

Tumore al polmone: Lung Unit, una scelta di lungimiranza

L'associazione di oncologia toracica: "In equilibrio tra nuovi farmaci e sostenibilità della cure"



24/06/2016

NICLA PANCIERA

Le nuove soluzioni terapeutiche per il cancro al polmone, ma anche le varie tematiche di natura sanitaria e sociale sollevate dagli avanzamenti della ricerca e dai problemi di sostenibilità economica sono i protagonisti della quinta edizione della Conferenza internazionale di oncologia toracica in corso a Napoli.

TUMORE AL POLMONE: 30MILA DECESSI E 41MILA NUOVI CASI L'ANNO

Il Tumore del polmone è il 'big killer' oncologico. In Italia è al quarto posto tra i tumori più frequentemente diagnosticati e provoca oltre 30 mila decessi l'anno, un milione nel mondo. Si stima che nel 2015 in Italia le nuove diagnosi siano state oltre 41mila, delle quali due terzi negli uomini (29.400) e un terzo nelle donne (11.700), e che siano oltre 96mila le persone che vivono con un tumore del polmone. Si calcola che attualmente 1 uomo su 10 ed una donna su 38 possa sviluppare questa patologia nel corso della vita.

SENZA SIGARETTE CASI RIDOTTI DEL 90% IN VENT'ANNI

Se domani la popolazione mondiale decidesse di smettere di fumare, tra 20/30 anni il carcinoma polmonare risulterebbe abbattuto del 90% come mai nessuna terapia potrà ottenere. Ecco perché tornano di estrema attualità le campagne di prevenzione primaria “aggressive” rivolte alla fascia dei trentenni, uomini e donne.

«LUNG UNIT: UNA FACCENDA DI LUNGIMIRANZA»

L'appello degli oncologi arriva per voce del presidente dell'Associazione italiana oncologia toracica, Cesare Gridelli, direttore dell'Unità operativa di oncologia medica dell'Azienda ospedaliera Moscati di Avellino: «**Come è stato fatto per quello del seno, il tumore del polmone deve avere delle Lung Unit**, cioè delle strutture organizzative all'interno delle principali strutture sanitarie che siano punti di riferimento per il paziente. Unità che possano contare su équipe multidisciplinari costituite da varie figure professionali -come chirurgo, radioterapista, oncologo, pneumologo, anatomo-patologo, biologo molecolare, radiologo - altamente specializzate in grado di assicurare al paziente il miglior percorso terapeutico possibile». Per **combattere il killer** e per **ottimizzare le risorse**, ha spiegato il dottor Gridelli, è necessario «mettere in atto un **percorso di lungimiranza**» che si occupi di diagnosi, terapia e prevenzione primaria e secondaria.

NUOVE SOLUZIONI TERAPEUTICHE: QUALI E PER CHI?

«Oggi abbiamo diverse molecole in fasi diverse di studio – ha aggiunto Gridelli - Di queste, in Italia l'unica disponibile nella pratica clinica nella malattia avanzata è nivolumab. La possiamo utilizzare però solo per la **forma a cellule squamose**. Per l'altra, quella a cellule non squamose, stiamo aspettando la contrattazione ministeriale sul prezzo per ottenerne la rimborsabilità e, quindi, il via libera all'utilizzo negli ospedali». **L'immunoterapia** è un potenziale trattamento di prima linea che però al momento viene prescritta solo nei casi in cui viene dimostrato il fallimento dei trattamenti chemioterapici. Come ha spiegato il professor Gridelli, «stiamo aspettando i risultati degli studi annunciati durante il congresso ASCO2016» che stanno **comparando chemioterapia e immunoterapia** per evidenziarne pro e contro. «Stanno emergendo anche informazioni importanti per quanto riguarda **la scelta del paziente** che ne trarrà maggior beneficio».

IN EQUILIBRIO TRA INNOVAZIONE E SOSTENIBILITÀ

«L'immunoterapia è costosa, circa 6/7 mila euro di trattamento al mese per singolo paziente, e innesca un problema di **sostenibilità economica** che lega le mani ai medici. Gli amministratori locali dipendono dai budget delle Regioni che, in questi anni, non hanno modificato la loro pianificazione alla luce delle nuove terapie» spiega Filippo de Marinis, Direttore della divisione di oncologia toracica, dell'Istituto Europeo di Oncologia IEO di Milano e Past-President di AIOT. «E così, se da una parte abbiamo organismi a livello nazionale che registrano **nuove molecole** costose, dall'altra abbiamo organismi locali che **nefrenano di fatto un largo utilizzo**. Un meccanismo a volte paradossale quando i pazienti iniziano a migrare dalle Regioni più restrittive con un meccanismo successivo di rimborso a piè di lista a vantaggio della Regione sede di cura».

UNA NUOVA GESTIONE DEL PAZIENTE

La maggior sopravvivenza, resa possibile anche dalla prevenzione e dai nuovi trattamenti più mirati, impone anche una nuova **gestione del paziente e dei familiari**. In passato, quando si aveva a disposizione solo la chemioterapia capitava di non trattare il paziente perché la tossicità di questo trattamento era decisamente più alta rispetto al beneficio. Oggi la qualità della vita può essere soddisfacente, ma ciò impone un cambio di passo a livello culturale e di gestione del paziente.