Potremo così capire in che modo combinare questo approccio rivoluzionario con la chemioterapia, la radioterapia e la chirurgia”.

Alle 15 (sala De Gregori) sessione speciale su "Diritti e attese dei pazienti" **CERTIFICATO ONCOLOGICO: LA PROCEDURA È PIÙ SEMPLICE**

Il nuovo modello telematico di certificazione consente allo specialista di attestare direttamente diagnosi, stadio e terapia. Ridotti i tempi di accertamento della disabilità

Importante sessione oggi alle 15 (sala De Gregori) sul certificato oncologico telematico INPS. Ad illustrare la procedura di accertamento dello stato di disabilità dei malati di cancro ed il certificato medico specialistico telematico saranno Onofrio De Lucia (vice presidente Commissione Medica Superiore INPS), Giovanni Ucci (Ospedale Maggiore di Lodi) e

dicap e serve a fornire al collegio medico legale tutte le informazioni cliniche utili ad una corretta valutazione dello stato di disabilità connesso e conseguente alla patologia oncologica ed alle relative terapie. La compilazione del certificato da parte dell'oncologo medico semplifica il compito allo specialista, che è guidato nella compilazione dei cam-

dica ASL-INPS. Navette che in alcuni casi diventano partite di ping pong a causa di richieste di produzione di documentazione clinica ulteriore per il "completamento della pratica" (sic!). La nuova procedura consente direttamente al medico oncologo (munito di un apposito PIN rilasciato dall'INPS all'atto del primo accreditamento come medico certificatore) di attestare puntualmente diagnosi, stadio e terapia della malattia del paziente che ha in cura.

all'elaborazione di analoghi certificati specialistici per altre patologie, come le neoplasie emolinfopoietiche. L'esigenza di rendere disponibile on line un certificato oncologico è nata contestualmente al processo di informatizzazione dell'INPS, con l'istituzione di un tavolo di lavoro AIOM, INPS, FAVO. È questo un grande successo reso possibile soltanto ed esclusivamente con le forti alleanze stabilite negli anni tra volontariato, società scientifiche e Istituzioni.

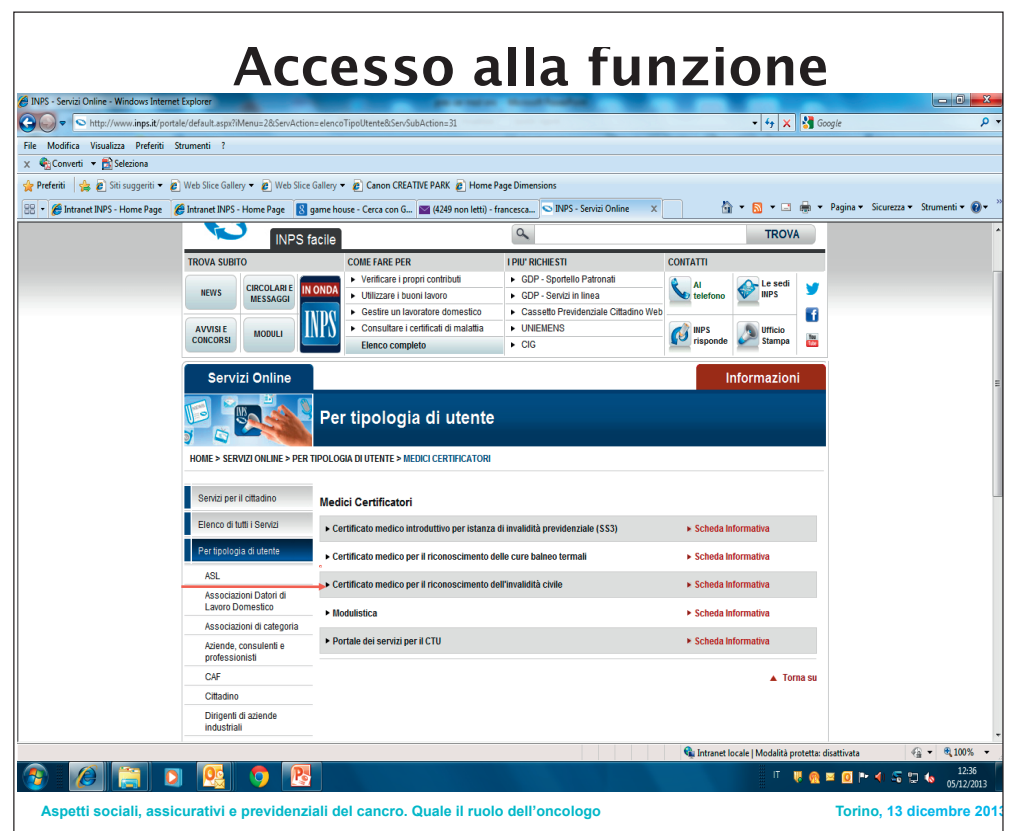
IL CERTIFICATO ONCOLOGICO TELEMATICO INPS per il riconoscimento dell'invalidità civile e dell'handicap

Sulla home page del sito www.inps.it cliccare su **Servizi On Line** nella sezione tipologia utente selezionare **medici certificatori** tra le opzioni possibili cliccare **Certificato medico per il riconoscimento invalidità civile** quindi selezionare **Certificato medico di tipo oncologico**

Elisabetta Iannelli (segretario nazionale FAVO e segretario Fondazione Insieme Contro il Cancro), moderati da Giovanni Bernardo (Fondazione S. Maugeri IRCCS di Pavia) e Massimo Piccioni (presidente Commissione Medica Superiore INPS). Per semplificare e accelerare le procedure di accertamento dello stato di invalidità e di handicap dei malati di cancro dall'ottobre 2013 è disponibile on line sul sito INPS il modello di certificato specialistico riservato ai medici oncologi, voluto da FAVO, AIOM e INPS che hanno collaborato intensamente per elaborare un modello di certificazione utile ad evidenziare quegli aspetti della malattia e dei trattamenti antitumorali rilevanti ai fini della valutazione delle conseguenze invalidanti temporanee o permanenti. Il certificato medico è il primo atto necessario a dare avvio alla procedura telematica INPS per il riconoscimento dell'invalidità e dell'han-

pi preimpostati nel modello telematico di certificato, pochi clic e via. Ed anche il lavoro di valutazione della commissione medico legale ASL-INPS risulta semplificato dal certificato oncologico telematico, poiché il giudizio medico legale si baserà su elementi di valutazione clinici e prognostici specifici e completi, in quanto provenienti dallo specialista che ha in cura il paziente e, quindi, tali da permettere un'agevole applicazione delle percentuali di invalidità tabellari. Naturalmente l'utilizzo del certificato oncologico telematico è di grande vantaggio soprattutto per il malato, che non è più costretto a defatiganti quanto snervanti navette tra medico oncologo (per chiedere e ritirare la relazione clinica cartacea) e medico di medicina generale (per consegnare la relazione oncologica e chiedere di compilare il certificato telematico INPS trascrivendo i dati clinici presi dalla relazione) e commissione me-

Con ciò viene superata l'esclusiva certificazione da parte del medico generico quale condizione necessaria per l'inoltro informatico della domanda all'INPS da parte del malato con l'evidente vantaggio di semplificare la procedura, ridurre i tempi di riconoscimento della disabilità ed evitare contenziosi generati da erronee valutazioni medico legali. La realizzazione del certificato oncologico telematico, inoltre, è anche un modello pilota che ha aperto la via



I PRINCIPALI APPUNTAMENTI DI OGGI

Sala Baglioni / 10.00 - 11.30
Sessione speciale:
La gestione dei farmaci in oncologia

Sala Barbarossa / 10.00 - 11.00
Sessione educativa:
Sarcomi

Sala De Gregori / 10.00 - 10.55
Sessione speciale:
Il percorso professionale in oncologia tra disagio e soddisfazione

Sala De Gregori / 11.00 - 12.00
Sessione speciale:
L'oncogenetica nell'era post-genomica: nuovi pathways molecolari e percorsi organizzativi

Sala Barbarossa / 15.00 - 16.55
Sessione educativa:
Tumori ginecologici

Sala Baglioni / 15.00 - 17.00
Sessione educativa:
Dai clinical needs alla metodologia della sperimentazione clinica

Auditorium / 17.00 - 20.00
Cerimonia inaugurale

AL VIA DOMANI IL CONVEGNO INFERMIERI

Parte domani alle 9 anche il Convegno Infermieri: in Sala Barbarossa l'apertura dei lavori con i saluti e l'intervento iniziale di Stefano Cascinu. Il titolo rispecchia il filo conduttore del programma: "L'infermiere di oncologia: un professionista, mille sfide". È infatti teoricamente la figura che si prende cura della persona ammalata. Ma non solo. Perché questa descrizione non rappresenta appieno quello che, nel nostro sistema sanitario, è attualmente un infermiere: un 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. I lavori chiuderanno alle 13 di domenica,



Alle 10 in Auditorium la presentazione del documento, prima della Sessione Educazionale sul seno

Linee guida mammella, ecco il nuovo aggiornamento

Oggi in Auditorium alle 10 è prevista la Sessione Educazionale "Tumore della mammella". Durante la prima sessione, moderata da A. Di Leo e P. Pronzato, sarà presentato un "Aggiornamento Linee Guida AIOM" da parte di Alessia Levaggi, segretario di tale linea guida.

La LG AIOM "TUMORE DELLA MAMMELLA" è stata coordinata da Stefania Gori con il contributo essenziale degli estensori: Laura Biganzoli, Giuseppe Canavese, Andrea De Censi, Lucia Del Mastro, Antonio Frassoldati, Filippo Montemurro, Fabio Puglisi, Giuseppe Sanguineti e il supporto costante dei metodologi: Giovanni Pappagallo, Valter Torri,

no presentate in tabelle.

La riga d'intestazione è verde se sono state prodotte con metodologia SIGN (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*) oppure arancione se sono state prodotte con il metodo GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*).

La raccomandazione clinica, quando possibile, riprende il PICO (Popolazione, Intervento, Confronto, Outcome) del quesito e deve esprimere l'importanza clinica di un intervento/procedura.

Ad esempio, relativamente alla Raccomandazione clinica sotto riportata e prodotta con metodologia SIGN:

Qualità dell'evidenza SIGN	Raccomandazione clinica	Forza della raccomandazione clinica
A	Nelle pazienti con carcinoma mammario operato candidate a chemioterapia adiuvante, deve essere somministrata una polichemioterapia ¹⁹⁸ .	Positiva forte

Michela Cinquini e Ivan Moschetti. Successivamente è stata sottoposta ai revisori AIOM: Francesco Boccardo, Saverio Cinieri, Francesco Cognetti e Pierfranco Conte.

Revisori di altre società scientifiche sono stati i seguenti:

Referee AIRO: Marina Guenzi e Luigia Nardone

Referee SICO: Luciano Di Martino e Massimo Dessena

Referee ANISC: Lucio Fortunato

Referee SIAPEC: Anna Sapino.

Perché questa scelta di iniziare una sessione educativa con un "Aggiornamento Linee Guida AIOM"?

Per alcuni motivi fondamentali:

- 1- perché le Linee Guida AIOM rappresentano uno degli ambiti più importanti di attività di AIOM, sia per il servizio reso ai soci sia dal punto di vista dell'impegno professionale (circa 400 professionisti coinvolti) che dei rapporti con numerose altre società scientifiche, sia dal punto di vista di impegno economico: il tutto, grazie al coordinamento a livello nazionale svolto da Evaristo Maiello, Giovanni Pappagallo e Valter Torri;
- 2- per illustrare, all'inizio di ogni sessione educativa, le Linee Guida da seguire nella pratica clinica attuale, alla luce dei risultati della ricerca clinica ed in base alle disponibilità reali sul territorio nazionale delle varie opzioni di trattamento;
- 3- per illustrare, succintamente, la metodologia utilizzata nella stesura delle Linee Guida AIOM al fine di facilitarne la lettura e l'utilizzo.

Durante la relazione "Aggiornamento Linee Guida AIOM Mammella 2014" verranno toccati due aspetti fondamentali:

- METODOLOGIA
- CONTENUTI.

METODOLOGIA

Le raccomandazioni cliniche vengo-

si parte da un quesito clinico e si valuta la **Qualità delle evidenze scientifiche** relativa a tale specifico intervento, indicando con una lettera (A;B;C;D) la qualità delle evidenze disponibili in letteratura per questo quesito. Infatti secondo SIGN la Qualità delle evidenze viene riportata da una lettera (A;B;C;D) come illustrato nella seguente tabella:

A	Almeno una meta-analisi o revisione sistematica o RCT valutato 1++ e direttamente applicabile alla popolazione target oppure. Il corpo delle evidenze disponibili consiste principalmente in studi valutati 1+ direttamente applicabili alla popolazione target e con risultati coerenti per direzione e dimensione dell'effetto
B	Il corpo delle evidenze include studi valutati 2++ con risultati applicabili direttamente alla popolazione target e con risultati coerenti per direzione e dimensione dell'effetto. Evidenze estrapolate da studi valutati 1++ o 1+
C	Il corpo delle evidenze include studi valutati 2+ con risultati applicabili direttamente alla popolazione target e con risultati coerenti per direzione e dimensione dell'effetto. Evidenze estrapolate da studi valutati 2++
D	Evidenze di livello 3 o 4 Evidenze estrapolate da studi valutati 2+

Ogni lettera (A;B;C;D) indica la "fiducia" nell'intero corpo delle evidenze valutate che sostengono la raccomandazione; non riflette sempre l'importanza clinica della raccomandazione e non è sinonimo della forza della raccomandazione clinica.

Ogni lettera (A;B;C;D) **sintetizza** inoltre i livelli di evidenza dei singoli studi, valutata sempre secondo SIGN come riportato nella tabella sottostante:

Nel testo delle LG AIOM 2014, a proposito della raccomandazione clinica sopra riportata come esempio, viene inserito lo studio clinico/metanalisi di riferimento, che in questo caso è: "Early Breast Cancer

LIVELLI DI EVIDENZA SECONDO SIGN	
1	Revisioni sistematiche e meta analisi di RCT o singoli RCT
1++	Rischio di bias molto basso.
1+	Rischio di bias basso.
1-	Rischio di Bias elevato -> i risultati dello studio non sono affidabili.
2	Revisioni sistematiche e meta-analisi di studi caso/controllo o di coorte o singoli studi caso/controllo o di coorte.
2++	Rischio di bias molto basso, probabilità molto bassa di fattori confondenti, elevata probabilità di relazione causale tra intervento e effetto.
2+	Rischio di bias basso, bassa probabilità presenza fattori di confondimento, moderata probabilità di relazione causale tra intervento e effetto.
2-	Rischio di Bias elevato -> i risultati dello studio non sono affidabili, esiste un elevato rischio che la relazione intervento/effetto non sia causale.
3	Disegni di studio non analitici come report di casi e serie di casi.
4	Expert opinion.

Trialist' Collaborative Group. Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet* 2005; 365: 1687-1717" con il seguente Livello di evidenza: **Livello di evidenza SIGN 1++.**

La qualità delle evidenze risulterà essere quindi: **A.**

A questo punto andrà graduata la **FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE**, in base all'importanza clinica, su uno dei 4 livelli sotto esposti:

Nel nostro esempio, la forza della raccomandazione è stata: **POSITIVA FORTE.**

Forza della raccomandazione	Terminologia	Significato
Positiva Forte	Tutti i pazienti <u>devono</u> ricevere l'intervento/procedura in oggetto.	Alla maggioranza dei pz. con le caratteristiche definite nella raccomandazione <u>deve essere offerto</u> l'intervento a meno che vi siano controindicazioni specifiche.
Positiva Debole	I pazienti <u>dovrebbero</u> ricevere l'intervento/procedura in oggetto.	Trend positivo del risultato ma con possibilità di incertezza nel bilancio tra beneficio e danno. Implica una discussione approfondita con il pz. In modo che egli possa scegliere se sottoporsi o meno all'intervento/procedura tenendo conto dei propri valori/preferenze.
Negativa Debole	I pazienti <u>non dovrebbero</u> ricevere l'intervento/procedura in oggetto.	Trend negativo del risultato ma con possibilità di incertezza nel bilancio tra beneficio e danno.
Negativa Forte	Tutti i pazienti <u>non devono</u> ricevere l'intervento/procedura in oggetto.	Alla maggioranza dei pz con le caratteristiche definite nella raccomandazione NON deve essere offerto l'intervento.

le parlerà di "Sottotipi biologici: marcatori surrogati verso profili molecolari reali"; Filippo Montemurro di "Chemioterapia del carcinoma metastatico della mammella HER2-negativo"; Sabino De Placido di "Terapia ormonale adiuvante in premenopausa" e G. Bianchini di "Sistema immunitario e carcinoma mammario: razionale per l'immunoterapia".

A seguire, nell'ambito della sessione COMUNICAZIONI ORALI moderata da G. Curigliano e A. Frassoldati saranno presentati i risultati di due studi clinici, uno da parte di V. Amoroso (Pathologic complete response as a potential surrogate for the cli-

nical outcome in breast cancer patients after neoadjuvant therapy: a meta-regression analysis of 29 randomized trials) e l'altro da parte di M. Lambertini (Activity and efficacy of first-line therapy in HER2-positive metastatic breast cancer patients relapsing after neo- or adjuvant trastuzumab: an Italian multi center retrospective color study), e quindi una revisione critica dei poster da parte di Marta Bonotto.

Stefania Gori

Segretario Nazionale AIOM



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