

4 AZIONI PER CONTRASTARE IL TUMORE AL SENO

Dall'indagine conoscitiva, avente come tema "Iniziative di prevenzione del tabagismo e del tumore al seno in Italia" e conclusasi il 27 luglio 2005, emerge che il livello di diagnosi e cura dei tumori al seno in Italia, per altro già superiore alla media europea, può essere ulteriormente migliorato. Di seguito si elencano le misure che risultano proponibili, come obiettivi raggiungibili nei prossimi cinque anni, con la premessa che la loro piena applicazione necessita di preventivi strumenti di programmazione e controllo che possono essere individuati in:

1. Tavolo per nuove linee guida

Da attuarsi in collaborazione con i membri italiani delle società europee di senologia, i rappresentanti dell'AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica), i rappresentanti del SIS (Scuola Italiana di Senologia) per addivenire a linee guida che tengano conto della:

- a. trasformazione progressiva dei programmi cosiddetti di "screening di massa" in percorsi individuali di diagnosi precoce sulla base dei fattori di rischio delle singole donne;
- b. maggiore diffusione delle nuove tecnologie operatorie introdotte negli ultimi anni che si sono rivelate vantaggiose per le pazienti ma hanno costi che non rientrano negli attuali DRG chirurgici. Esempi sono la biopsia del linfonodo sentinella con radioisotopi ed esame istologico estemporaneo (pratica che per la sua validità va incentivata), l'asportazione di lesioni non palpabili con procedura radioimmunoguidata, il rimodellamento del seno controlaterale per mantenere l'armonia corporea. Si ritiene che sia possibile incentivare la diffusione di queste più moderne tecniche chirurgiche aumentando il valore del DRG per carcinoma mammario e finanziando tale aumento con una contemporanea abolizione del rimborso di esami di controllo postoperatori ormai riconosciuti come inutili.
- c. reintroduzione nei LEA del linfodrenaggio post-operatorio.

2. Tavolo per nuove linee guida con oncologi e senologi

Reperimento di risorse finanziarie tramite la revisione di procedure e prassi clinico-sanitarie ormai obsolete, quindi azzerare o ridurre drasticamente come fonte di spesa procedure quali:

- a. esami che si giustificano solo in un numero molto limitato di casi (10 per cento circa) ad elevato rischio di metastasi
 - scintigrafia ossea annuale per cinque anni nelle operate di carcinoma mammario;
 - ecografia epatica annuale;
 - radiografia del torace annuale;
- b. ecografie transvaginali con e senza isteroscopia in pazienti in terapia Tamoxifen (prassi che necessità di regolamentazione);

- c. dosaggio periodico dei marcatori tumorali che attualmente sono prescritti in quantità eccessiva e ingiustificata;

Le risorse liberate dall'elaborazione, assieme ad oncologi e senologi, delle suddette linee guida possono essere utilizzate per introdurre nuove procedure quali il possibile abbassamento dell'età di accesso gratuito alle tecniche diagnostiche, qualora esistano specifici fattori di rischio.

3. Ricerca farmaceutica

(quale contributo al tema della riduzione della spesa farmaceutica nel carcinoma mammario)

L'esempio del farmaco Hercepin è illuminante su come ci troveremo sempre più di fronte a scelte eticamente difficili nell'uso dei nuovi farmaci nella cura del carcinoma mammario. Il farmaco infatti è utilissimo ma solo in un numero molto limitato e specifico di pazienti. Poiché tale farmaco è molto costoso è fondamentale somministrarlo solo a chi ne può davvero beneficiare. Inoltre non è nota la durata del trattamento ottimale e nessuna industria farmaceutica finanzia mai, per ovvie ragioni, uno studio che valuti la possibilità di ottenere lo stesso risultato terapeutico con somministrazioni di durata inferiore.

Si propone di collegarsi per esempio all'esperienza francese in cui il governo si è fatto carico della questione assegnando all'Istituto Nazionale di Oncologia (INCa), Institut National du Cancer) il compito di valutare l'efficacia di una somministrazione semestrale di Hercepin invece che annuale, con ovvio, conseguente, dimezzamento dei costi (Studio PHARE, circa 7.000 pazienti in due anni).

I ricercatori francesi hanno dichiarato che se anche noi italiani studiassimo 4.000 pazienti, la ricerca ne avrebbe grande beneficio (CancerWorld n. 12, pag. 29, June 06).

4. Facendo riferimento alla piena autonomia decisionale della donna, predisporre una corretta informazione dell'allattamento al seno come uno dei possibili fattori della prevenzione al tumore al seno.

5 AZIONI POSITIVE PER CONTRASTARE L' ENDOMETRIOSI

Dall'indagine conoscitiva, avente come tema "Fenomeno dell'endometriosi" conclusasi il 18 gennaio 2006, emerge che l'endometriosi è una malattia:

- che colpisce in Europa 1 donna su 10 in età riproduttiva causando dolori pelvici cronici e può risultare, in molti casi, invalidante al punto da determinare uno stato di cronicità che altera in maniera profonda la qualità della vita di chi ne soffre;
- complessa, di difficile approccio diagnostico (tanto che viene stimato un periodo medio di circa 9 anni prima di giungere alla diagnosi) e terapeutico. Nei casi di interessamento multidistrettuale necessariamente coinvolge più figure specialistiche che collegialmente si dovrebbero confrontare per la migliore gestione della paziente;
- di grande impatto socio-economico, per le ripercussioni sulla sfera personale e familiare della persona che ne soffre, ma anche sul mondo del lavoro (assenze, congedi malattia per interventi, cambiamenti di lavoro, licenziamenti); per gli elevati costi sanitari per l'omissione della diagnosi che inevitabilmente porta a ripetere nel tempo esami spesso costosi, per i trattamenti chirurgici che necessitano di strutture d'eccellenza e tecnologie particolarmente sofisticate al fine di evitare complicanze dovute ad un improprio approccio alla patologia; per le terapie mediche con farmaci costosi e di lunga durata.

A tal fine è necessario considerare le determinanti sociali dell'endometriosi, ponendo la donna malata di endometriosi quale soggetto principale, al centro dell'approccio multidisciplinare, indispensabile per un corretto management della patologia.

Così, come già ampiamente convalidato dall'esperienza in altre patologie tumorali (vedi tumore al seno e le Brest Unit) e per una migliore risposta socio-sanitaria emerge la necessità che le Regioni, nell'ambito della loro programmazione sanitaria, si dotino di Unità specializzate che in maniera multidisciplinare affrontino la malattia. Questo porterebbe ad un reale beneficio, ad una migliore qualità della vita per la donna ed un oggettivo risparmio sanitario in quanto si ridurrebbero approcci inadeguati sia in campo chirurgico che farmacologico.

Per questo si propongono le seguenti azioni positive:

1. **Identificare indicatori specifici :**

va revisionato il **DRG**, in quanto l'attuale DRG n. 359 utilizzato **per la codifica della malattia endometriosica** e per il suo trattamento chirurgico è unico per qualsiasi stadio di malattia.

2. **Nota di segnalazione per gli GnRH-analoghi** dove nel modulo del piano terapeutico della nota 51 nel punto relativo alla diagnosi si inserisce la dizione "Endometriosi" non in maniera generica ma possibilmente specificando anche: lo stadio I-II o III-IV , l'endometriosi profonda, recidiva, e l'endometriosi-terapia medica alternativa alla chirurgia, terapia medica post chirurgia; per questo è

fondamentale che sia attivato da parte dell' AIFA una modalità di verifica sulla nota 51 da cui emerga che l'analogo del GnRH è stato *prescritto per l'indicazione endometriosi* e non per le altre indicazioni (cancro della mammella o cancro della prostata) e *quante fiale* sono state distribuite (in quanto un unico piano terapeutico è valido per un massimo di 6 mesi e pertanto massimo 6 fiale *per paziente*); questo risulterebbe particolarmente di rilievo anche per capire la spesa e la durata del trattamento.

3. Attivare registri regionali e un registro nazionale dedicato, a cura degli organismi competenti; creare attraverso l'attivazione di registri regionali un centro di coordinamento locale, seguendo l'esperienza maturata con il Registro siciliano di endometriosi; tale raccolta di dati potrebbe dare un prezioso contributo per fotografare la realtà italiana del fenomeno. L'obiettivo è di avere un archivio web di facile accesso e di immediata consultazione che permetta di conoscere dati epidemiologici, clinici e sociali ed economici in ambito nazionale. Parimenti è fondamentale che nasca in collaborazione con l'ISS un Centro di coordinamento nazionale, con il compito di gestire il "Registro nazionale endometriosi" creando una rete con soggetti istituzionali regionali e nazionali, anche non provvisti di attribuzioni di carattere sanitario.

4. Rapporto annuale sulle sperimentazioni cliniche:

Richiedere che l'Osservatorio Nazionale sulle Sperimentazioni Cliniche presso l'Aifa predisponga un rapporto annuale sulle sperimentazioni cliniche farmacologiche finalizzate, affinché nelle stesse venga adeguatamente valutato il genere femminile.

5. Istituire la Giornata Nazionale dell'Endometriosi

In conclusione ci preme sottolineare l'assoluta importanza degli interventi di prevenzione primaria legati alle determinanti ambientali e sociali delle possibili insorgenze di queste patologie che devono essere attivati e affiancati a quelli che assicurano la diagnosi precoce.