

| Medicina scienza e ricerca

## Tumore polmonare non a piccole cellule: il disease management si fa in team

Uno studio del Centro di Ricerche in Management Sanitario (CERISMAS) si concentra sulla gestione ottimale dei pazienti affetti dalla patologia che non può prescindere da approccio multidisciplinare, adozione di Pdta e indicatori specifici anche per facilitare l'impatto positivo delle nuove immunoterapie. IN COLLABORAZIONE CON ASTRAZENECA

di Redazione Aboutpharma Online

23 Dicembre 2019



Tre mosse per migliorare la gestione del tumore polmonare. Nella presa in carico dei pazienti con carcinoma del polmone non a piccole cellule (NSCLC) localmente avanzato, diventa decisiva un'organizzazione basata su un team clinico multidisciplinare (Disease Management Team); l'applicazione di Percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (Pdta) e l'adozione di un sistema di indicatori specifici di monitoraggio del percorso di cura. A queste conclusioni perviene uno studio condotto dal Centro di Ricerche in Management

Sanitario (CERISMAS), in collaborazione con AstraZeneca, prendendo in esame le prassi assistenziali vigenti in quattro centri specialistici italiani, incrociate con dati di letteratura.

### Lo studio del Cerismas

Le soluzioni, spiegate nel dettaglio, si trovano in una pubblicazione speciale curata da AboutPharma and Medical Devices (titolo "L'importanza dell'organizzazione in oncologia: proposte operative per ottimizzare la gestione dei pazienti affetti da carcinoma polmonare non a piccole cellule localmente avanzato"). La disponibilità di nuove opzioni terapeutiche in oncologia ha contribuito a prolungare l'aspettativa di vita e a migliorare significativamente la

sopravvivenza. Infatti, una “buona organizzazione” contribuisce all’efficienza dei processi di cura e al miglioramento degli esiti. In particolare il disease management della patologia assume oggi una particolare rilevanza considerata la recente introduzione dell’immunoterapia, in grado di riattivare la risposta dell’organismo contro le cellule tumorali, ormai diventata l’opzione di prima scelta nelle forme di NSCLC localmente avanzato non resecabile, non in progressione e dopo trattamento chemio-radioterapico (il tasso di sopravvivenza a 36 mesi è del 57% nei pazienti trattati).

## **L’importanza del team**

“L’evoluzione degli standard di cura – scrivono gli autori dello studio – è strettamente legata a un diverso modo di concepire i rapporti tra i vari professionisti coinvolti nella gestione del paziente. Questa nuova modalità deve prevedere una forte cooperazione e collaborazione tra i professionisti del team multidisciplinare, anche in considerazione della necessità di disporre di una diagnosi molecolare della malattia per un’appropriata pianificazione terapeutica. L’integrazione delle specifiche competenze e l’applicazione di un corretto modello multidisciplinare sono di fondamentale importanza in questo specifico setting di malattia, ove l’intento curativo è perseguibile”. Tale approccio multidisciplinare prevede quindi l’integrazione di differenti professionalità (chirurgia, oncologia medica, radioterapia, anatomia patologica, scienze infermieristiche, psico-oncologia ecc.) all’interno del citato Disease Management Team (DMT), ovvero di un gruppo specialisti diversi che si incontra per discutere casi specifici. Il DMT dovrebbe: contribuire in modo indipendente alle decisioni diagnostiche e terapeutiche che riguardano il paziente; favorire l’accessibilità a cure di qualità per tutti i pazienti residenti in una certa area geografica (fondamentale l’integrazione funzionale); facilitare l’equità nell’accesso di tutti i cittadini alle cure oncologiche e l’abbattimento di ogni forma di disuguaglianza; assicurare la tempestività nel processo di diagnosi e cura. Il modello individuato si basa su: a) servizi ospedalieri, territoriali e domiciliari di alto livello; b) personale altamente competente e affidabile; c) appropriatezza di cura e continuità assistenziale; d) regole cliniche e organizzative evidence based; e) disponibilità a utilizzare le tecnologie più innovative; f) possibilità di accedere facilmente alla ricerca clinica e agli studi clinici per tutti i pazienti eleggibili e desiderosi di parteciparvi. Come accennato, il cuore del Disease Management Team dovrebbe essere costituito da tutte le figure professionali coinvolte nella gestione clinico-assistenziale del paziente con NSCLC localmente avanzato. In particolare: oncologi, chirurghi toracici, radioterapisti, pneumologi, medici nucleari, radiologi interventisti, anatomopatologi. A questi si aggiungono altre figure (support members) interpellate in base ad esigenze specifiche di singoli pazienti (es. anestesista, cardiologo, psicologo ecc.).

## **Il valore dei Pdta**

Quanto ai Pdta, il modello ideale prevede l’istituzione di due figure operanti su due livelli: livello aziendale e livello interaziendale. Nel primo opera una figura professionale (hospital nurse case manager) con competenze specifiche nell’area gestionale-organizzativa e con la funzione principale di guidare il paziente all’interno dei percorsi clinico-assistenziali, già condivisi a livello multidisciplinare, compresi i follow-up. Al livello interaziendale, che coincide con la presa in

carico del paziente all'interno della rete, la regia è invece affidata a un community nurse case manager che si relaziona con l'hospital nurse case manager proprio per facilitare la continuità assistenziale e la gestione del paziente tra le diverse strutture della rete.

## Il sistema degli indicatori

Infine, il modello ottimale si completa con un sistema di indicatori. “La loro disponibilità assicura il monitoraggio e il miglioramento continuo del processo di gestione – conclude lo studio – in un’ottica di value based healthcare, fornendo al contempo gli elementi sufficienti e necessari a orientare le decisioni del management e dei policy maker”. Tale sistema di indicatori è organizzato secondo la logica tipica della balance scorecard in tre macro-aree: 1) organizzazione; 2) outcome; 3) costi. L’obiettivo è analizzare e valutare l’efficacia e l’efficienza del modello, monitorarne l’implementazione e i risultati ottenuti, fornendo così informazioni utili anche per eventuali azioni correttive.

## Epidemiologia

In tutto il mondo, il tumore polmonare è la neoplasia più comune e la causa più frequente di decessi per cancro negli ultimi decenni. In Italia, nel 2015 sono state registrate 33.836 morti per tumore del polmone. Per quanto riguarda l’incidenza, il Rapporto “I numeri del cancro in Italia 2018” ha stimato per il 2018, in Italia, 41.500 nuove diagnosi, delle quali oltre il 30% nel sesso femminile. La percentuale di sopravvissuti a cinque anni tra i soggetti affetti da tumore del polmone in Italia è pari al 15,8%. Il carcinoma del polmone non a piccole cellule costituisce l’85-90% di tutte le neoplasie polmonari maligne.

## Impatto

La rilevanza della patologia è data non solo dall’incidenza e dalla mortalità, ma anche dal consumo di risorse associate: uno studio spagnolo ha stimato in 14.818 euro per paziente i costi ospedalieri medi di diagnosi e trattamento del NSCLC. Uno studio condotto in Irlanda del Nord stima in 5.956 sterline (pari 6.505,61 euro) i costi di gestione e i costi ospedalieri medi associati al paziente affetto da carcinoma polmonare nei primi 12 mesi di malattia. Complessivamente si stima che il costo medio grezzo per la diagnosi, il trattamento e il follow-up del carcinoma polmonare ammonti a 28.468,00 euro in circa due anni.

 In collaborazione con AstraZeneca

**TAGS:** [Astrazeneca](#) - [Carcinoma Del Polmone Non A Piccole Cellule](#) - [Cerismas](#) - [Disease Management](#) - [NSCLC](#)  
- [Tumore Polmonare](#)

---