

SALUTE

Cancro, terapie top solo in 30 ospedali «Ora una rete tra periferie ed eccellenze»

VITO SALINARO

La preoccupazione degli oncologi: serve investire nei team multidisciplinari e accorciare le distanze tra i centri ad alta specializzazione e le strutture del territorio, sulle quali, però, pesano grandi problemi organizzativi. Dei 1.000 ospedali italiani, pubblici e privati, solo 30 (8 dei quali in Lombardia), erogano la terapia con radioligandi, l'ultima novità della medicina nucleare contro il cancro: si tratta di radiofarmaci che rilasciano radiazioni direttamente nelle cellule neoplastiche ovunque siano presenti, agendo quindi in modo altamente specifico e con estrema precisione.

E soltanto 35 ospedali del nostro Paese mettono a disposizione dei pazienti affetti da alcuni tumori del sangue, la terapia con Car-T, una innovativa procedura, in continuo perfezionamento, che "reingegnerizza" una parte delle cellule del sangue prelevate ai pazienti, istruendo i linfociti T ad attaccare e a distruggere quelle maligne.

E se un paziente necessita di sedute di protonterapia, che tratta sia i tumori sviluppati in organi critici o in sedi difficili da raggiungere, sia un crescente numero di neoplasie orfane di cura e che non rispondono alla radioterapia convenzionale, dovrà mettersi in fila per essere accettato nei tre centri italiani che la erogano: l'leo a Milano, il Centro nazionale di Adroterapia oncologica di Pavia e il Centro di protonterapia di Trento. Nel laboratorio dell'Infn (Istituto nazionale di fisica nucleare) di Catania, si curano invece i melanomi oculari. Questi trattamenti sono il presente e il futuro della lotta al cancro, e sono destinati a gruppi di pazienti in rapida crescita.

Richiedendo una specializzazione elevata, team multidisciplinari, oltre a tecnologie e laboratori d'avanguardia e molto costosi (i centri di protonterapia nel mondo sono un centinaio), non si può certo pensare di trovarli in ciascuna delle 1.000 case di cura sparse per il Paese. D'altra parte, non è neanche concepibile che il paziente oncologico gestito in nosocomio "periferici" e che non riesce a raggiungere i reparti di eccellenza degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e dei più prestigiosi ospedali universitari del Paese, siano destinati a campare di meno e peggio degli altri. Dunque, si pone un problema di accessibilità a queste terapie. A sentire l'Aiom (Associazione italiana oncologia medica), serve prima di tutto investire in équipe di specialisti adeguatamente formati, geograficamente ben distribuiti, che garantiscano ai pazienti il corretto e più aggiornato percorso di cura, che potrà poi svolgersi nei centri altamente specializzati.

Le nuove terapie, come quella con radioligandi, afferma Maria Luisa De Rimini, presidente dell'Associazione italiana di medicina nucleare, «nei loro molteplici aspetti di gestione», necessitano però anche «di un indispensabile adeguamento infrastrutturale, essenziale perché possa essere garantita l'erogazione e perché queste strategie terapeutiche diventino opportunità di cura».



Avvenire

accessibile in modo uniforme sul territorio ». Ottimizzarne l'impiego, «assicurerebbe equità di accesso in tutte le regioni». Impossibile avere tutto in ogni ospedale. Ma, aggiunge De Rimini, si può e si deve almeno «superare la disomogeneità di distribuzione geografica aumentando il numero di strutture » in grado di offrire le nuove terapie. Perché l'obiettivo è «eliminare il fenomeno dell'immigrazione sanitaria che spesso costringe pazienti e loro familiari a disagi da lunghi viaggi».

Fondamentali, così come raccomanda il Piano oncologico nazionale, sono i gruppi multidisciplinari. Per molti tumori, oltre ad oncologi ed ematologi, serve una condivisione del piano terapeutico che comprenda anche figure molto diverse: dal medico nucleare all'endocrinologo, dal patologo allo specialista di fisica medica, al radiologo.

Se è vero che per un cambio di passo bisogna investire in tecnologie e formazione, è altrettanto vero che i soldi impiegati sarebbero non solo ben spesi ma anche destinati a tornare indietro con gli interessi. Perché il ricorso sempre più frequente alla personalizzazione delle cure è garanzia di maggiore efficacia e, di conseguenza, come rileva l'Aiom, di una consistente riduzione dei costi di ospedalizzazione. Per la terapia con radioligandi, per esempio, servono uno, massimo due giorni in reparto ogni sei-otto settimane, per un totale di 4 cicli. A tutto vantaggio del nostro traballante bilancio sanitario.

«Anche le più recenti linee guida Aiom-ItaNet – sottolinea il presidente eletto Aiom, Massimo Di Maio, docente di Oncologia all'Università di Torino, e direttore dell'Oncologia medica all'Ospedale Mauriziano del capoluogo piemontese – sanciscono l'importanza della condivisione delle scelte terapeutiche e la necessità di inserire il paziente in un percorso integrato e dedicato, gestito». Per restare alla terapia con radioligandi, confinata al momento in pochi istituti, «è importante che i team multidisciplinari dei centri periferici siano messi in condizione di lavorare quanto più possibile a stretto contatto con l'expertise centrale delle strutture in grado di prendere in carico i pazienti». Non proprio una formalità, stando a quanto denuncia il Cipomo (Collegio dei primari oncologi medici ospedalieri) per il quale le strutture di oncologia medica italiane, «soffrono negli aspetti organizzativi interni e nella gestione del percorso del paziente dall'ospedale al territorio». Non solo: meno della metà di queste unità (circa il 40%), ha una connessione strutturata con i dipartimenti di prevenzione primaria e secondaria e con centri screening; una cartella informatizzata manca nel 66% delle strutture, ed è condivisa con il territorio solo nell'8% dei casi. Come dire: intanti ospedali le terapie top possono attendere RIPRODUZIONE RISERVATA L'Aiom: con le cure personalizzate migliorano qualità ed efficacia, inoltre si garantiscono importanti risparmi per il sistema sanitario, grazie alla riduzione dei tempi di ospedalizzazione.