

Venerdì 18 OTTOBRE 2019

Cerismas. Nuova proposta di gestione del tumore del polmone non a piccole cellule

Team multidisciplinare, percorsi assistenziali integrati e scale di valutazione degli esiti per un continuo miglioramento: presentata oggi la proposta di Cerismas dell'Università Cattolica del Sacro Cuore per la gestione del Nsclc per massimizzare le chance di guarigione nella malattia localmente avanzata.

Presentato oggi a Roma, in occasione del convegno “La gestione multidisciplinare in oncologia: il caso del carcinoma polmonare non a piccole cellule localmente avanzato” presso la Biblioteca del Senato “Giovanni Spadolini” e sviluppato dal Centro di Ricerche e Studi in Management Sanitario (Cerismas) dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, in collaborazione con AstraZeneca, sotto la responsabilità scientifica di **Americo Cicchetti** un nuovo modello di gestione del paziente con tumore del polmone non a piccole cellule (non-small-cell lung cancer, NSCLC) per massimizzare le possibilità di guarigione nella malattia localmente avanzata.

Un team multidisciplinare, una squadra di clinici afferenti a diverse specialità (oncologo, chirurgo toracico, radioterapista, pneumologo, radiologo, anatomopatologo) che si confrontano in modo sistematico e continuativo; Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali gestiti da due figure professionali: un hospital nurse case manager, con la funzione di guidare il paziente all'interno del percorso e un community case manager, con il mandato di agevolare la presa in carico del paziente all'interno della rete; un set di indicatori, sviluppati secondo la logica della value based healthcare: sono questi i tre pilastri su cui si fonda il nuovo modello assistenziale personalizzato per massimizzare le possibilità di sconfiggere il carcinoma polmonare non a piccole cellule localmente avanzato.

“Serve intelligenza organizzativa e impegno da parte delle istituzioni e di tutti i protagonisti del sistema salute per mettere il paziente al centro dei percorsi organizzativi per poter offrire le giuste risposte”, ha commentato la Senatrice **Paola Binetti**, Membro della 12^a Commissione Permanente Igiene e Sanità in apertura dei lavori. “La politica ha il compito di rimuovere gli ostacoli e rendere più fluido l'accesso alle terapie a tutti i pazienti per garantire ciò che contraddistingue il nostro Servizio sanitario Nazionale: l'universalismo”, ha chiuso la Senatrice.

La Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli Irccs di Roma, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico S. Orsola di Bologna, l'Istituto Nazionale Tumori Irccs Fondazione G. Pascale Irccs di Napoli e la Fondazione Irccs “Istituto Nazionale dei Tumori” di Milano hanno collaborato alla realizzazione del modello con la loro expertise. Punto di partenza infatti è stata l'analisi delle evidenze reperite dalla letteratura scientifica, da un'analisi dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali implementati nel territorio italiano ed, infine, dalle informazioni raccolte in questi quattro centri di rilievo nazionale.

“Le caratteristiche del modello - ha spiegato **Americo Cicchetti** - fondato su team multidisciplinare board, implementazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutico e sistema di monitoraggio, risponde all'esigenza di garantire l'accessibilità alle cure, assicurando al contempo la sostenibilità del servizio sanitario nazionale. Inoltre, questo modello è senza dubbio uno strumento in grado di governare l'innovazione tecnologica, che caratterizzerà sempre di più quest'area terapeutica”, ha proseguito. “Una buona organizzazione significa restituire salute e creare un tumor board di specialisti, soprattutto per la gestione di una patologia come il tumore del polmone non a piccole cellule, è un passaggio fondamentale”.

“Si dice che l'innovazione è vera innovazione solo quando è accessibile ai pazienti – ha commentato

Francesca Patarnello, VP Market Access & Government Affairs di AstraZeneca Italia - Spesso, sono proprio le soluzioni organizzative a mancare per far sì che il frutto della ricerca scientifica migliori in maniera significativa la vita dei pazienti. È per questo che siamo particolarmente orgogliosi di non esserci fermati ad offrire un'arma terapeutica, ma di aver contribuito, in collaborazione con partner d'eccezione come CERISMAS, con i massimi esperti clinici le Associazioni di Pazienti, alla ricerca di soluzioni organizzative che possano migliorare il percorso di cura di questi pazienti affetti da carcinoma polmonare non a piccole cellule localmente avanzato”.

Il carcinoma polmonare rappresenta uno dei principali problemi socio-sanitari dei Paesi industrializzati di cui Aiom ha stimato, per il 2018, 41.500 nuove diagnosi nel nostro Paese, delle quali oltre il 30% nel sesso femminile. Il tumore del polmone non a piccole cellule costituisce l'85-90% di tutte le neoplasie polmonari maligne. In circa 1/3 dei casi, al momento della diagnosi, la malattia viene classificata come localmente avanzata. Si tratta di un gruppo eterogeneo di pazienti in cui la malattia è confinata a livello toracico in assenza di metastasi a distanza, ma con significative differenze nell'estensione del tumore e nel coinvolgimento linfonodale. In molti casi, la strategia terapeutica, nel suo insieme, comprende una combinazione di diversi tipi di trattamento e viene indicata come terapia multimodale. Dopo un lungo intervallo di tempo in cui, a eccezione della chemio-radioterapia, non sono stati compiuti significativi passi in avanti nel trattamento dei pazienti affetti da malattia localmente avanzata non resecabile, la recente introduzione dell'immunoterapia tra le opzioni terapeutiche ha rappresentato un notevole progresso. Proprio in virtù delle recenti innovazioni e dell'eterogeneità dei pazienti, la cura e la gestione di questo complesso stadio richiede “una buona organizzazione” per far sì che si realizzi l'intento curativo di cui questi pazienti possono potenzialmente beneficiare.

“Questo tipo di malattia non offre molte opportunità di intervento terapeutico che possano migliorare prognosi e qualità di vita – ha spiegato **Emilio Bria**, dell'Area Medicina Interna, Gastroenterologia e Oncologia Medica - e nel caso della fase localmente avanzata, questi obiettivi possono essere raggiunti solo se i differenti specialisti che concorrono a trattarla sinergizzano i loro interventi in modo coordinato e strategico. La prognosi di questi pazienti – ha sottolineato - è fortemente condizionata dall'integrazione virtuosa dei trattamenti farmacologici, radioterapici e chirurgici, che deve essere supportata da una fase antecedente nella quale radiologi, pneumologi e patologi possano esprimere al meglio e rapidamente una appropriata diagnosi e stadiazione. Tutto ciò è possibile solo all'interno di un percorso, il più possibile semplice e ordinato per il paziente, nel quale egli sia guidato e indirizzato, e rapidamente acceda a tutte le possibilità diagnostiche e terapeutiche più efficaci e moderne. L'efficacia dei trattamenti integrati è tale se, e solo se, tutto il processo di cura del paziente viene effettuato in tempi ragionevoli e con il supporto di tutti gli specialisti. Da ciò deriva la necessità di stimare e misurare come queste strategie diagnostiche e terapeutiche siano realmente integrate tra loro e l'esito dei percorsi in termini di outcome. Con queste considerazioni e intenti, si è sviluppato il modello oggi proposto, generatosi dalle evidenze scientifiche, dalla analisi dei PDTA realizzati a livello nazionale, e dai dati riportati in 4 centri di riferimento. Questa analisi – ha concluso Bria - servirà a ottimizzare i percorsi e a generare nuove ipotesi di intervento al fine di ulteriormente migliorare la strategia integrata di trattamento dove funziona, e supportare con dati alla mano interventi strategici decisivi dove essa è assente o carente in elementi decisivi”.

“L'Istituto Nazionale Tumori Irccs Fondazione G. Pascale Irccs di Napoli crede fortemente nel modello proposto – ha affermato **Alessandro Morabito**, Direttore Struttura Complessa Oncologia Medica Toraco-Polmonare dell'Istituto Pascale - ed ha da molti anni attivato un gruppo oncologico multidisciplinare (Gom) per i tumori polmonari, all'interno del quale vengono di routine discussi tutti i casi dei pazienti in fase iniziale o localmente avanzata che richiedono trattamenti integrati ed i casi più complessi dei pazienti con malattia avanzata che si possono avvantaggiare delle diverse competenze multidisciplinari (circa 350 casi all'anno). Attualmente – continua - con l'attivazione della Rete Oncologica Campana (Roc), tutti i pazienti con diagnosi certa o sospetta di neoplasia polmonare vengono discussi all'interno del Gom polmone, che ha pertanto implementato notevolmente la sua attività nel 2019. Ma la maggiore innovazione del 2019 è stata l'istituzione del Molecular Tumor Board, il cui obiettivo primario è quello di discutere le differenti opzioni terapeutiche sulla base dei risultati dell'analisi molecolare effettuata sul Dna del tumore del paziente. Il Mtb si riunisce proprio in presenza di casi clinici che richiedano l'interpretazione di risultati molecolari più complessi, con l'obiettivo finale di discutere tutti insieme e proporre le opzioni terapeutiche più mirate ed efficaci per il singolo paziente, nell'ottica di una vera medicina di precisione”.

L'integrazione si realizza mediante un team multidisciplinare, un gruppo di medici con diverse competenze (Oncologo, Chirurgo Toracico, Pneumologo, Radioterapista, Anatomopatologo) riuniti settimanalmente per discutere i casi. Il team dovrà non solo essere formalmente istituito dalla direzione aziendale ma la partecipazione dovrà esserne incentivata, per esempio riconoscendo crediti Ecm. È essenziale inoltre che il team multidisciplinare disponga di strumenti idonei a rendere immediatamente operative le proprie decisioni (per esempio rendendo immediatamente prenotabili visite e/o esami). In tale senso, la squadra di professionisti dovrà essere dotata anche delle tecnologie digitali.

La corretta implementazione dei percorsi, fondamentali per garantire la tempestività, l'equità e la qualità delle cure necessita dell'istituzione di due figure: un hospital nurse case manager e un community case manager. Il primo dovrà essere deputato alla gestione complessiva del processo di cura del paziente (a esempio gestione di visite ed esami, prenotazione degli appuntamenti per il singolo paziente) e dovrà supportare l'operatività del board (assicurandosi che il gruppo riceva con tempestività i referti degli esami e tutti i dati del paziente necessari a prendere le loro decisioni), mentre il secondo dovrà essere responsabile della presa in carico, ovvero fare da collegamento tra le diverse strutture sanitarie in cui il paziente potrebbe recarsi nel corso delle cure. Accanto all'istituzione di queste figure, è necessario che le strutture ospedaliere predispongano degli slot ambulatoriali dedicati a pazienti con carcinoma polmonare localmente avanzato (dedicare un certo ambulatorio di diagnostica – a esempio per fare una Tac - per una fascia di tempo periodica esclusivamente a questa tipologia di pazienti, in modo da accelerare l'iter diagnostico ed evitare che si protragga oltre le sei settimane), e che vi sia un'adeguata dotazione di risorse umane e tecnologiche e, infine, l'adeguata formazione dei professionisti deputati alla fase di analisi istologica e prelievo del materiale tumorale.

Infine, il modello proposto è corredato da un sistema di indicatori di valutazione, in grado di assicurare un continuo monitoraggio e miglioramento dei processi di cura per i pazienti con carcinoma polmonare non a piccole cellule localmente avanzato. Questi indicatori, sono stati sviluppati in un'ottica di 'value based healthcare' e organizzati secondo la logica della balance scorecard (scheda di valutazione bilanciata, ovvero un insieme di parametri di misura di performance), permettendo così di prendere in considerazione e valutare tutti gli impatti attesi sugli outcome e sui costi rispetto a scelte di modifica dell'organizzazione (interventi su struttura e processi) nonché di valutare i risultati ottenuti.

Marzia Caposio