

# oncologia IN RETE

Giornale di formazione e informazione della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta

Aprile 2013 n. 21  
anno 7

## Sommario

Editoriale	1
Casi clinici	6
Progetto	11
Dalle Reti della Rete	14
Congressi	18
La Voce del Direttore	22

■ **Francesco Cattel**  
SC Farmacia, AO Città  
della Salute e della  
Scienza Presidio  
Molinette, Torino

Editoriale

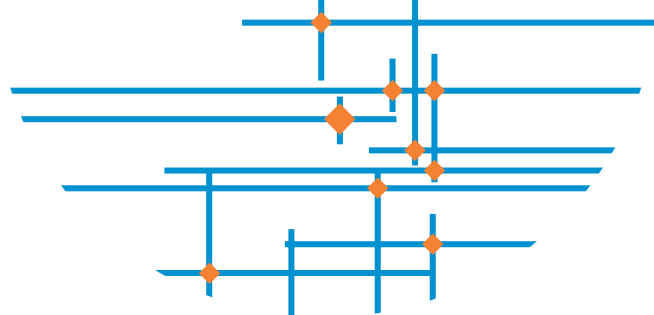
A cura di **Giorgio Vellani**

## Garanzie per la salute

In un'epoca sempre più orientata all'ottimizzazione delle risorse

la farmacoeconomia è uno strumento essenziale per operare scelte che garantiscano, oltre al contenimento dei costi, la massima tutela della salute.

Ne è un esempio quest'analisi HTA che confronta gli attuali trattamenti del mCRC al fine di identificare quello con il miglior rapporto costo-beneficio



■ **Importanza del metodo scientifico nella gestione delle risorse economiche in sanità**

■ Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano, in linea con il dettato costituzionale garantisce a tutti i cittadini indistintamente il diritto alla salute (Art. 32 della Costituzione).

Le risorse disponibili a supporto di tale servizio sono tuttavia limitate, di conseguenza il finanziamento pubblico è sottoposto a continue misure di razionalizzazione in termini di riduzione degli sprechi e di appropriatezza delle cure. La riforma inserita nel Dlg. 502/92 ha introdotto il nuovo concetto di aziendalizzazione delle strutture ospedaliere, includendo strumenti di governance di tipo privatistico, finalizzato a un graduale processo di ottimizzazione della gestione delle risorse pubbliche. La richiesta del contenimento dei costi e la crescente domanda di salute da parte dei cittadini ha innescato problematiche sul piano etico in merito alle scelte di politica sanitaria, secondo i principi universalmente condivisi di equità, giustizia e appropriatezza delle cure.

■ **La farmacoeconomia: la base per il decision making**

■ In una condizione di risorse limitate e insufficienti a soddisfare tutti i bisogni sanitari della popolazione, chi ha la responsabilità e il potere di decidere come allocarle è chiamato ad attuare scelte che ripartiscano queste risorse nel miglior modo possibile. Concetti quali scarsità e scelte coinvolgono tutti i decisori impegnati nel progettare e organizzare l'assistenza sanitaria: le risorse disponibili sono sempre meno sufficienti per consentire una disponibilità di tutti gli interventi sanitari e in quest'ottica risulta doveroso effettuare scelte che molto spesso portano a una difficile decisione. La domanda che "dovrebbe" sorgere spontanea e quantomeno doverosa, in un periodo storico come quello in cui ci troviamo a vivere, è: come possono le scarse risorse sanitarie destinate a un'assistenza sanitaria essere allocate/utilizzate al meglio, al fine di massimizzare il guadagno in termini di salute?

■ La farmacoeconomia non deve essere intesa come il risparmio nella spesa farmaceutica, ma come il modo di sfruttare al meglio le risorse finanziarie disponibili, fornendo gli elementi necessari per stabilire quali siano i trattamenti farmacologici con il miglior rapporto costo-efficacia. L'obiettivo del decisore, in termini di contenimento della spesa, è infatti l'applicazio-

ne di un metodo scientifico appropriato e il più possibile condiviso, al fine di razionalizzare e non razionare le risorse; la farmacoeconomia si pone quindi come strumento guida per il decision making.

La valutazione dei dati clinici - più spesso definita in tempi recenti come valutazione delle evidenze - è da tutti riconosciuta come lo strumento principale per decidere l'approvazione e la non-approvazione di un trattamento a vari livelli. Il prodotto di un'analisi farmacoeconomica rappresenta il passo successivo, cioè la comparazione in termini di beneficio clinico e di costi dei farmaci innovativi.

Lo sviluppo delle cosiddette tecniche di farmacoeconomia o health technology assessment (HTA) - ossia la valutazione della tecnologia sanitaria che analizza l'introduzione di una nuova tecnologia nel sistema sanitario sotto diversi punti di vista (medico, sociale, etico, organizzativo ed economico) - ha come compito fondamentale quello di esaminare sistematicamente le conseguenze a breve e lungo termine dell'applicazione di tale tecnologia in termini di consumo di risorse sanitarie.

■ **Lo stato dell'arte nella gestione del tumore coloretale metastatico**

■ Il problema della sostenibilità economica è in forte ascesa anche in campo oncologico, dove i bisogni sono in aumento mentre le risorse economiche del SSN sono sempre più limitate. Il medico oncologo e il farmacista ospedaliero, che gestiscono le terapie anti-neoplastiche, dovrebbero saper riconoscere e valutare i principali parametri di un HTA per poter supportare il razionale alla base della scelta terapeutica.

Un esempio può venire dalla gestione del tumore coloretale metastatico (mCRC), nel cui ambito di recente è stato pubblicato il primo HTA a livello italiano che ha valutato il farmaco cetuximab in confronto a tutte le altre terapie impiegate nel trattamento di prima linea.

■ Tale HTA è stato scritto da un gruppo misto di esperti di oncologia clinica, di analisi chimico-molecolari nella pratica clinica, di gestione di farmacia ospedaliera e di farmacoeconomia riconosciuti a livello italiano con l'obiettivo di confrontare nella nostra realtà il profilo di costo-efficacia di cetuximab (in associazione alle chemioterapie standard quali FOLFOX-4 e FOLFIRI) rispetto alle principali terapie indicate nel trattamento di prima linea del mCRC (bevacizumab + FOLFOX-4, pa-



nitumumab + FOLFOX-4, FOLFOX-4 e FOLFIRI). Sono stati valutati gli esiti - in anni di vita guadagnati e in anni di vita guadagnati aggiustati per la qualità di vita (QALY) - e i costi associati a cia-

scuna terapia di prima linea nei pazienti affetti da colon-retto metastatico con gene Kras wild type e metastasi limitate al fegato non operabili (Tabelle 1 e 2).

**Tabella 1**  
Analisi della sopravvivenza e del QALY

Trattamento	Sopravvivenza (mesi)	Sopravvivenza libera da malattia (anni)	QALY	Costo (€)
<b>Cetuximab + FOLFOX-4</b>	46,63	0,67	2,92	29.557
<b>Bevacizumab + FOLFOX-4</b>	34,09	0,74	2,12	25.128
<b>Panitumumab + FOLFOX-4</b>	34,81	0,82	2,17	32.119
<b>FOLFOX-4</b>	32,51	0,56	2,01	17.643
<b>Cetuximab + FOLFIRI</b>	46,96	0,70	2,94	29.154
<b>FOLFIRI</b>	25,95	0,74	1,60	15.983

**Tabella 2**

Analisi dei costi per anno di vita guadagnato e dei costi per QALY

Alternative	ICER costo per anno di vita (€)	Esito dell'analisi	ICER costo per QALY (€)	Esito dell'analisi
<b>Cetuximab + FOLFOX-4 vs bevacizumab + FOLFOX-4</b>	4.237	Cetuximab costo-efficace	5.507	Cetuximab costo-efficace
<b>Cetuximab + FOLFOX-4 vs panitunumab + FOLFOX-4</b>	-2.601	Cetuximab dominante	-3.388	Cetuximab dominante
<b>Cetuximab + FOLFOX-4 vs FOLFOX-4</b>	10.120	Cetuximab costo-efficace	13.107	Cetuximab costo-efficace
<b>Cetuximab + FOLFIRI vs FOLFIRI</b>	7.521	Cetuximab costo-efficace	9.769	Cetuximab costo-efficace
<b>Cetuximab + FOLFIRI vs bevacizumab + FOLFOX-4</b>	3.753	Cetuximab costo-efficace	4.876	Cetuximab costo-efficace
<b>Cetuximab + FOLFIRI vs panitunumab + FOLFOX-4</b>	-2.928	Cetuximab dominante	-3.811	Cetuximab dominante



■ I risultati dell'analisi farmacoeconomica hanno confermato che la terapia con cetuximab in associazione alla chemioterapia standard costituisce un'opzione costo-efficace rispetto a tutte le altre alternative attualmente disponibili per il trattamento del mCRC (bevacizumab + FOLFOX-4, FOLFOX-4 e FOLFIRI) e che quindi può rappresentare un'alternativa economicamente sostenibile per il SSN italiano. Questi dati rafforzano il concetto secondo cui le terapie personalizzate permettono a priori la selezione dei pazienti della prima linea terapeutica, offrendo quindi un maggiore beneficio clinico per la popolazione selezionata, evitando "sprechi" e minimizzando l'insorgenza di eventi avversi. Da qui la racco-

mandazione a uno screening completo della popolazione affetta da mCRC con il test Kras, anch'esso economicamente sostenibile da parte del SSN.

■ Se ne conclude che questo tipo di strumento può essere di supporto a professionisti sanitari quali farmacisti ospedalieri e medici oncologi, fornendo loro strumenti scientifici che guidino i decisori della spesa su una scelta razionale e validata nell'adozione di una nuova terapia o tecnologia sanitaria. Ben si comprende che il momento decisionale clinico ed economico deve essere uno solo, e che esso non può prescindere dalla diretta partecipazione dei clinici alla valutazione del rapporto costo-efficacia.

## BIBLIOGRAFIA

Barone C. et al. Cetuximab nel trattamento di prima linea del carcinoma metastatico del colon-retto. *Farmeconomia. Health economics and therapeutic pathways* 2012; 13 (Suppl 1):1-80

## Riduzioni benefiche

In questa forma aggressiva di malattia coloretale il trattamento a base di cetuximab e FOLFOX consente di effettuare la resezione metastatica e di ottenere un'ulteriore riduzione delle lesioni epatiche dopo una rapida progressione postoperatoria, a fronte di un buon profilo di tollerabilità

CASO CLINICO 1

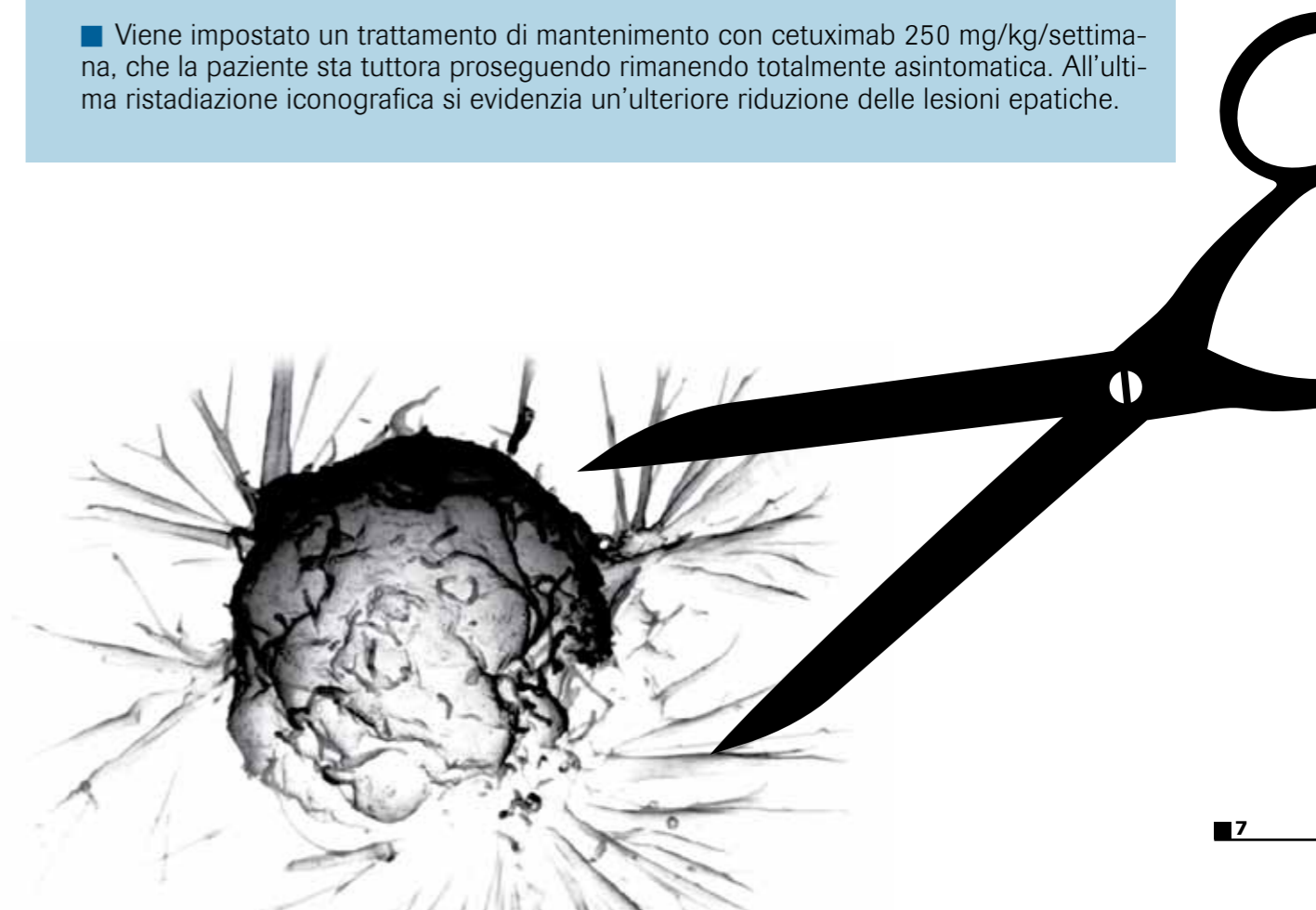
### Carcinoma del sigma metastatico

**Chiara Baratelli, Azzurra Ottone**

Oncologia Medica, Ospedale S. Luigi Orbassano, Torino

- Donna di 62 anni, in ottime condizioni generali, a ottobre 2011 si presenta per su-bocclusione intestinale. In anamnesi patologica remota viene segnalata unicamente ipertensione arteriosa in trattamento farmacologico. Nessuna allergia nota.
- La paziente esegue RSCS che mostra eteroplasia stenotomica del sigma. L'esame istologico evidenzia frustoli di adenocarcinoma del grosso intestino. Alla TC torace + addome in toto con mdc si rilevano multiple lesioni secondarie epatiche. In considerazione del quadro subocclusivo viene posta indicazione a intervento di resezione del sigma e a successiva rivalutazione oncologica; non è indicata la resezione delle lesioni metastatiche per estensione della malattia a livello epatico.
- La paziente è sottoposta a resezione del sigma per via laparoscopica nel mese di ottobre. L'esame istologico evidenzia adenocarcinoma G2, pT3pN1b M1, con invasione vascolare e budding tumorale di basso grado. All'analisi mutazionale la paziente risulta Kras wild type.
- Alla RMN addome effettuata a dicembre si evidenzia un incremento dimensionale delle lesioni epatiche di circa il 25-30%, nello specifico una lesione secondaria in S7 di 130 mm di diametro, una lesione in S6 di 26 mm di diametro e una lesione in S8 di 50 mm di diametro.
- In considerazione dell'estensione di malattia la paziente inizia un trattamento citostatico di prima linea secondo lo schema FOLFOX2 (5-fluorouracile 1.500 mg/mq/die giorni 1 e 2 in infusione continua; oxaliplatino 100 mg/mq giorno 1, calcio levofolinato 300 mg/mq giorni 1 e 2) associato a cetuximab (dose di induzione 400 mg/kg seguito da 250 mg/kg/settimana). Il trattamento è ottimamente tollerato, fatta eccezione per una follicolite di grado I WHO al volto e per una neuropatia periferica di grado I WHO a partire dal terzo ciclo di terapia.

- La RMN addome eseguita a febbraio 2012 mostra una riduzione volumetrica e numerica delle lesioni ripetitive, in particolare della lesione del VI segmento (ridotta a 15 mm), del VII segmento (ridotta a 70 mm) e dell'VIII segmento, S8 (ridotta a 21 mm); la scomparsa delle lesioni più piccole è pressoché completa.
- In considerazione dell'ottima risposta, nel mese di aprile la paziente è sottoposta a intervento di resezione epatica di S6-S7 + enucleoresezione di S8 e S4 + colecistectomia + enucleoresezione di S3. L'esame istologico evidenzia una metastasi di adenocarcinoma di tipo intestinale nel fegato, con estesa reazione granulomatosa focalmente gigantomacrocitaria e distanza minima dal margine di resezione di 1 mm.
- Alla TC postoperatoria effettuata a maggio si evidenzia la comparsa di alcune lesioni solide ipodense delle dimensioni di 14 mm in sede subglissoniana di S4, 13 mm in sede anteriore tra S2 ed S3, 24 mm in sede retrocavale di S5, 20 mm, 16 mm e 10 mm in S5.
- A giugno la paziente ricomincia la chemioterapia (chemioterapia postoperatoria) secondo lo schema FOLFOX + cetuximab che viene terminato in agosto. La TC torace + addome in toto con mdc eseguita subito dopo mostra una netta riduzione dimensionale delle lesioni epatiche. La lesione retrocavale risulta immo-dificata, così come i restanti reperti.
- Viene impostato un trattamento di mantenimento con cetuximab 250 mg/kg/settimana, che la paziente sta tuttora proseguendo rimanendo totalmente asintomatica. All'ultima ristadiografia iconografica si evidenzia un'ulteriore riduzione delle lesioni epatiche.



# Mantenere il controllo

In questa donna affetta da carcinoma coloretale con lesione epatica ampiamente estesa l'aggiunta di cetuximab a FOLFOX ottiene un effetto citoriduttivo che rende operabili sia il tumore primitivo sia la metastasi e induce un buon controllo della malattia epatica

## CASO CLINICO 2

## Carcinoma del colon trasverso metastatico

**Chiara Baratelli, Azzurra Ottone**

Oncologia Medica, Ospedale S. Luigi Orbassano, Torino

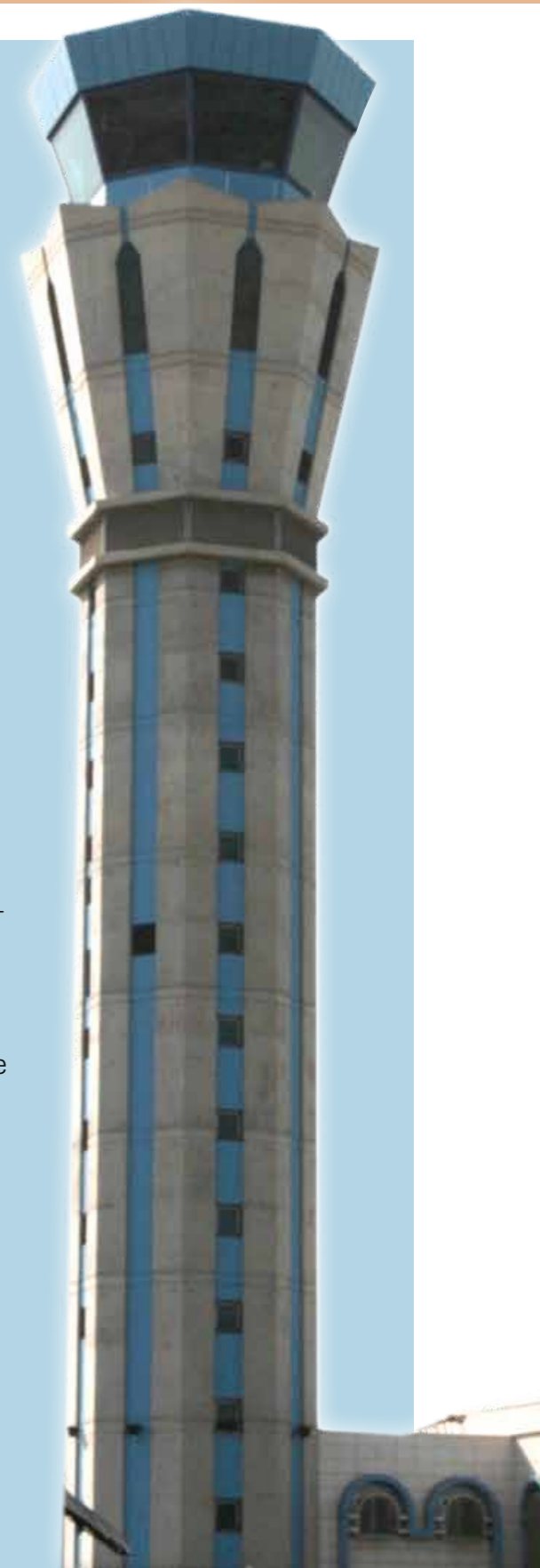
- Donna di 64 anni, si presenta a febbraio 2011 per astenia. In anamnesi è segnalato unicamente il morbo di Basedow in trattamento tireosoppressivo.
- Dagli accertamenti laboratoristici e strumentali si riscontrano anemia sideropenica (Hb 8,6 g/dl), lesione discariocinetica del colon trasverso (massa infiltrante-ulcerata sanguinante che all'esame istologico risulta displasia grave di alto grado con alcuni segni di invasione stromale indicativi di adenocarcinoma) e singola lesione ripetitiva epatica (86 x 68 mm) coinvolgente i segmenti I, II, IV e VIII e infiltrante le vene sovraepatiche sinistra e media. La consulenza chirurgica non pone indicazione all'intervento resettivo.
- Alla valutazione clinica la paziente si presenta in ottime condizioni generali e in assenza di sintomatologia di rilievo; in considerazione quindi del performance status, dell'età e delle caratteristiche di malattia si ritiene indicato un trattamento oncologico specifico a scopo citoriduttivo seguito da nuova eventuale valutazione chirurgica. All'analisi mutazionale somatica del gene Kras non si evidenzia alcuna mutazione a carico dei codoni 12-13-61-146, per cui si decide di associare alla chemioterapia di prima linea (FOLFOX) cetuximab ogni 14 giorni.
- A febbraio la paziente effettua il primo ciclo di terapia. A distanza di 7 giorni la donna si presenta per comparsa di rash cutaneo di grado I WHO sul volto, con prurito e bruciore associati; si imposta quindi terapia con unguento idratante, antidolorifico e antistaminico al bisogno, che induce un netto miglioramento del quadro.
- A maggio, dopo il quinto ciclo di trattamento, la TC torace e addome completo con mdc evidenzia una netta riduzione dimensionale della lesione ripetitiva epatica (diametro massimo di 4 cm), indissociabile dalla vena cava inferiore e delle sovraepatiche mediana e sinistra, e due lesioni a livello di S6 e S7 del diametro massimo di 1 cm. In attesa della rivalutazione chirurgica vengono effettuati due ulteriori cicli di terapia.
- Successivamente, in considerazione della netta riduzione dimensionale della lesione epatica (confermata da TC e RMN addome con mdc eseguiti ad agosto), si ritiene indi-

cato l'intervento chirurgico, pertanto a settembre la paziente è sottoposta a intervento di epatectomia sinistra allargata al I e all'VIII segmento epatico + colectomia trasversa con anastomosi colo-colica latero-laterale. All'esame istologico risulta adenocarcinoma del colon G2-G3, pT3pN1 + metastasi epatica di adenocarcinoma ben differenziato di 3,2 cm con aspetto morfologico compatibile con l'origine colica.

■ Da metà ottobre a metà novembre sono eseguiti due ulteriori cicli di trattamento postoperatorio con lo stesso schema terapeutico, complicati e in due occasioni rinviati a causa della tossicità midollare (neutropenia di grado II WHO e lieve piastrinopenia). A fine novembre, in considerazione della persistenza dei valori ridotti di neutrofili e piastrine, si decide di sospendere definitivamente il trattamento. Alla TC di ristadiazione effettuata a dicembre non risultano segni di recidiva di malattia o di secondarietà d'organo. Si imposta quindi il follow up.

■ Alla TC eseguita a marzo 2012 si evidenziano multiple lesioni polmonari bilaterali di dimensioni comprese tra 4 e 10 mm; non sono presenti segni di ripresa di malattia in ambito addominale, in presenza di ispessimento della regione antro-piloica gastrica, del surrene sinistro e di multipli piccoli linfonodi periaortici (diametro massimo 12 mm).

■ Nel complesso la terapia è stata ben tollerata dalla paziente, che ha presentato quali principali effetti collaterali una neutropenia di grado II WHO e una lieve piastrinopenia (90.000/ $\mu$ l) associata a persistenti gengivorragie. La sintomatologia pruriginosa e la follicolite sono state ben controllate dall'assunzione di ebastina e da applicazioni locali di zolfo colloidale e acido salicilico. Pertanto l'utilizzo del trattamento combinato di chemioterapia e di farmaco biologico ha permesso di raggiungere un effetto citoriduttivo tale da rendere operabile sia il tumore primitivo sia la grossa lesione epatica, con un tempo alla progressione di circa 28 settimane dall'intervento.



## Progetto ■ Il “peso” dell'alimentazione

In linea con le molte iniziative impegnate a realizzare un approccio olistico alla prevenzione tumorale è nato il progetto Follow up e Stili di Vita, il cui obiettivo è promuovere comportamenti corretti con particolare attenzione all'alimentazione, che rappresenta la seconda causa prevenibile di cancro

### ■ Oscar Bertetto

Dipartimento Interaziendale Interregionale Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta

#### Progetto:

Follow up  
e Stili di Vita

#### Responsabile del progetto:

Oscar Bertetto

■ Guardare alla persona come centro dell'intervento di prevenzione significa saperla “leggere” nel contesto in cui si trova, collocandola in una situazione dinamica di relazione con le persone, ma anche con gli agenti biologici, chimici e fisici ambientali e con le strutture abitative, ricreative e lavorative. Secondo tale visione la prevenzione non può pensare a singoli interventi, ma deve mirare a far sì che tutto quanto circonda e compenetra la persona possa concorrere al suo benessere.

■ È stato stimato che circa il 30% di tutte le forme di tumore nei Paesi industrializzati è ricollegabile a fattori nutrizionali, collocando la dieta al secondo posto dopo il tabagismo fra le cause prevenibili (Figura 1, pag 12). Un bilancio calorico positivo, con successivo accumulo di tessuto adiposo, e



### Chiara Baratelli, Azzurra Ottone

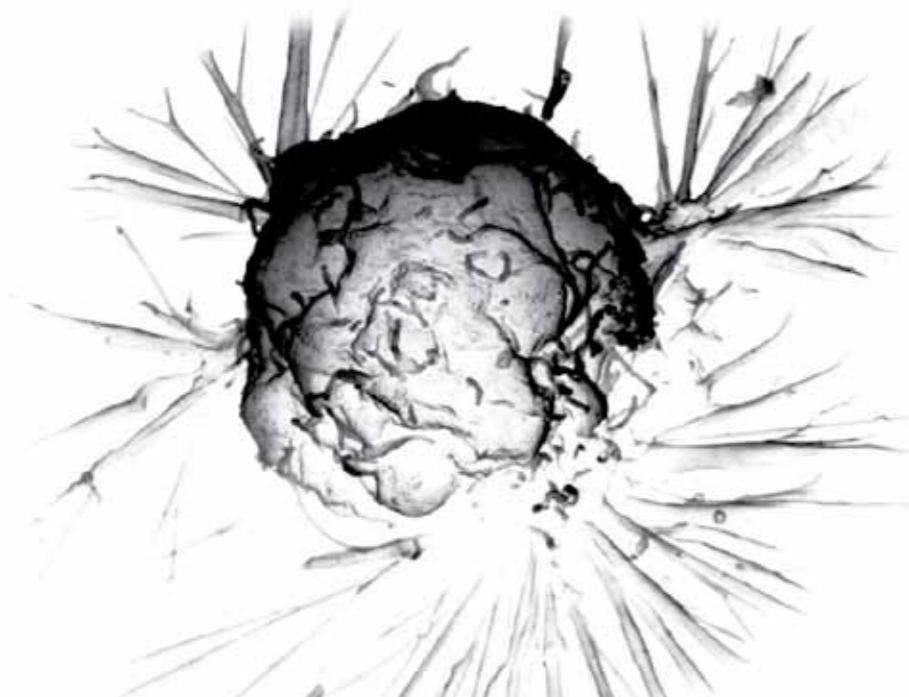
Oncologia Medica, Ospedale S. Luigi Orbassano, Torino

■ In entrambi i casi clinici cetuximab in associazione a fluorofolati e oxaliplatino ha dimostrato di essere una terapia estremamente efficace per il trattamento di prima linea del tumore coloretale metastatico, capace di agire sinergicamente nel rendere resecabile una malattia metastatica giudicata inizialmente inoperabile.

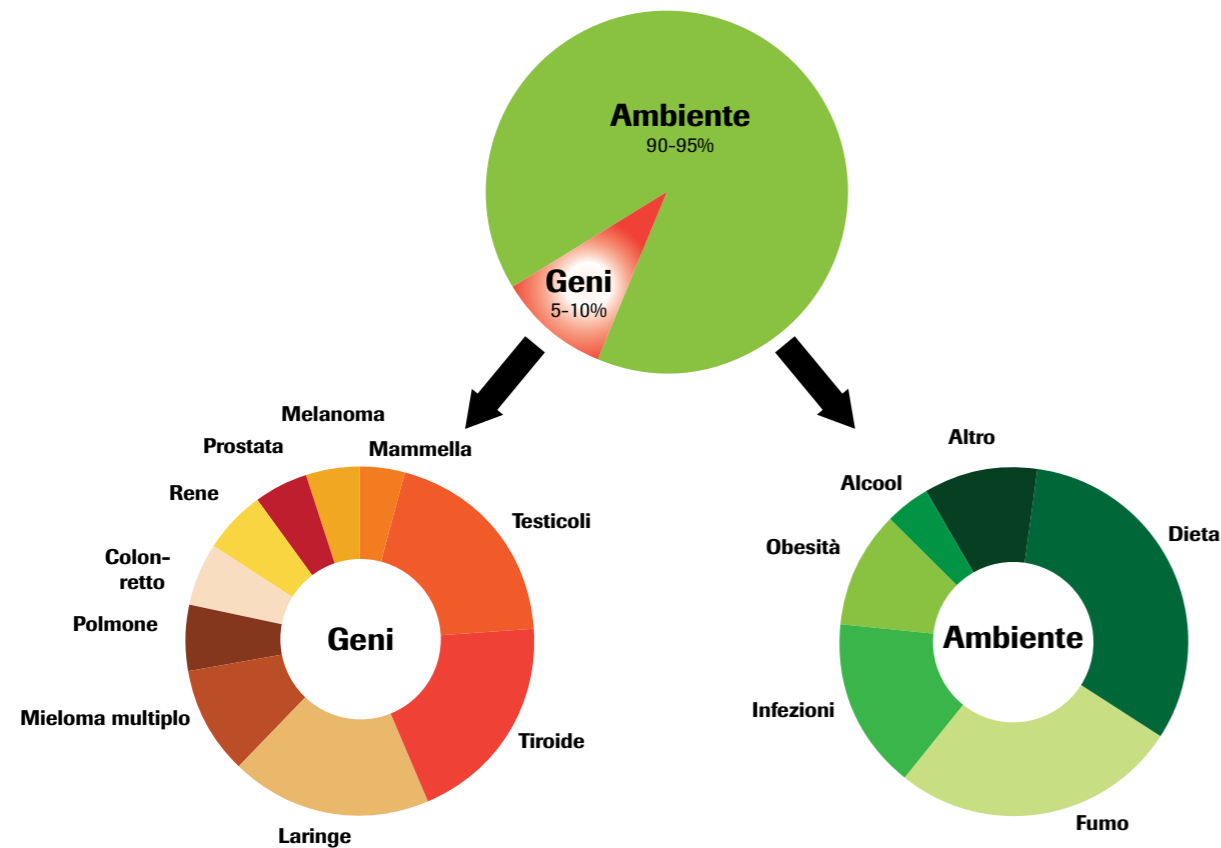
■ Inoltre l'ottenimento di un'ulteriore risposta parziale dopo rapida progressione postoperatoria in una malattia con caratteristiche biologiche aggressive come quella presentata nel primo caso conferma la validità del trattamento con il farmaco biologico.

■ Nel secondo caso l'assenza di ripresa di malattia a livello epatico malgrado l'iniziale estensione e il lungo tempo alla progressione avvalorano l'ipotesi che l'aggiunta dell'anti-EGFR ai chemioterapici in prima linea ne incrementi l'efficacia.

■ Dai casi presentati emerge dunque che il rapporto costo/beneficio di cetuximab è a favore di quest'ultimo grazie al potenziamento dell'attività citoriduttiva a fronte di un profilo di tossicità più che accettabile.



**Figura 1**  
Cause biologiche e ambientali dei tumori



l'aumento di peso, misurabile attraverso l'indice di massa corporea e la circonferenza addominale, rappresentano un fattore di rischio per numerosi tumori, tra cui quelli del tratto gastroenterico, del pancreas, del polmone, della mammella, dell'endometrio, della prostata e del rene. In Italia 3-4 abitanti su 10 sono in sovrappeso o obesi, con una tendenza all'aumento negli ultimi anni; il fenomeno non risparmia i bambini: la prevalenza media nella fascia di età di 6-9 anni è del 34%, tra le più alte di Europa. Tanto il Codice Europeo contro il Cancro quanto l'Organizzazione Mondiale della Sanità hanno promosso dal 2004 una strategia globale relativamente a dieta, attività fisica e salute, raccomandando un approccio multisettoriale al problema e l'attivazione di interventi di tipo comportamentale (modificazioni dello stile di vita individuale) e sociale (creazione di condizioni atte a cambiare i comportamenti).

■ In Italia - con l'Intesa tra Stato, Regioni e Province Autonome del 23 marzo 2005 - è stato attuato il Piano Nazionale della Prevenzione che ha individuato nell'obesità un problema di salute prioritario. La pianificazione regionale è inoltre supportata da programmi mirati alla definizio-

ne di un sistema di sorveglianza nei confronti di sovrappeso e obesità, pattern nutrizionali e attività fisica nella popolazione italiana da parte del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) e delle Regioni e Province Autonome.

- A partire da questi presupposti sono state tracciate le linee di indirizzo, gli obiettivi e il piano di attività per il 2012 del Dipartimento Rete Oncologica sulla Prevenzione Primaria e lo Screening rivolti a:
- collaborare con le aziende sanitarie della Rete per promuovere la riduzione del tabagismo, dell'assunzione di alcool e dei livelli di cancerogeni presenti negli ambienti di vita e di lavoro e per contrastare la diffusione di agenti infettivi e di abitudini scorrette relative ad alimentazione e sedentarietà
  - definire un progetto per coinvolgere i Gruppi Interdisciplinari Cure (GIC) neoplasie della mammella e del colon retto volto a utilizzare le visite di follow up quali momento di monitoraggio dell'efficacia degli interventi finalizzati a promuovere i corretti stili di vita nelle persone già colpite dalla malattia
  - collaborare con il Centro Prevenzione Onco-

logica (CPO) per indurre modificazioni che promuovano la salute nei cittadini sottoposti a programmi di screening e per garantire le corrette prestazioni di diagnosi, stadiazione e cura nei casi positivi, la trasmissione dei dati delle visite di follow up e il concorso alle campagne di sensibilizzazione per l'adesione agli screening programmati.

■ A questa iniziale definizione di intenti ha fatto seguito l'organizzazione del congresso "Alimentazione e attività fisica contro le malattie del benessere. Cosa può fare la Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta alla luce delle evidenze scientifiche" svoltosi il 28 febbraio 2012 a Torino nell'Aula Magna Molinette Incontra. Il convegno ha posto le basi per lo sviluppo del progetto Follow up e Stili di Vita. Dopo una mattinata dedicata alla presentazione dello stato dell'arte, nel pomeriggio si sono riuniti tre gruppi di lavoro, rispettivamente focalizzati sui tumori mammari e ginecologici, sui tumori del colon retto e sulle neoplasie del pancreas, e le associazioni di volontariato impegnate in progetti sui temi discussi durante il convegno.

■ Il 14 maggio 2012 si è tenuto l'incontro tra i responsabili dei progetti sui cambiamenti alimentari e degli stili di vita già in corso nei diversi GIC e i componenti dei comitati scientifici delle associazioni di volontariato che promuovono iniziative su tali temi all'interno della Rete. Si è definita la composizione e il metodo di lavoro del comitato scientifico di Rete, che per l'avvio del progetto ha dovuto affrontare diverse criticità:

- il coinvolgimento di tutti gli operatori dei GIC attraverso una specifica formazione
- l'approvazione formale del progetto da parte dei direttori delle strutture interessate
- il coinvolgimento dei medici di medicina generale
- l'individuazione di parametri clinici misurabili nel tempo

- le modalità di collegamento con i progetti già esistenti Diana e Stivi
- l'identificazione di più agili collegamenti tra i GIC e le iniziative delle associazioni di volontariato
- l'individuazione dei servizi di prevenzione per estendere il progetto ai familiari più a rischio per profili genetici ed esposizione
- l'implementazione di progetti di attività motorie nei programmi attualmente in corso.

■ Il 18 giugno 2012 è stato presentato il programma del corso di formazione rivolto agli operatori componenti del GIC volti a sensibilizzare e individuare i pazienti. Il corso di formazione - due edizioni per il tumore della mammella e due per il tumore del colon, ciascuna di tre giornate, tenuti da docenti dell'Università di Psicologia di Torino - ha avuto l'avvio il 7 novembre 2012 e termine il 21 dicembre 2012. Le tre giornate hanno avuto un format di didattica attiva, dando agli uditori alcune informazioni di base relative alla componente interrelazionale che può svilupparsi nelle due patologie prese in considerazione. I dati di riduzione del rischio di recidiva nei tumori e l'attenzione agli aspetti nutrizionali sono decisamente più consolidati nell'ambito dei tumori della mammella, sia per sensibilità personale delle pazienti sia per le sollecitazioni da parte dei media quanto dei professionisti. È comunque necessario che la sensibilizzazione dei pazienti passi attraverso la responsabilizzazione degli stessi, evitando però il carico emotivo dato dal senso di colpa per le scorrette abitudini inveterate. Si cercherà quindi di adottare una comunicazione efficace che porti i professionisti a farsi promotori del cambiamento rivolto non solo ai pazienti ma anche alle loro famiglie. A partire da modelli organizzativi e di formazione di base si cercherà di rivolgere l'attenzione a una comunicazione che possa arrivare a sensibilizzare il gruppo e la realtà sociale in cui il paziente vive.

**BIBLIOGRAFIA**

Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012	Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro. Anni 2011-2013. Ministero della Salute	Parekh N et al. Obesity in cancer survival. <i>Ann Rev Nutr</i> 2012; 32: 311-342
Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2007-2008. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali	AIRTUM Working Group. I tumori in Italia. Rapporto 2010. <i>Epidemiol Prev</i> 2010; 34 (5-6 suppl 2)	Demark-Wahnefried W et al. Weight management and its role in breast cancer rehabilitation. <i>Cancer</i> 2012; 118: 2277-2287

## Un viaggio da raccontare

La Rete degli Assistenti Sociali ha realizzato in questi anni una serie di importanti iniziative - tra cui la *Guida ai Servizi* - volte ad accompagnare il paziente oncologico nel suo percorso di cura e ad aiutarlo a integrarsi e orientarsi nella realtà socio-sanitaria che lo circonda

### ■ Lorella Perugini

Servizio Sociale Aziendale, ASL Vercelli

### ■ Patrizia Martinoli

Servizio Sociale Aziendale, AOU Maggiore della Carità, Novara

■ Vogliamo raccontarvi il viaggio che in qualità di assistenti sociali della Rete Oncologica - Rete istituita dalla Regione Piemonte con determina regionale nel 2004 - abbiamo intrapreso ormai da molti mesi e che tra poco si concluderà. Un viaggio nato dall'esigenza condivisa di accompagnare e sostenere i pazienti affetti da malattie oncologiche e le loro famiglie attraverso la realizzazione di una guida che contenesse informazioni utili e facilmente consultabili.

■ Perché abbiamo ritenuto importante dar vita a questo strumento di informazione? Perché confrontando le nostre esperienze, maturate all'interno dei servizi, nei tanti incontri e nelle tante storie di vita ascoltate, è risultato rilevante come per il paziente e per la sua famiglia l'impatto con la malattia sia spesso connotato da dolore, sofferenza e disorientamento; potremmo inserire tanti altri sostantivi, ma nessuno può rappresentare lo stato emotivo, sociale e psicologico che il paziente vive quando inizia a percorrere questo faticoso percorso. Tale esperienza può essere definita come una condizione di vulnerabilità e di estrema fragilità; pertanto la possibilità di accedere a informazioni precise, quanto più dettagliate e specifiche, nonché relative a ogni singolo territorio del luogo in cui si vive, rappresenta sicuramente un buon strumento per orientarsi nella complessa realtà organizzativa del sistema pubblico e privato e negli aiuti e benefici che si possono attivare al fine di sostenere una condizione sociale e sanitaria di grande fragilità e vulnerabilità. È a tale scopo che abbiamo redatto la *Guida ai Servizi* della Regione Piemonte, mentre è in fase di elaborazione la guida relativa al territorio della Regione Valle d'Aosta.

■ È importante che nel processo di cura sia inserito anche il servizio sociale aziendale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce infatti lo stato di

salute come «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità» e considera la salute degli individui come il prodotto delle interazioni e interconnessioni tra le componenti biologiche, psicologiche, sociali e il proprio contesto di vita. Inoltre la salute viene considerata come una condizione dinamica di equilibrio, fondata sulla capacità del soggetto di interagire con l'ambiente in modo positivo, pur nel continuo modificarsi della realtà circostante. L'attenzione che il servizio sociale aziendale deve garantire è dunque quella del "care" che deve assolutamente integrarsi con la "cura": prendersi cura del paziente affinché possa sostenere e superare gli ostacoli che impediscono la sua adesione al trattamento.

■ Siamo consapevoli che gli scenari in cui il servizio sociale in sanità è oggi chiamato a intervenire richiedono di fronteggiare continue emergenze e di operare con scarsità di fondi a fronte di un malessere crescente, di povertà sempre più diffuse e di famiglie con problemi sempre più complessi.

Pertanto è importante che servizio sociale aziendale nel rispetto della sua mission:

- favorisca i processi di integrazione socio-sanitaria nella presa in carico precoce del disagio attraverso la collaborazione con il personale sanitario e le associazioni di volontariato
- individui tempestivamente il livello di vulnerabilità e di rischio sociale del pa-





ziente per permettere la pianificazione e la costruzione di un percorso idoneo

- attivi una rete di sostegno mettendo in sinergia le risorse del paziente e del suo contesto familiare, relazionale e sociale attraverso la presa in carico globale, al fine di garantire al paziente un percorso idoneo che rispetti al contempo la qualità e l'economicità del sistema stesso.

■ In questo viaggio sembra doveroso fare una tappa sul concetto di vulnerabilità. Secondo Robert Castel è da considerarsi vulnerabile colui che vive una carenza di beni, ma anche un'assenza o una perdita di relazioni significative fondamentalmente tese alla promozione e alla salvaguardia dell'integrità della persona e delle dimensioni che la costituiscono. Una povertà intesa dunque non solo in termini di reddito, ma come una condizione di vita che non soddisfa i bisogni fondamentali e che pertanto favorisce l'esclusione sociale (dimensione relazionale della povertà). La vulnerabilità oggi è rappresentata anche dalla collocazione del paziente rispetto alla sua capacità di partecipazione sociale e visibilità: manca qualcosa non solo perché si è senza lavoro, senza casa o altro, ma anche perché più fattori ed elementi si intrecciano dinamicamente e determinano processi involutivi, per affrancarsi dai quali sono necessarie consistenti dotazioni di "social skill", ossia di reti primarie, di strutture territoriali, di servizi e di tutto ciò che offra la massima attenzione al sostegno del paziente nella sua complessità. La condizione di vulnerabilità rende il paziente incapace di attivarsi con le proprie risorse o di accedere agli aiuti necessari e la *Guida ai Servizi* cerca di rispondere a questa necessità. Conoscere e accedere con facilità alle informazioni consente al paziente di essere orientato e facilitato nella scelta dei servizi più appropriati e rispondenti alle proprie necessità e nel contempo di valorizzare percorsi di empowerment nel pieno rispetto della dignità e della capacità di scelta. Ecco perché le informazioni contenute nella guida riguardano gli aspetti previdenziali, lavorativi, economici e giuridici e forniscono informazioni logistiche e telefoniche sui servizi e sul mondo del volontariato, solo per citarne alcune.

■ Ma torniamo al nostro viaggio, che nelle sue diverse tappe ci ha permesso di intrecciare esperienze, emozioni e vissuti che ognuno di noi ha acquisito come esperienza professionale e umana, con l'assoluta consapevolezza e convinzione che sostenere il paziente e metterlo in condizioni di poter scegliere e contribuire al proprio percorso terapeutico significa garantirgli quelle condizioni di compliance che concorrono a una maggior efficacia del trattamento e a un buon esito delle cure.

### ■ Le tappe del viaggio

■ Il viaggio (Figura 1) ha avuto inizio il 25 gennaio 2012 a Vercelli con il convegno "La guida ai servizi per il paziente oncologico e la sua famiglia: la Rete degli Assistenti Sociali" tenutosi nell'Aula Magna dell'Ospedale Sant'Andrea. La prima tappa ha avuto luogo nel territorio del Quadrante Nord Est, dove abbiamo incontrato operatori, medici, infermieri e altre professionalità che ci hanno fatto conoscere i loro progetti, le loro esperienze e le buone prassi. È stato grazie a questi progetti locali - di cui l'esperienza e la professionalità sono stati gli ingredienti fondamentali - che la Rete (formata dal pubblico, dal privato, dal volontariato, etc) ha iniziato a strutturarsi e a diventare sempre più forte e coesa.

Il viaggio è continuato l'11 maggio all'Ospedale Sant'Anna di Torino, dove abbiamo realizzato il convegno "Linee di indirizzo per l'intervento dell'Assistente Sociale nella Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta". A questo evento hanno partecipato le assistenti sociali che operano all'interno delle strutture sanitarie delle due Regioni, nonché il Direttore della Rete Oncologica Oscar Bertetto e il Presidente dell'Ordine Regionale delle Assistenti Sociali

Barbara Salvetti, che con i loro interventi hanno dato ampio risalto all'esperienza formativa che ha consentito l'elaborazione del documento contenente le linee di indirizzo distribuito durante il convegno.

■ Il 20 giugno sempre a Torino il viaggio ha toccato un'altra destinazione importante con il convegno "La guida ai servizi per il paziente oncologico e la sua famiglia: la Rete degli Assistenti Sociali" tenutosi all'Ospedale Molinette. In quest'occasione è stata presentata la *Guida ai Servizi* e il supplemento relativo al Polo di Torino. Anche questo incontro ha visto una grande partecipazione di operatori che hanno presentato progetti e iniziative innovative e di grande interesse relative all'accoglienza, alla cura, al trattamento e alla riabilitazione del paziente oncologico.

La penultima tappa del viaggio, tenutasi il 12 settembre 2012, ha toccato il territorio di Alessandria-Asti con il convegno "La guida ai servizi per il paziente oncologico e la sua famiglia: la rete dei servizi e la Rete degli Assistenti Sociali" tenutosi nell'Azienda Ospedaliera SS. Antonio e Biagio e Cesare Arigo di Alessandria. I rappresentanti istituzionali e non-istituzionali hanno presentato l'organizzazione oncologica territoriale e la realtà dell'associazionismo presente sui due territori.

L'ultima tappa piemontese si è tenuta il 23 ottobre a Fossano (CN), dove nel bellissimo castello degli Acaja è stata presentata nuovamente la guida e il supplemento relativo alla realtà del Polo Sud Ovest

■ In tutte le tappe del nostro viaggio abbiamo incontrato rappresentanti delle istituzioni, assessori, sindaci, presidenti della provincia, direttori di struttura, professori universitari, volontari e responsabili delle associazioni che, con i loro contributi, hanno reso questo viaggio un'esperienza unica sostenuta da professionalità e umanità. Grazie ai loro e i ai nostri interventi si è potuto rafforzare - e in alcuni territori implementare - le reti dei servizi che hanno il compito di sostenere e supportare il paziente oncologico e la sua famiglia.

Il viaggio sta per finire, ma come tutti i bei viaggi ha lasciato in noi una sensazione piacevole, che ci ha spinto a far sì che si mantengano vive le reti create in tutti i territori attraverso un aggiornamento delle informazioni contenute nella guida al paziente presente sul sito della Rete Oncologica della Regione Piemonte.

■ Prima di terminare vogliamo aggiungere queste poche righe di considerazione trasmesse da una paziente, nonché collega:

*«Avete realizzato un progetto valido e dovete esserne orgogliose, ve lo dice una paziente che ha avuto come compagni di viaggio nella lotta al tumore, gli specialisti e non solo, i medici ma anche altro personale e tante cure complementari oltre che farmaci. Anche sorrisi, molti sorrisi nei momenti più duri... non ricordo neppure quante persone devo ringraziare... se ho avuto la forza di reagire lo devo a loro, perché li ho sempre sentiti vicini. Spero un giorno di riuscire a dirglielo o a scriverglielo. Grazie di cuore a chi ci ha permesso di viaggiare!»*



**Figura 1**  
Le "tappe" del viaggio della Rete degli Assistenti Sociali

## Risultati trasversali

XIV Congresso Nazionale AIOM

Roma 27-29 ottobre 2012

Dei numerosi studi presentati all'AIOM 2012 vengono riportate alcune novità sul trattamento del melanoma metastatico, sulla terapia di mantenimento nel carcinoma testa-collo, sul trattamento adiuvante della neoplasia gastrica e sulla terapia di seconda linea del NSCLC

### Intervista a Marcella Ocelli

Oncologia Medica, SC Oncologia, ASO S. Croce e Carle, Cuneo

■ Dopo l'ASCO e l'ESMO, anche l'AIOM ha visto protagonista il melanoma. Quali sono stati i dati più interessanti emersi al convegno?

■ Paolo Ascierto (Istituto Tumori di Napoli) e Vanna Chiarion Sileni (Università di Padova) hanno presentato i dati dei pazienti italiani affetti da melanoma metastatico che hanno partecipato al programma di accesso allargato europeo (EAP) che prevede il trattamento con ipilimumab.

A 845 pazienti in progressione di malattia precedentemente trattati è stata offerta l'opportunità di ricevere ipilimumab alla dose di 3 mg/kg ogni 21 giorni per 4 dosi. Le percentuali di risposte e di malattia stabile sono risultate simili a quelle ottenute da ipilimumab in un precedente studio di fase III che porterà alla prossima registrazione del farmaco in Italia. I pazienti trattati con ipilimumab hanno raggiunto una sopravvivenza mediana di oltre 7 mesi, che è risultata ancora maggiore nei casi che avevano ricevuto 3 o 4 somministrazioni. L'incidenza di effetti collaterali gravi correlati all'anticorpo è stata molto bassa, grazie a un'adeguata premedicazione steroidea e a un attento monitoraggio della funzionalità epatica. Il programma di accesso allargato conferma l'efficacia di ipilimumab in termini di risposte e di sopravvivenza in una popolazione di pazienti non

selezionata e più vicina alla comune pratica clinica. Nei pazienti in risposta o in stabilità di malattia dopo la prima fase, un nuovo trattamento con ipilimumab si dimostra ancora vantaggioso in termini sia di risposte sia di sopravvivenza, senza alcuna tossicità aggiuntiva o cumulativa.

■ Quali sono state le novità in merito a cetuximab nel trattamento del carcinoma testa-collo?

■ È stato presentato uno studio che ha mostrato come, in pazienti affetti da carcinoma orofaringeo localmente avanzato, una terapia di mantenimento di dodici settimane a base di cetuximab, effettuata dopo radioterapia concomitante a cetuximab, sia in grado di migliorare gli esiti clinici misurati a un anno, risultando quindi uno schema fattibile nel trattamento di questo tumore.

■ Quali dati sono emersi sul trattamento adiuvante del tumore gastrico?

■ Lo studio ITACA-S, condotto su 1.106 pazienti su tutto il territorio nazionale, ha messo in evidenza che nella terapia adiuvante della malattia gastrica è sufficiente trattare i pazienti con fluoropirimidina modulata infusione, mentre i trattamenti più aggressivi devono essere riservati

per la fase perioperatoria della malattia, impiegando - secondo il modello di Cunningham - 3-4 cicli di terapia prima della chirurgia e altrettanti nella fase postoperatoria.

■ Che avanzamenti ci sono stati nella terapia del tumore polmonare?

■ Dallo studio internazionale Paramount, condotto su circa 600 pazienti affetti da carcinoma polmonare non a piccole cellule (NCCLC) metastatico, sono emerse alcune evidenze destinate a cambiare la pratica clinica nel trattamento di questa forma che rappresenta quasi il 70% delle neoplasie polmonari. Cesare Gridelli - dell'Oncoematologia dell'Azienda Ospedaliera Moscati di Avellino - ha illustrato come la terapia di mantenimento con pemetrexed, somministrata dopo la doppietta di induzione cisplatino e pemetrexed, ottenga un miglioramento della so-

pravvivenza libera da malattia rispetto al placebo e soprattutto un aumento della sopravvivenza mediana di circa 3 mesi; tale miglioramento è stato ottenuto a fronte di effetti collaterali minimi e senza peggioramento della qualità di vita dei pazienti.

■ Sempre a proposito di NSCLC avanzato, Olga Martelli dell'Azienda Ospedaliera S. Giovanni-Addolorata di Roma ha presentato i risultati dello studio indipendente TAILOR di fase III che ha confrontato docetaxel ed erlotinib nel trattamento di seconda linea di pazienti selezionati per l'assenza di mutazione di EGFR. La sopravvivenza libera da progressione, uno degli obiettivi secondari, è stata significativamente a favore di docetaxel, mentre non sono ancora disponibili i dati relativi all'endpoint primario, ossia la sopravvivenza globale.



## Il futuro è "bio"

ESMO 2012

Vienna 28 settembre-2 ottobre 2012

Molti degli studi presentati all'ESMO 2012 hanno riguardato gli avanzamenti nella sperimentazione di nuove terapie biologiche, da cui emergono interessanti prospettive per le neoplasie polmonari, epatocellulari e prostatiche. Interessante è anche il risultato di una survey multinazionale sulle terapie personalizzate

### Intervista a Marcella Occeci

Oncologia Medica, SC Oncologia, ASO S. Croce e Carle, Cuneo

■ È ormai assodato che le terapie biologiche stanno plasmando il futuro dell'oncologia. Quali tra quelle sviluppate di recente appaiono più promettenti?

■ Tivantinib è sicuramente una delle terapie biologiche che sta destando maggiore interesse in oncologia. Si tratta di un inibitore orale selettivo di MET, un recettore intracellulare che nei tessuti tumorali viene attivato continuamente e in maniera inappropriata svolgendo un ruolo significativo nello sviluppo e nella diffusione del cancro, nella migrazione e nella proliferazione delle cellule malate, nell'alterazione dell'apoptosi, nell'angiogenesi e nella metastatizzazione. Tivantinib funziona in presenza dell'espressione anomala di MET indipendentemente dalla tipologia di tumore, agendo su neoplasie quali il tumore polmonare non a piccole cellule (NSCLC), il carcinoma epatocellulare (HCC) e la neoplasia del colon-retto. Nel tumore polmonare il farmaco ha superato gli studi clinici di fase II dimostrando di migliorare significativamente - in associazione a erlotinib - la sopravvivenza libera da malattia (PFS) e la sopravvivenza globale (OS) in presenza di overespressione di MET. Al convegno sono stati presentati i primi dati promettenti di uno studio randomizzato in doppio cieco di fase III - lo studio Marquee - nel quale sono stati arruolati 988 pazienti affetti da NSCLC

non operabile precedentemente trattati con almeno una chemioterapia a base di platino. La fase di somministrazione si è conclusa da qualche anno e ora sta proseguendo il follow up; l'obiettivo primario è l'OS, mentre i secondari sono la PFS, l'OS in sottogruppi molecolari (presenza di mutazioni di EGFR e Kras, amplificazione o overespressione di MET e del fattore di crescita epatocitario sierico) e la sicurezza.

■ Anche nel carcinoma epatocellulare tivantinib ha ottenuto risultati positivi sia in monoterapia sia in associazione con sorafenib; tali risultati assumono una valenza ancora più significativa se si considera che questo tumore, spesso asintomatico, viene diagnosticato tardivamente e con prognosi sfavorevole e che a oggi non esiste un trattamento standard di seconda linea. Al convegno è stato presentato uno studio di fase II che ha mostrato come tivantinib somministrato in seconda linea induca un miglioramento significativo del tempo di progressione di malattia e della OS mediana vs placebo nei pazienti in cui MET era iperespresso (popolazione ITT). Per quanto riguarda gli eventi avversi, l'incidenza inizialmente elevata di neutropenia ha determinato la necessità di ridurre la dose da 360 mg/bid a 240 mg/bid. È previsto uno studio di fase III avanzato in cui il

farmaco verrà somministrato dopo fallimento di sorafenib.

■ Rimanendo nell'ambito della terapia biologica quali altri nuovi farmaci stanno ottenendo risultati di rilievo?

■ È stato presentato uno studio di fase III che ha valutato l'efficacia del farmaco biologico crizotinib vs la chemioterapia standard nel trattamento di seconda linea di pazienti affetti da NSCLC ALK-positivo. L'endpoint primario dello studio era la PFS, risultata di 7,7 mesi con crizotinib vs 3,0 mesi con la chemioterapia ( $p < 0,0001$ ), mentre il tasso di risposta globale è stato del 65% vs 20% ( $p < 0,0001$ ). Tuttavia all'analisi a interim non sono emerse differenze statisticamente significative in OS, verosimilmente per il crossover da chemioterapia a crizotinib in caso di progressione di malattia.

■ Sono emerse novità per quanto riguarda la terapia ormonale del tumore della prostata?

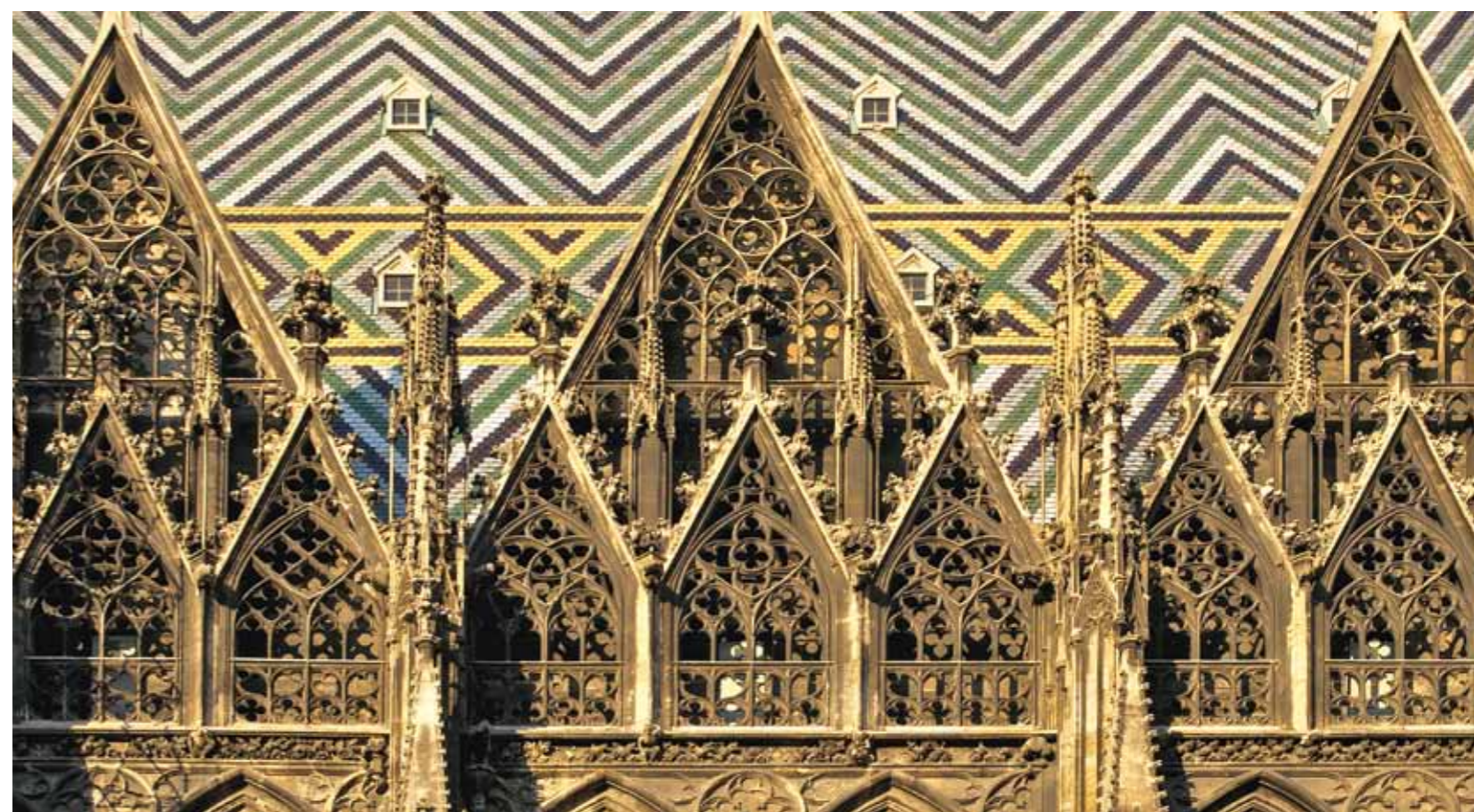
■ Sembrano promettenti i risultati di uno studio che ha utilizzato un nuovo antagonista del recettore androgenico (ODM-201) nel trattamento di pazienti affetti da neoplasia prostatica resistente alla castrazione. Lo studio ha mostrato una riduzione dei livelli del PSA alla dodicesima settimana nell'87% dei pazienti, un dato sicuramente positivo anche perché ottenuto a fronte di un buon profilo di tollerabilità.

■ Cosa è emerso dalla survey multinazionale

condotta sulla consapevolezza e la conoscenza da parte dei pazienti su ciò che riguarda la terapia personalizzata contro il cancro?

■ Lo studio, condotto su più patologie oncologiche, ha rivelato che - benché la maggioranza dei pazienti intervistati desideri essere coinvolto nelle decisioni riguardo al proprio trattamento - circa un terzo (32%) non è a conoscenza del fatto che per alcuni tipi di tumore esistono test per determinare il trattamento più indicato. Inoltre i pazienti affermano che sarebbero disponibili a ritardare l'inizio del trattamento per beneficiare di una terapia a bersaglio molecolare, persino se ciò comportasse sottoporsi nuovamente a una biopsia del tumore. In particolare nei pazienti con carcinoma colorettole (mCRC) metastatico la survey ha evidenziato che quasi il 50% degli intervistati ignora che il test del gene Kras è in grado di valutare se un certo tipo di terapia target può essere efficace. Inoltre il 73% dei pazienti sarebbe disponibile a ritardare l'inizio del trattamento di due settimane pur di ricevere una terapia target efficace, con circa un terzo degli intervistati (31%) che afferma di essere preparato ad attendere tutto il tempo necessario. Circa tre quarti (73%) dei pazienti sarebbero infine disposti a sottoporsi a una nuova biopsia, se necessario.

Questo sondaggio mostra come i pazienti con mCRC, rispetto ai pazienti con altri tipi di tumore, siano meno frequentemente sottoposti a test biomolecolari e conseguentemente a terapie target fin dalla diagnosi.



## Aria di rinnovamento

I cambiamenti in atto nella Rete Oncologica piemontese, tra cui l'abolizione dei poli e la modificazione della composizione dell'Unità di Coordinamento, possono costituire un'occasione di rinnovamento delle modalità lavorative e al contempo di rafforzamento dello spirito di coesione che da sempre ne è la forza ispiratrice

### ■ Intervista a Oscar Bertetto

Dipartimento Interaziendale Interregionale Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta

### ■ di Vittorio Fusco

Dipartimento Onco-Ematologico, Azienda Sanitaria Ospedaliera, Alessandria

■ Il 28 Novembre 2012 è stata approvata dalla Giunta della Regione Piemonte una delibera (n 158) con la finalità della "messa a regime" del Dipartimento Funzionale Interaziendale e Interregionale denominato Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta. Qual è il significato principale di questa delibera?

■ L'importanza della delibera consiste nel:

- riconoscere il Dipartimento quale fondamentale modello organizzativo dei servizi oncologici per le due Regioni
- rendere stabile per tre anni la sua direzione, consentendo una programmazione continuativa dei progetti di lavoro e quindi una maggiore possibilità di incidere realmente sui cambiamenti
- dare maggiore autorevolezza al dialogo sui problemi oncologici con le direzioni delle aziende sanitarie che afferiscono al Dipartimento in questo particolare momento di difficoltà economiche e riorganizzative
- consentire la costituzione tra tutti gli operatori della Rete di una "vera" squadra sempre più unita, che si riconosce in valori comuni, adotta le stesse procedure e si relaziona in modo nuovo con i pazienti

■ Vengono aboliti i poli oncologici: come si articolerà la Rete sul territorio?

■ L'abolizione dei poli non dovrebbe costituire un problema, perché non andrà sicuramente dispersa la capacità di collaborazione e di dialogo maturata nelle varie realtà in questi anni. Si tratterà da parte del Dipartimento di instaurare una collaborazione continuativa con tutte le aziende, di coordinare gli interventi con le nuove federazioni per gli argomenti di loro

competenza e di costruire percorsi di cura che tengano conto della nuova programmazione regionale e della riorganizzazione della rete ospedaliera. Questo evento può costituire, come in ogni periodo di cambiamento, un'occasione per contribuire a un rinnovamento profondo del nostro modo di lavorare e offrire servizi di qualità ai pazienti e ai loro familiari. Occorre vincere la tendenza all'isolamento e con orgoglio ribadire insieme l'importanza che vengano ascoltate e valorizzate tutte le professionalità presenti.

■ Resta invariata la collaborazione con la Valle d'Aosta?

■ La collaborazione con la Valle d'Aosta continuerà. È prevista una valorizzazione del contributo che l'Ospedale di Aosta e il diverso modello organizzativo della sanità territoriale possono dare alle scelte e alle decisioni del Dipartimento.

■ Come cambia l'Unità di Coordinamento della Rete (UCR)?

■ La composizione dell'UCR si è modificata sostituendo i responsabili di polo con i direttori dei dipartimenti oncologici presenti nelle aziende della Rete. È presente inoltre una qualificata rappresentanza della Valle d'Aosta. Ulteriore novità è la presenza del responsabile della Rete di Oncologia e Oncoematologia Pediatrica.

**Semestrale della Rete Oncologica  
del Piemonte e della Valle d'Aosta**

**Direttore responsabile:**  
Oscar Alabiso

**Direttore scientifico:**  
Oscar Alabiso

**Comitato scientifico ed editoriale:**  
Vittorio Fusco, Emanuela Negru,  
Anna Novarino, Marcella Occelli,  
Marcello Tucci, Giorgio Vellani

**Coordinamento editoriale e redazionale:**  
Areté srl - via Savona 19/A - 20144 Milano

**Responsabile della redazione:**  
Grazia Tubiello - g.tubiello@aretre.com

**Impaginazione:**  
Gianluca Tacchini - g.tacchini@aretre.com

**Editore:**  
Areté srl - via Savona 19/A - 20144 Milano

**Stampa:**  
Jona srl - Paderno Dugnano, Milano

**Autorizzazione del Tribunale di Milano:**  
n. 426 del 2 luglio 2007