



Il Piano oncologico nazionale 2011/2013

Cancro: stop al divario tra Regione e Regione

■ Offrire standard diagnostici e terapeutici sempre più elevati per diminuire la mortalità tagliando gli sprechi. Ridurre il "gap" esistente fra le diverse aree del Paese accorciando il divario tecnologico, organizzativo e assistenziale. Sviluppare reti oncologiche Hub&Spoke ad alta tecnologia. Sono questi gli obiettivi del nuovo piano triennale anticancro licenziato dalla conferenza Stato Regioni. E promosso a pieni voti dalle Associazioni di volontariato

Parte da più fronti l'assalto al cancro del Piano oncologico nazionale 2011-2013, o meglio del "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro" approvato in via definitiva dalla Conferenza Stato Regioni il 10 febbraio. Una strategia molto accurata che schiera tutte le forze in campo umane e tecnologiche. Anche perché la posta in gioco è alta: occorre, infatti, ridurre il carico di una malattia che riguarda il 30 per cento di tutti i decessi. Soprattutto, bisogna rimediare al divario che divide l'Italia, diminuendo gap di mortalità, "viaggi della speranza", differenze tecnologiche, organizzative e assistenziali. Una strategia che ha incassato anche il consenso delle Associazioni di volontariato. "Per i suoi contenuti propositivi - ha dichiarato Francesco De Lorenzo, presidente Favo - il documento costituisce il riferimento per rivendicare, da parte dei malati, l'equità uniforme dei trattamenti in tutto il Paese, specie in previsione dell'attuazione del federalismo fiscale, e rappresenta, sul piano operativo, l'ambito specifico di azione per le Associazioni di volontariato per coadiuvare, in ogni sede regionale, le istituzioni sanitarie, sociali e previdenziali del territorio per la realizzazione delle soluzioni assistenziali sulle quali è stata raggiunta l'intesa tecnica e politica a livello nazionale".

Cinque fronti e 6 obiettivi

Sono cinque i fronti interessati. Il primo fronte è quello della prevenzione che attraverso le armi messe a disposizione della prevenzione primaria, grazie agli screening e alla vigilanza su complicanze e recidive, alzerà le barriere per contrastare i primi ed eventuali nuovi assalti della malattia.

Il secondo fronte vigila sul percorso che il malato oncologico deve seguire: vede schierati medici di medicina generale, specialisti del terri-

torio e ospedalieri ottimizzando percorsi di cure e organizzando al meglio la rete di assistenza. Sul terzo e quarto fronte troviamo invece schierati strumenti diagnostici, nuove tecnologie e tutto quanto la ricerca mette in campo per potenziare l'efficacia e l'efficienza delle cure. Il quinto fronte si occupa invece della formazione dei professionisti. Sei gli obiettivi da raggiungere per il prossimo triennio: definire standard di qualità telematiche di appropriatezza e metodiche, per ridurre la mortalità diminuendo gli sprechi; accorciare il gap di mortalità tra varie regioni; diminuire i "viaggi della speranza" accorciando il divario tecnologico, organizzativo e assistenziale attualmente esistente nelle realtà locali. E ancora, incrementare la copertura dei Registri Tumori dal 32 per cento al 50 per cento; facilitare le reti telematiche e infine sviluppare modelli tipo Hub&Spoke per incrementare nuove metodologie diagnostiche e terapeutiche. Grande anche l'attenzione al sostegno psicologico e psicoterapeutico per chi affronta la malattia. "Questa è svolta storica nell'oncologia perché dopo 15 anni di battaglie culturali e sociali riconosce l'importanza del supporto psicologico" ha aggiunto il presidente Favo. Il documento recepisce, infatti, molte delle sollecitazioni formulate dal mondo del volontariato, soprattutto in materia di prevenzione delle complicanze e delle recidive, di fruibilità del supporto psico-oncologico, di partecipazione delle Associazioni, parenti e familiari a tutte le fasi del percorso di cura del paziente. Ora però la parola passa alle Regioni, che dovranno recepire il Documento, andando a costituire l'ossatura di una rete oncologica nazionale. Per questo la Favo si impegnerà a collaborare attivamente all'attuazione del Documento tecnico, e anche a monitorare progressi, inerzie o le eventuali difficoltà che potrebbero insorgere a livello locale. ■

veniva così affidata alla Conferenza dei 18 (i rappresentanti delle commissioni Bilancio e Affari costituzionali di Montecitorio); dopo l'approvazione della conversione in legge del nuovo testo da parte della Camera però, sarebbe stato necessario un ritorno al Senato per una terza lettura. E qui i tempi si stringevano davvero: il 24 febbraio il ministro per i rapporti con il Parlamento, Elio Vito comunicava l'intenzione dell'Esecutivo di porre la questione di fiducia anche alla Camera. Il testo oggetto del voto - senza subemendamenti ed articoli aggiuntivi - sarebbe stato quello dell'emendamento Dis. 1.1 che sostituiva integralmente il precedente.

Il successivo 25 febbraio l'Aula di Montecitorio licenziava rapidamente il provvedimento confermando la fiducia con 300 voti favorevoli e 277 contrari. Appena 24 ore dopo, il Milleproroghe tornava al Senato che con 159 voti a favore, 126 contrari e 2 astenuti approvava definitivamente la sua conversione in legge.

Un dibattito parlamentare tanto rapido non ha ovviamente permesso modifiche del testo che, a parte l'eliminazione dei punti indicati dal Capo dello Stato, non ha subito particolari ritocchi rispetto alla sua formulazione originale (quella cioè approvata dal Senato il 16 febbraio). Di seguito vediamo nel dettaglio le norme approvate sulla sanità. ■

gramma con il ministero della Salute per la realizzazione di opere di edilizia sanitaria, purché gli investimenti siano in linea con quanto previsto dal Piano di rientro dal deficit sanitario.

■ **Ricerca, assistenza e cura dei malati oncologici.** È previsto che una quota non inferiore ai 40 milioni di euro, a valere sui 120 milioni di euro facenti parte di somme non utilizzate nell'ambito degli stanziamenti di cui alla legge 201/2008 (soprattutto edilizia e costruzioni), sia destinata ad incrementare nel 2011 le attività di ricerca, assistenza e cura dei malati oncologici e altre attività sociali e di sviluppo dei territori previste dall'art. 6 della legge 220/2010.

■ **"Alleanza degli ospedali ita-**

liani nel mondo". A favore dell'associazione è previsto uno stanziamento di 200 mila euro per il 2011.

■ **Ordini dei biologi, chimici e assistenti sociali.** Viene portato da due a tre il numero massimo di mandati consecutivi per i consiglieri territoriali dei tre Ordini.

■ Il testo inoltre prevede che i 70 milioni di euro finalizzati agli accertamenti medico legali sui dipendenti delle amministrazioni pubbliche assenti per malattia, il cui precedente riparto tra le Regioni era stato considerato incostituzionale, siano attribuiti alle Regioni dal ministero della Salute sulla base di nuovi criteri da definire d'intesa con le Regioni stesse.

Il Piano Oncologico in sintesi

Azioni Programmatiche Triennio 2011/2013

- Definire standard di qualità telematiche di appropriatezza e di metodiche per la loro valutazione al fine di ridurre la mortalità per cancro a fronte di una riduzione degli sprechi
- Ridurre il divario in mortalità per cancro fra le varie Regioni mediante un più razionale impiego delle risorse disponibili nella lotta contro il cancro
- Ridurre la migrazione sanitaria fra le varie Regioni, favorendo una riduzione del divario tecnologico, organizzativo e assistenziale

- Incrementare la copertura da parte dei Registri Tumori del territorio nazionale dal 32% attuale al ≥ 50%
- Facilitare la creazione di Reti telematiche dei Registri Tumori
- Sviluppare reti oncologiche con modelli tipo Hub&Spoke, dedicate in particolare allo sviluppo ed applicazione di nuove metodologie diagnostiche e terapeutiche ad alto contenuto tecnologico.

Prevenzione Universale (Primaria)

L'obiettivo di ridurre l'incidenza dei tumori riguarda l'attuazione di interventi di prevenzione universale o primaria efficaci contro determinanti caratteristici della popolazione. Gli obiettivi di salute ritenuti allo stato attuale

delle conoscenze, supportati da evidenze di efficacia sono:

- **Combattere il fumo** (promuovendo le competenze dei Mmg per attività di counselling e gestione dei fumatori, rafforzando gli interventi nelle scuole e sostenendo l'attivazione e la promozione dei centri anti fumo)
- **Promuovere alimentazione salubre e attività fisica** (anche mediante campagne informative)
- **Combattere l'uso dell'alcol** (contrastando la pubblicità di alcolici; favorendo le Onlus nella riduzione del danno da alcol, nella informazione e la mobilitazione della società civile; portando a 18 l'età minima per la vendita di alcolici e impedendo la

- ▶ vendita sulla rete autostradale, promuovendo campagne di informazione; favorendo il coinvolgimento di Mmg, servizi sociali, gruppi di aiuto)
- Combattere gli agenti infettivi oncogeni (monitorando il rispetto delle procedure di selezione dei donatori di sangue; rafforzando le campagne informative sui rischi di trasmissione sessuale e sulle possibilità di prevenzione; migliorando le coperture vaccinali contro epatite B e Hpv)
- Combattere l'esposizione ad oncogeni negli ambienti di vita e di lavoro controllando la qualità dei combustibili dei sistemi d di riscaldamento,
- Sviluppo tecnologico

Sono strumentali al raggiungimento di questi obiettivi e funzionali agli interventi da implementare:

- Le politiche intersettoriali
- La realizzazione di partnership con gli stakeholders
- Il coordinamento e la sinergia con la ricerca di base.

Prevenzione Secondaria (Screening)

Gli obiettivi di prevenzione secondaria dei tumori (screening) per riduzione della mortalità causa specifica (talora anche dell'incidenza), sono raggiunti mediante interventi di sanità pubblica di popolazione o mediante un'attività di iniziativa dei professionisti negli ambiti erogativi della specialistica. Sarà quindi incrementata in maniera specifica la partecipazione a

campagne di screening per tumore mammario, colon-retto e cervice uterina in tutto il territorio. Contemporaneamente saranno sperimentati programmi innovativi di screening in accordo con le Regioni e sviluppato un Piano nazionale di Public health genomics.

Prevenzione Terziaria: la prevenzione delle complicanze e recidive di malattia

I programmi di prevenzione terziaria sono incentrati su percorsi ben definiti di follow-up mirati alla prevenzione delle complicanze e delle recidive. Sarà inoltre sostenuto l'adeguamento tecnologico, soprattutto di imaging così come la possibilità di un adeguato supporto psicologico. Sarà perciò promossa:

- l'organizzazione di percorsi sul territorio per la presa in carico attraverso il coinvolgimento attivo dei malati per la prevenzione delle complicanze e delle recidive.
- La diffusione di protocolli diagnostico-terapeutici di gestione integrata come standard di best practice.
- La fruibilità di supporti psico-oncologici.
- Il miglioramento professionale continuo degli specialisti.

Il percorso del malato oncologico.

È previsto il coinvolgimento del medico di famiglia (Mmg) nella rete oncologica e negli interventi di counselling e la sua partecipazione alla elaborazione di percorsi diagnostici terapeutici, nonché l'attivazione

dell'assistenza h24. Sarà inoltre realizzata l'integrazione degli ambulatori ospedalieri e territoriali dei Dipartimenti oncologici. L'ospedale garantisce l'approccio multi professionale e multidisciplinare con l'organizzazione dipartimentale; elabora piani personalizzati e percorsi terapeutici omogenei con il coinvolgimento di Mmg e specialisti ambulatoriali. Si punta soprattutto a ottimizzare la gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici, dalla diagnosi alle cure palliative su tutto il territorio nazionale grazie anche alla creazione di reti regionali che si interfacciano con la rete oncologica. Un ruolo importante nella continuità delle cure rivestito dai medici di famiglia, dai pediatri di libera scelta e dalle Associazioni di volontariato.

Sarà data inoltre massima attenzione al paziente anziano attraverso la creazione di unità di coordinamento di Onco Geriatria (Ucog) e sviluppate azioni programmatiche per i tumori pediatrici, quelli rari e per l'oncoematologia.

Rinnovo tecnologico delle attrezzature.

Le attrezzature diagnostiche attualmente disponibili non sono sufficienti a soddisfare tutti i bisogni della popolazione in quanto numericamente e tecnicamente inadeguate. Il Piano punta quindi a rinnovare e modernizzare gli strumenti tecnologici. L'obiettivo è perciò

quello di diffondere, nelle strutture di anatomia patologica, standard comuni diagnostici attraverso l'utilizzo delle tecnologie più innovative. Per quanto riguarda le prestazioni altamente specialistiche si auspica la centralizzazione della diagnostica e una sempre maggiore diffusione della Tele patologia. Per quanto riguarda la diagnostica per immagini le azioni saranno incentrate sulla rottamazione con incentivi (sostituzione) della tecnologia tradizionale analogica con quella digitale e con sistemi Pacs, cercando di ridurre le differenze sul parco macchine tra le regioni italiane. Si punta inoltre a incrementare in maniera omogenea il parco tecnologico Pet-Tac. E a rinnovare le attrezzature di radioterapia.

Innovazione in oncologia.

Il Piano intende definire la situazione delle Biobanche in Italia e sviluppare un programma comune di governance, programmi di ricerca condivisi e sviluppare sperimentazioni cliniche. Inoltre punta a implementare e sviluppare metodologie diagnostiche e

terapeutiche correlate alle indagini molecolari. E ancora, tra gli obiettivi prioritari c'è anche il riordino e il potenziamento del settore della terapia cellulare e del trapianto di cellule staminali emopoietiche. Ci saranno quindi finanziamenti da hoc per gli istituti coinvolti in programmi a maggior impatto clinico. Per quanto riguarda la ricerca clinica dovranno essere snelliti gli aspetti burocratici, e creata una rete di strutture d'eccellenza in particolare per gli studi di fase 1 e 2. È data poi la massima attenzione ai nuovi farmaci in particolare quelli biologici.

Formazione. Sarà proposto un Piano nazionale di formazione in oncologia per garantire il raggiungimento di livelli formativi adeguati ai bisogni dei malati. Inoltre saranno raccolte informazioni dal Miur, dalla Salute, dalle regioni e dalle Società scientifiche sui percorsi di formazione attualmente in corso. Sarà anche rivista, nell'ambito della scuola di specializzazione, la formazione alla comunicazione del medico oncologo.



Rapporto AIFA

Boom della farmaceutica ospedaliera

■ La spesa complessiva per farmaci a carico del Ssn è stata di 15,356 miliardi. Lo rileva l'ultimo report dell'Aifa che fotografa l'andamento della spesa da gennaio a ottobre dello scorso anno. Il tetto programmato tiene per la territoriale, che registra addirittura un - 42 milioni di spesa, mentre crolla per l'ospedaliera. E intanto il ticket a carico del cittadino vola a un + 15,7% rispetto al 2009

Da gennaio a ottobre del 2010 il Ssn ha speso 15,356 miliardi di euro per farmaci, con uno scostamento di 1,595 miliardi rispetto al tetto complessivo del 15,7% (13,3 territoriale + 2,4 ospedaliera). Lo sfondamento è dato dalla differenza tra la maggiore spesa dell'ospedaliera, che da sola ha fatto registrare una maggiore spesa di 1,637 miliardi, e la minore spesa della territoriale che, a ottobre, segnava un - 42 milioni di euro rispetto al tetto. Questi i dati registrati dall'Aifa in un report approvato dal Cda dell'Agenzia il 27 gennaio scorso che offre uno spaccato analitico del settore, regione per regione. Importante anche il dato del ticket che ha ormai raggiunto la cifra di 806,9 milioni di euro, con un aumento del 15,7% rispetto ai primi dieci mesi del 2009.

Ma vediamo più in dettaglio i dati per le singole aree.

La spesa in farmacia

La spesa del canale farmacia registra un aumento lordo di 48,9 milioni di euro rispetto al 2009 e si assesta su 10,803 miliardi, con un aumento dei consumi calcolati in ricette pari al 2,7%. Se si considera però la spesa netta (quella a carico del Ssn) essa si ferma a 9,260 miliardi di euro, con una contrazione di 209,1 milioni di euro rispetto allo scorso anno. E questa, almeno per metà, è dovuta all'aumento del 15,7% del ticket (+ 109,4 milioni di euro in valori assoluti) rispetto allo stesso periodo del 2009. La restante parte del risparmio è invece addebitabile alle misure sui prezzi e sui margini della distribuzione.

Per quanto riguarda il ticket, l'Aifa sottolinea come l'aumento della quota a carico del cittadino, che in alcune Regioni è stato addirittura del 30%, sia dovuto, per oltre il 90% dei casi, più che all'aumento del ticket

fisso per ricetta, all'incremento della compartecipazione pagata dal cittadino rispetto al prezzo di riferimento in caso di non utilizzo del farmaco generico-equivalente. E questo anche come conseguenza del recente inserimento di farmaci generici di principi attivi ad alta incidenza di spesa (per esempio bisoprololo, perindopril e lecanidipina) per i quali evidentemente persiste la preferenza per il "griffato" e poi anche dal fatto che in alcune Regioni si sia deciso di applicare il prezzo di riferimento nella categoria degli inibitori della pompa acida.

La spesa territoriale (convenzionata + distribuzione diretta)

Se al canale farmacia aggiungiamo anche la distribuzione diretta arriviamo ad una spesa a carico del Ssn di 11,615 miliardi di euro, in linea con il tetto del 13,3%, rispetto al quale si re-

gistra addirittura un risparmio di 42 milioni di euro. Da sottolineare che per Sicilia e Provincia di Bolzano, che non hanno inviato i dati completi relativi alla spesa per distribuzione diretta, è stata attribuita una spesa fottaria stimata pari al 40% della farmaceutica non convenzionata.

La spesa ospedaliera

Questo è il capitolo delle dolenti note, almeno per quanto riguarda la spesa a carico del Servizio sanitario. Mentre il comparto della spesa territoriale risparmia e rispetta il tetto assegnatogli, la spesa per farmaci in ospedale (con l'esclusione dei vaccini - circa 208 milioni di euro - e al netto della distribuzione diretta dei farmaci di fascia A) supera di molto il tetto programmato del 2,4%, pari a circa 2,104 miliardi di euro. Nei primi dieci mesi del 2010, infatti, sono stati spesi 3,741 miliardi di euro (con un'incidenza sul Fon-

do sanitario nazionale in crescita del 4,3%), cioè 1,637 miliardi di euro in più rispetto al tetto.

L'analisi dell'Aifa mostra come tra tutte le specialità di uso ospedaliero, ce ne siano 30 che danno ragione del 73,3% della spesa. I primi tre sono gli anticorpi monoclonali (per loro sono stati spesi 485 milioni di euro), i preparati antianemici (330 milioni di euro) e gli interferoni (325 milioni di euro). L'Aifa propone anche un approfondimento del dato, individuando, Regione per Regione, le percentuali di incidenza della spesa di questi 30 farmaci sul totale della spesa ospedaliera. E le differenze non sono affatto macroscopiche: in Sicilia è stata registrata la massima incidenza con il 78,8%, mentre la Val d'Aosta (Regione molto più piccola e con molti meno abitanti) ha speso, comunque il 62,3% del totale dei fondi previsti per la spesa ospedaliera. **Y**