

Workshop
SOCIETA' MEDICO SCIENTIFICHE E SOSTENIBILITÀ:
“URGENTE UN NUOVO PARADIGMA”
L'esperienza di Green Oncology:
un percorso condiviso verso nuovi modelli

Il percorso della Green Oncology:
storia, esperienza, obiettivi, risultati

Mario Clerico – Past President CIPOMO

Il cancro? Sarà sconfitto entro il 2050

Secondo una ricerca congiunta di due Università londinesi i tumori saranno vinti nei prossimi decenni a patto di finanziare la ricerca e insistere con la prevenzione

Fabio Franchini - Mer, 14/01/2015 - 11:58



[commenta](#)



Il **cancro** sarà debellato entro il 2050. Nei prossimi 35 anni, dunque, è in arrivo una delle più grandi rivoluzioni della medicina.

4° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale

Elaborato dalla
Fondazione GIMBE
senza alcun supporto
istituzionale e o commerciale

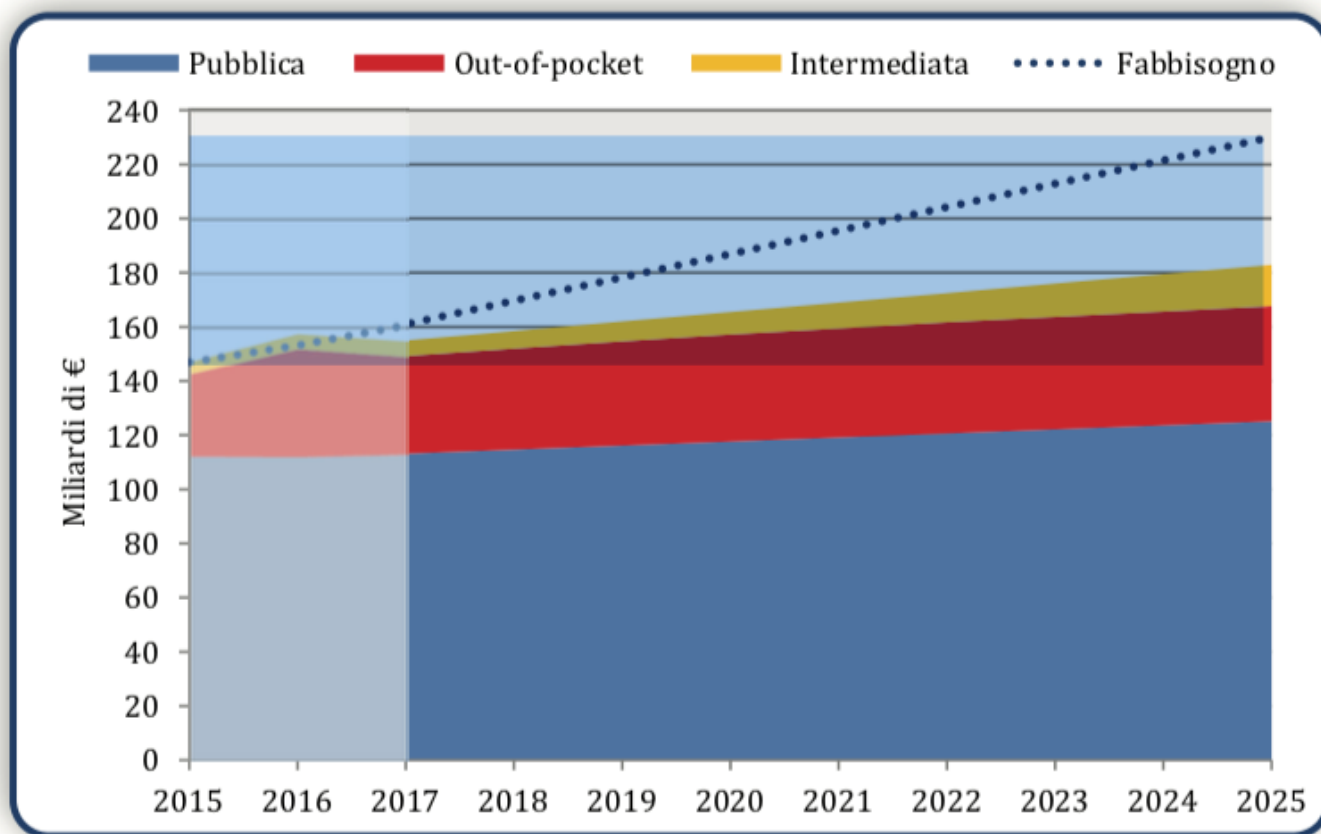


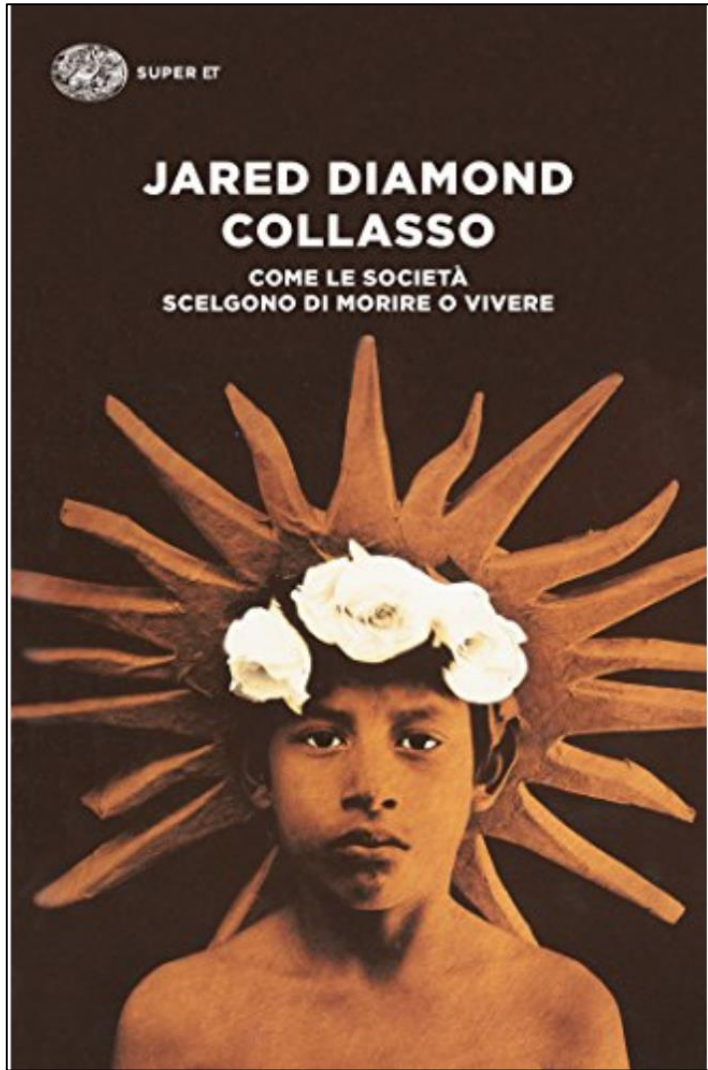
Figura 4.1. Fabbisogno, spesa pubblica e spesa privata: consuntivo 2015-2017 e trend stimato 2018-2025

20 GENNAIO 2017

In sanità 2 euro su 10 vengono sprecati



Sovrautilizzo e sottoutilizzo di servizi e interventi sanitari stanno mettendo a rischio la sopravvivenza della **sanità** di tutto il mondo. È l'allarme che arriva dalla prestigiosa rivista *The Lancet* con la serie di pubblicazioni *Right Care* e dal rapporto Ocse *Tackling Wasteful Spending on Health*. L'Italia, come conferma un recente rapporto della fondazione Gimbe, non fa eccezione: sono 24 i miliardi di euro di fondi pubblici persi ogni anno a causa di frodi, abusi, acquisti a costi eccessivi, eccessiva burocrazia e scarso coordinamento dell'assistenza.



**Le scelte eco-
responsabili della
comunità
determinano
la sopravvivenza
di tutti**

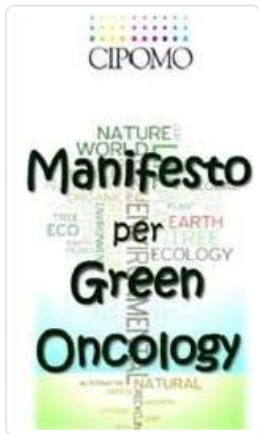


CIPOMO

Collegio Italiano dei Primari Oncologi
Medici Ospedalieri

Green Oncology - Sansepolcro, 22-23 gennaio 2020

Green Oncology



Green Oncology è il nuovo paradigma dell'oncologia, che rappresenta, centrato sull'interesse del singolo il medico, un gradino evolutivo di cliniche partecipate con i pazienti eco-responsabili del potenziale in professionale, strutturale, tecnologica nonché sulla biosfera.

Green Oncology opera mediante oltre ai tradizionali criteri di efficacia

quelli della trasparenza operativa, dell'evidenza scientifica, ambientale e sociale in quanto realizzabile, equa e vivibile.

Le nostre scelte oncologiche, conformate al principio della pervase di quella "coscienza collettiva", pregevole di una Jonas consapevolezza circa i possibili effetti presenti e futuri in te

Green Oncology:

nuovo paradigma concettuale e operativo ...

rispetto al tradizionale modello biomedico centrato sull'interesse del singolo paziente ...

un gradino evolutivo di complessità superiore ...

azioni cliniche partecipate e condivise, eco-responsabili...

I DIECI COMPORTAMENTI SAGGI (Cosenza 2012)

1. Se PS 3-4 o in progressione dopo 2-3 linee terapeutiche, privilegiare le cure palliative ...
2. In terza linea: preferire la monochemioterapia ...
3. Ridurre l'imaging in pazienti anziani o in IV stadio ...
4. Ricorrere ai farmaci biosimilari ...
5. Se malattia metastatica sostituire i fattori di crescita con la riduzione di dose di citostatico ...
6. Contenere le prescrizioni off-label, organizzare il «drug day»
7. Lavorare in gruppi multidisciplinari ...
8. Non usare marcatori tumorali per diagnosi ...
9. Offrire il setting organizzativo-assistenziale più appropriato ...
10. Programmare Follow-Up adeguati ...

“Green Oncology”: L’impegno degli oncologi a ridurre la loro impronta ecologica

Gianfranco Porcile*[^], Roberto Romizi*, Salvatore Palazzo*

*CIPOMO (Collegio Italiano Primari Oncologia Medica Ospedalieri)

° ISDE-Italia (Medici per l’Ambiente-Italia)

^ ARS Agenzia Regionale Sanità della Liguria, Genova

Riassunto

La medicina ha seguito per decenni il modello “biomedico” basato su un ragionamento lineare e sul rapporto personale medico-paziente orientato sulla malattia. Oggi questo modello dovrebbe essere ed essere stato sostituito da quello “biopsicosociale” basato sulla teoria della complessità e su un rapporto tra équipe medica e malato basato sulla persona con i suoi determinanti psicologici e sociali di salute. Ma oggi neppure questo modello è sufficiente: è necessario passare urgentemente al modello ecologico, in cui il medico-équipe si rapporta alla persona malata o sana tenendo conto che entrambi sono inseriti nella biosfera. In Onco-

Medicina e salute

La green oncology: il nuovo paradigma dell’oncologia medica

Abstract

Fino ad oggi la medicina si è ispirata al modello “biomedico” che è basato su un ragionamento di tipo lineare e su un rapporto interpersonale medico-paziente orientato sulla malattia.

Al giorno d’oggi questo modello dovrebbe essere sostituito da quello “biopsicosociale” basato sulla teoria della complessità e su un rapporto tra équipe medica e malato basato sulla persona, riconoscendo l’importante ruolo giocato dai determinanti psicologici e sociali di salute. Ma forse oggi neppure questo modello è più sufficiente: è opportuno passare al più presto al cosiddetto modello “ecologico”, in cui il medico-équipe medica si rapporta alla persona malata

■ Introduzione

Uno degli avvenimenti più importanti del 2012 riguardanti la tutela dell’ambiente e la salvaguardia della salute a livello mondiale è stato certamente il Forum “Rio+20”, così denominato perché svoltosi a distanza di 20 anni dal precedente.

Anche questa volta abbiamo assistito alla partecipazione di tutte le Organizzazioni Governative e Non Governative più importanti da tutto il pianeta.

Rispetto al suo predecessore, Rio+20 propone un cambio di ottica. “Rio” del 1992 si chiedeva cosa i Paesi ricchi potevano fare per i Paesi poveri, stilando Obiettivi per lo Sviluppo del nuovo millennio. Rio+20 propone invece obiettivi e sfide

GIANFRANCO

Collegio Italiano
Medica Ospedalieri
per l’Ambiente-Italia

Per corrispondere
gianfranco.porcile

DIBATTITO
SSN



Attualità

ep anno 38 (2) marzo-aprile 2014

Il Servizio sanitario nazionale deve cambiare in meglio, ma come?

How to improve the Italian National Health Service?

Gianfranco Porcile

ISDE Liguria

Corrispondenza

gianfranco.porcile@fastwebnet.it

Premesso che l’SSN è pubblico e tale deve rimanere, mi sembra che si possano identificare 4 ambiti in cui è auspicabile un miglioramento.

SOSTENIBILITA’ ECONOMICA

L’aumento esponenziale dei costi sanitari in medicina, soprattutto in alcune branche specialistiche (per esempio l’oncologia), impone un’etica della responsabilità che incentivi ciascun operatore a perseguire gli stessi obiettivi e gli stessi risultati con il minor impiego possibile di risorse. Sembra difficile, è difficile, ma non impossibile. Aspetti organizzativi, clinici e normativi possono condurre a un risparmio economico, o comunque un arresto dell’aumento dei costi: *risk sharing*, deospedalizzazione, terapie orali, *drug-day therapy*, FAD, telemedicina eccetera. Ancora più importante è la sostenibilità ambientale: i medici e tutti gli operatori debbono porsi il problema dell’impronta ecologica legata alla loro professione e adoperarsi per ridurre (come l’ambulatorio verde). In questo senso si veda l’esperienza della *green oncology*, che è il nuovo paradigma concettuale e pratico dell’oncologia dove il rapporto medico (équipe)-paziente (cittadino) è basato sul modello biopsicosociale di George L. Engel (*Science* 1977; 196 (4286):129-36) e ha piena coscienza di essere inserito all’interno della biosfera (il cosiddetto modello ecologico). Il *Manifesto Green On-*

cology può essere un sentiero utile, percorribile anche da altre discipline mediche-chirurgiche.¹

ECESSO DI PRESTAZIONI E DI TECNOLOGIA

«Fare di più non significa fare meglio» è lo slogan della *slow medicine*, che si batte per una medicina «sobria, rispettosa, giusta». Il consumismo sanitario, l’ipermedicalizzazione, l’alta tecnologia e la medicina difensiva hanno portato a un aumento di prestazioni a cui non è corrisposto un aumento di salute. «Più salute e meno sanità» potrebbe essere lo slogan. Recuperare il rapporto medico-paziente, la comunicazione efficace, la medicina narrativa, una «medicina povera nell’era dell’alta tecnologia», non ricercare ossessivamente la diagnosi o la malattia laddove esiste soltanto un sintomo, un disagio. Un atteggiamento troppo interventista conduce a errori, come l’accreditamento diagnostico e terapeutico feroce di sprechi e di tossicità senza vantaggio per la persona assistita. E’ importante che tale approccio trovi uno spazio adeguato all’interno dei percorsi formativi universitari pre e post laurea.²

IL RAPPORTO CON IL PAZIENTE

Il rapporto fra medico e persona assistita, sia essa cittadino sano (per esempio, sottoposto a screening) o malato, deve ulteriormente evolvere da un rapporto lineare persona-persona a quello più complesso équipe-malato (utente)/ famiglia. Contrariamente alle campagne dei mass media, che sono sempre trionfalistiche e ottimistiche, è necessaria

un’operazione di *down-shifting* tesa a ridurre le aspettative dei pazienti allo scopo di evitare inutili viaggi della speranza e delusioni cocenti che pregiudicano irrimediabilmente il rapporto del cittadino con il Servizio sanitario nazionale, alimentando artatamente la litania della malasanità. In questo senso è importante il rapporto con le associazioni dei pazienti che possono svolgere una funzione utile di informazione e formazione sul cittadino/utente e rappresentare in maniera costruttiva al mondo medico-sanitario le legittime istanze dei pazienti e dei loro *stakeholder*.

PREVENZIONE

I programmi di screening devono essere implementati limitatamente alle indicazioni *evidence-based* evitando campagne di dubbia utilità che comportano soltanto anticipazione diagnostica (carcinoma della prostata) o di dubbia efficacia (carcinoma polmonare), eventualmente con adattamenti personalizzati secondo i fattori di rischio (*tailored*) (prevenzione secondaria). Informazione, educazione sanitaria, promozione della salute, aggiornamento professionale tesi a instaurare stili di vita corretti a livello individuale (fumo, eccesso ponderale, sedentarietà, rapporti sessuali a rischio eccetera) sono la prima forma di prevenzione primaria.

E’ necessario altresì un grande impegno per combattere inquinamento atmosferico, acustico, radiazioni ionizzanti e nucleari, interferenti endocrini e quant’altro: qui la battaglia è sociale e politica per cui è urgente un’azione di *lobbying* nei confronti dei responsabili politici e istituzionali. *Chirurgia del inquinamento*. Difficile a

1. Fare di meno



Sobria
Rispettosa
Giusta

Il progetto “FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO”

Pratiche a rischio di incomprensione in Italia

di cui medic

Liste di Pratiche definite nel 2014

1. Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica – ADI
2. Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri – ANMCO
3. Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica – AIRO
4. Collegio Italiano dei Primari Medici Oncologi Ospedalieri – **CIPOMO**
5. Cochrane Neurological Field – CNF (I lista, rivista nel 2015)
6. Società Italiana di Allergologia, Asma e Immunologia Clinica – SIAAIC
7. Società Italiana di Allergologia e Immunologia Pediatrica – SIAIP
8. Società Italiana di Medicina Generale – SIMG
9. Società Italiana di Radiologia Medica – SIRM
10. Società scientifiche di IPASVI: AICO, AIOSS, AIUC, ANIMO

SLOW MEDICINE, re
Rispettosa e Giusta
Wisely³ già in atto n
che si propone, con i
partecipazione attiva
sanitari attraverso
conoscenze scientific
sono generalmente p

presenti, ma possono, al contrario, esporti a rischi.

Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare
Cinque raccomandazioni del Collegio Italiano Primari di Oncologia Medica – Green Oncology

1	<p>Non prescrivere antibiotici allo scopo di prevenire le complicanze infettive da neutropenia, in pazienti neoplastici trattati con chemioterapia a dosi standard.</p> <p>La complicanza più frequente della chemioterapia è la mielotossicità con particolare riferimento alla neutropenia che rappresenta una grave causa di compromissione delle difese immunitarie con rischio d'infezioni, sepsi e setticemia. Di norma gli agenti patogeni interessati sono di tipo batterico, anche se non si possono escludere infezioni virali o micotiche. Per molti anni si è ritenuto indicato un trattamento profilattico con antibiotici a largo spettro, come ad esempio i chinolonici. Oggi sappiamo che non esiste alcuna evidenza scientifica dell'utilità di tale pratica.</p> <p>Il trattamento con antibiotici è indicato solo nei casi di neutropenia febbrile, che nel paziente neoplastico immunocompromesso rappresenta un'evenienza molto grave, talvolta letale, e nei rari casi d'infezione clinica afebrile. In entrambi i casi è indicato eseguire un antibiogramma allo scopo di prescrivere una terapia antibiotica mirata. Se la situazione di particolare urgenza clinica lo richiede, nell'attesa del responso dell'antibiogramma, può essere indicato un trattamento antibiotico urgente, scelto con criteri empirici di ordine clinico.</p> <p>È noto che la somministrazione di antibiotici può provocare reazioni allergiche anche gravi, fino allo shock anafilattico e generare resistenza dei batteri agli antibiotici, soprattutto se impiegati in modo inappropriato (senza indicazione), con posologia sotto dosata o per un tempo troppo breve.</p>
2	<p>Di norma non prescrivere markers tumorali serici in corso di processo diagnostico o per la stadiazione dei tumori.</p> <p>I markers tumorali serici sono spesso richiesti in modo inappropriato in quanto richiedono un semplice prelievo ematico. Dato l'elevato costo di ciascun test e l'alto numero di test richiesti la prescrizione rappresenta un notevole spreco di risorse, oltre ad essere fonte di ansia per il paziente in caso di risultato falsamente positivo. Alta prescrizione inappropriata in pazienti asintomatici possono poi conseguire, in presenza di un valore del test superiore alla norma, ulteriori accertamenti diagnostici e trattamenti medici e chirurgici inappropriati. In fase diagnostica i markers possono essere presi in considerazione soltanto in ben definiti tipi di neoplasie maligne, tra l'altro non particolarmente frequenti (epatocarcinoma, tumori del testicolo, carcinoma del pancreas). I markers tumorali possono trovare indicazione solo come monitoraggio della terapia in atto e nel follow-up dei pazienti con diagnosi accertata di neoplasia, nei rari casi in cui sono previsti da specifiche linee guida.</p>
3	<p>Non effettuare di routine terapia antitumorale nei pazienti affetti da tumori solidi con Performance Status (PS) compromesso (3-4) o in progressione dopo 2-3 linee terapeutiche, ma privilegiare le cure palliative.</p> <p>I trattamenti antitumorali in genere hanno probabilità di essere inefficaci nei pazienti affetti da tumori solidi con le seguenti caratteristiche: basso performance status (3-4), non risposta a precedenti terapie evidence-based, non eleggibilità per un trial clinico, assenza di prove di efficacia di un ulteriore trattamento. Uniche eccezioni i pazienti in cui le limitazioni funzionali risultano dovute ad altre condizioni patologiche con un conseguente basso PS o pazienti con caratteristiche di malattia (ad esempio mutazioni genetiche) che suggeriscono un'alta probabilità di risposta alla terapia. La scelta di un approccio di rinuncia alle terapie antitumorali deve essere caratterizzata da appropriata terapia palliativa e di supporto (cure simultanee).</p>
4	<p>Non eseguire esami del sangue incluso il profilo biochimico, scansioni ossee, radiografie toraciche, ecografie epatica e pelvica, TAC, PET e marker tumorali, dopo terapia sistemica precauzionale, in pazienti operate per cancro della mammella, asintomatiche e in assenza di risultati specifici all'esame clinico.</p> <p>L'esame fisico (visita medica) dovrebbe essere eseguito ogni 3 - 6 mesi per i primi 3 anni, ogni 6 - 12 mesi per il quarto e quinto anno e successivamente una volta all'anno. Nelle donne sottoposte a chirurgia conservativa della mammella dovrebbe essere eseguita una mammografia bilaterale post-trattamento, un anno dopo quella iniziale e almeno 6 mesi dopo il completamento dei cicli di radioterapia. Quindi, se non indicato diversamente, dovrebbe essere eseguita una mammografia bilaterale ogni anno.</p>
5	<p>Non prescrivere né la chemioterapia né la radioterapia nel trattamento del carcinoma duttale in situ della mammella</p> <p>La diffusione degli screening per la diagnosi precoce del tumore della mammella ha comportato la frequente identificazione di forme precoci di neoplasia, in particolare di carcinomi in situ: carcinoma lobulare in situ e più frequentemente, carcinoma duttale in situ (DCIS). Poiché tali tipi di tumore possono evolvere verso forme infiltranti, il trattamento locale e quello sistemico hanno lo scopo di prevenire l'insorgenza del carcinoma invasivo e, per quanto riguarda il trattamento sistemico, di quello nella mammella contro laterale.</p> <p>Il DCIS può essere trattato con chirurgia conservativa oppure mastectomia semplice. Non esistono dimostrazioni a sostegno dell'impiego della chemioterapia né della radioterapia, per quanto tale atteggiamento terapeutico fosse abbastanza diffuso fino a poco tempo fa. Viceversa, studi randomizzati di fase III supportano l'impiego del Tamoxifene dopo il trattamento chirurgico locale.</p>

Attenzione: le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del medico. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica è necessario rivolgersi al medico curante.



CIPOMO

Collegio Italiano dei Primari Oncologi
Medici Ospedalieri

Green Oncology - Sansepolcro, 22-23 gennaio 2020



Il Programma CIPOMO di
Accreditamento all'Eccellenza
"alla pari" delle
Unità Operative di Oncologia
Medica italiane



Salvatore Palazzo



Guido Tuveri

   **AMoS**
Associazione per il Management
e la qualità nelle Organizzazioni
per la Salute

LA S.C. DI ONCOLOGIA MEDICA DELLA

A.S.L. 12 DI BIELLA
DIRETTA DAL DOTT. MARIO CLERICO, HA OTTENUTO

L'ACCREDITAMENTO ALL'ECCELLENZA

DIMOSTRANDO DI APPLICARE, NELL'ESPLETAMENTO DELLE ATTIVITA'
DI DIAGNOSI E CURA DEI TUMORI, PROCEDURE DI ELEVATA QUALITA'.

Il Presidente del CIPOMO
dott. Guido TUVERI

Biella, 27 Aprile 2006



Green Oncology - Sansepolcro, 22-23 gennaio 2020

SCHEMA PROGETTO WORKING GROUP (WG) DI CIPOMO

- La “**scheda-progetto WG CIPOMO**” è un documento estremamente sintetico che riassume l’idea progettuale su cui il WG ha deciso di lavorare.
- E’ una sorta di “formato standard”, nel quale si deve sempre indicare : *cosa* intendiamo fare, *come* pensiamo di farlo e soprattutto *perché*.
- La sinteticità è una caratteristica essenziale: la scheda è come la “carta d’identità” della nostra idea e del futuro progetto ed è controproducente “perdersi” in lunghe spiegazioni.
- Punto chiave è la chiarezza espositiva: in poche righe dobbiamo essere capaci di andare “dritti all’ obiettivo”.
- Il quadro logico della scheda-progetto CIPOMO è la stessa di qualunque stesura di qualsiasi progetto: obiettivi generali e specifici, risultati attesi, attività previste, finanziamento, monitoraggio, soggetti proponenti, tipo di responsabilità.

GENERALITA’

COORDINATORE PROPONENTE	Porcile Gianfranco
DENOMINAZIONE WORKING GROUP	Green Oncology
PARTECIPANTI	Porcile, Palazzo, Oliani, Crispino, Bretti, Clerico, Cova
DATA DI PRESENTAZIONE E SEDE	2013. Sede presso
LINEA PROGETTUALE	Formazione e Azio
TITOLO DEL PROGETTO	Buone Pratiche in
DURATA DEL PROGETTO	2 anni

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	4000 euro circa
IMPORTO RICHIESTO SUL BUDGET CIPOMO	2000 euro/anno

→ visite “inter pares” in loco per analizzare la situazione concreta delle diverse Unità Operative di Oncologia in Italia e valutare il grado di realizzazione pratica a livello periferico: in una parola è necessario procedere ad **individuare le “Buone Pratiche” in Green Oncology. ...**

Esempi di buone pratiche:

- Indicatori di struttura: UMACA o UFA a norma di legge oppure necessitante di alcune migliorie o ristrutturazioni
- Indicatori di processo: eventuali procedure di reparto per implementare la raccolta differenziata dei rifiuti al di là di quanto già organizzato dall'Azienda di riferimento
- Indicatori di risultato: numero e qualità delle Buone Pratiche realizzate nella struttura sede di verifica.



CIPOMO

Collegio Italiano dei Primari Oncologi
Medici Ospedalieri

Green Oncology - Sansepolcro, 22-23 gennaio 2020

edra



 Collegio Italiano dei
Primari Oncologi
Medici Ospedalieri

medkey

Mensile di informazione CIPOMO

edra

 innovazione
sostenibilità
resilienza

OncoNews

 Mensile di informazione
di CIPOMO

29 settembre 2017

 Dir. Responsabile
Giorgio Albonetti

 Dir. Scientifico
Mario Clerico

 Comitato Scientifico
Alessandro Bertolini
Giorgio Bonciarelli
Luisa Fioretto

L'etica del **Secondo Parere**: medicina basata sulle evidenze, sulle convenienze o sulle eminenze?

Il mondo sanitario, convinto sostenitore della medicina basata sulle prove e conscio delle conseguenze negative della medicina difensiva, riflette sulla propria sostenibilità, sull'approccio "Less is more", sull'implementazione delle Linee Guida.

Ma tutto ciò sembra non coinvolgere alcuni medici, quando viene chiesto loro un secondo parere. Sono medici che sentono il dovere di giustificare la parcella, oppure di dimostrare che sono veramente bravi e sapienti: devono proporre qualcosa in più, fosse anche solo una PET. La "second opinion", momento nobile del sapere medico, richiede esperienza e particolare attenzione al contesto in cui viene richiesta: le sue implicazioni possono essere importanti.

La signora Anna, in trattamento adiuvante con Letrozolo per un tumore mammario, mi dice: "Dottore, lei mi ha spiegato che nel mio caso non sono necessari molti accertamenti, ma nel famoso centro di riferimento dove ho chiesto un secondo parere mi sono stati consigliati: mammografia annuale, ecografia mammaria semestrale, esami ematochimici (emocromo, AST, ALT, bilirubina, azotemia, creatinina, calcio, colesterolo, HDL, LDL, trigliceridi, CEA, CA15.3, estradiolo) ogni 6 mesi, ecografia addome ogni 6 mesi, ecografia TV annuale, Radiografia del torace annuale, MOC su rachide e femore ogni 24 mesi, ecocardiogramma annuale. Come mai questa differenza?".

La signora Anna è gentile e bene educata, non fa commenti, ma i suoi occhi esprimono il dubbio che ho imparato a riconoscere da tempo: "Volete risparmiare sulla mia pelle?".

Dico alla signora Anna che tutte le linee guida sono chiare sull'argomento e invio una mail alla collega per avere chiarimenti. La dottoressa risponde: "...i marcatori non sono obbligatori, ma **noi preferiamo** comunque richiederli. Se preferite non controllarli **per me va bene**. La tempistica degli esami può variare in accordo alle **preferenze della paziente**."

Sono rimasto colpito: "...noi preferiamo", "...per me va bene". L'autoreferenzialità non ha limiti! E che significa "preferenze"? Sembra di essere al supermercato.

Poco tempo dopo, vengo contattato dai famigliari della signora Silvia, inquieti e rosi dal dubbio. A Silvia è appena stato diagnosticato un tumore del pancreas molto avanzato, le sue condizioni sono scadute: non è in grado di alzarsi dal letto né di alimentarsi autonomamente. E' stata subito affidata ai colleghi delle Cure Palliative. I parenti hanno chiesto un parere (attraverso la documentazione clinica, non riuscendo a trasportare la signora) presso lo stesso istituto di cui sopra. Il referto dice: "...è necessario una tipizzazione citologica... suggerisco un consulto con il radioterapista... con l'oncologo... avvierei un trattamento con bifosfonati previa ortopantomica dentaria... terapia con nabpaclitaxel e gemcitabina...". Non facciamo in tempo a incontrare la signora: è già deceduta, lasciando i parenti sgomenti, con un inutile senso di colpa.

La medicina è sempre più complessa, propone infinite possibilità di approfondimento e impone scelte che devono essere discusse e condivise fra tanti: pazienti, famigliari, operatori sanitari. Ben venga, quindi, allargare la discussione attraverso altri pareri.

CIPOMO ritiene che il secondo parere sia un diritto indiscutibile: nel documento "Reti Oncologiche e Percorsi Clinico Assistenziali in Oncologia", prodotto insieme ad AIOM, si scrive che "le reti oncologiche devono definire le procedure per l'eventuale richiesta di una *second opinion* da parte del paziente".

D'altra parte, CIPOMO sta lavorando per proporre anche un'etica della *second opinion*: il parere non deve essere conseguente all'autoreferenzialità o alla convenienza, deve essere coerente con le linee guida e con le reali necessità assistenziali degli ammalati.

 Mario Clerico
Presidente CIPOMO

 CIPOMO
Collegio Italiano dei Primari Oncologi
Medici Ospedalieri

Green Oncology

L'etica del **Secondo Parere**: medicina basata sulle evidenze, sulle convenienze o sulle eminenze?

Il mondo sanitario, convinto sostenitore della medicina basata sulle prove e conscio delle conseguenze negative della medicina difensiva, riflette sulla propria sostenibilità, sull'approccio "*Less is more*", sull'implementazione delle Linee Guida.

Ma tutto ciò sembra non coinvolgere alcuni medici, quando viene chiesto loro un secondo parere. Sono medici che sentono il dovere di giustificare la parcella, oppure di dimostrare che sono veramente bravi e sapienti: devono proporre qualcosa in più, fosse anche solo una PET.

La signora Anna è gentile e bene educata, non fa commenti, ma i suoi occhi esprimono il dubbio che ho imparato a riconoscere da tempo: "Volete risparmiare sulla mia pelle?".

Dico alla signora Anna che tutte le linee guida sono chiare sull'argomento e invio una mail alla collega per avere chiarimenti. La dottoressa risponde: "...i marcatori non sono obbligatori, ma **noi preferiamo** comunque richiederli. Se preferite non controllarli **per me va bene**. La tempistica degli esami può variare in accordo alle **preferenze della paziente**."



L'indagine CIPOMO

Open access

Research

BMJ Open Conflict of interest among Italian medical oncologists: a national survey

Andrea DeCensi,^{1,2} Gianmauro Numico,³ Enzo Ballatori,⁴ Fabrizio Artioli,⁵ Mario Clerico,^{6,7} Luisa Fioretto,⁸ Virginia Livellara,¹ Benedetta Ruggeri,⁹ Maurizio Tomirotti,⁷ Claudio Verusio,¹⁰ Fausto Roila,¹¹ on behalf of the Italian College of Chief Medical Oncologists (CIPOMO)



CIPOMO

Collegio Italiano dei Primari Oncologi
Medici Ospedalieri

Green Oncology - Sansepolcro, 22-23 gennaio 2020

POSITIONE PAPER CIPOMO SUL CONFLITTO DI INTERESSI

La finalità ultima del lavoro in sanità è rappresentata dal bene del cittadino. I clinici, i ricercatori, gli amministratori, l'industria e i cittadini stessi devono lavorare insieme per garantire il rapido accesso ai migliori percorsi di diagnosi e cura.

Il costo delle cure in sanità, in un particolare il costo dei farmaci oncologici, è in continuo e crescente aumento minacciando la sostenibilità del sistema, costringendolo ad interventi di controllo della spesa. A essere minacciata non è soltanto la tenuta del Servizio Sanitario pubblico, ma anche la sostenibilità dei costi dei servizi per i cittadini, che configurano un rischio di vera e propria "tossicità finanziaria".

Lo sviluppo di nuove opportunità di cura è particolarmente oneroso, ma una parte sostanziale del costo finale dei farmaci è data da altri benefici sanitari dovuti alle attività di promozione e marketing. Inoltre, gli interessi in profitto nell'industria possono prevalere su quelli di economicità e di equità di accesso alle cure del Servizio Sanitario pubblico.

Il conflitto di interessi, prima che un comportamento, è una condizione, nella quale il giudizio professionale riguardante un interesse primario (la salute del paziente e la veridicità dei risultati di una ricerca o l'imparzialità nella presentazione di un'informazione) è indebitamente influenzato da un interesse secondario (ad esempio un guadagno economico o un vantaggio di carriera).

Le potenziali conseguenze del conflitto di interessi si estendono alla pianificazione della ricerca scientifica e alla divulgazione dei dati, alla formazione, fino all'atto delle scelte cliniche.

Al di là delle zone inettamente lecite, la contiguità di interessi non è coincidente o può determinare, consapevolmente o inconsapevolmente, un condizionamento dei comportamenti. Tale condizionamento, di sua volta, può avere conseguenze dirette sulla qualità del servizio offerto al cittadino, ma può anche soltanto rappresentare una ragione di non sufficiente trasparenza, di sospetto di conflitto di interessi di vera e propria fiducia nel Servizio Sanitario.

Per queste ragioni, CIPOMO ritiene necessario che nel mondo dell'oncologia, insieme a tutti gli stakeholders che contribuiscono al buon funzionamento del Servizio Sanitario, si attenga ai principi di trasparenza e correttezza nell'uso delle risorse.

Le raccomandazioni che seguono non intendono stabilire norme di comportamento. Hanno piuttosto finalità di contribuire a far maturare nella comunità dei clinici una più precisa consapevolezza circa la natura e le potenziali conseguenze del conflitto di interessi e di promuovere una riflessione costruttiva all'interno delle organizzazioni sanitarie.

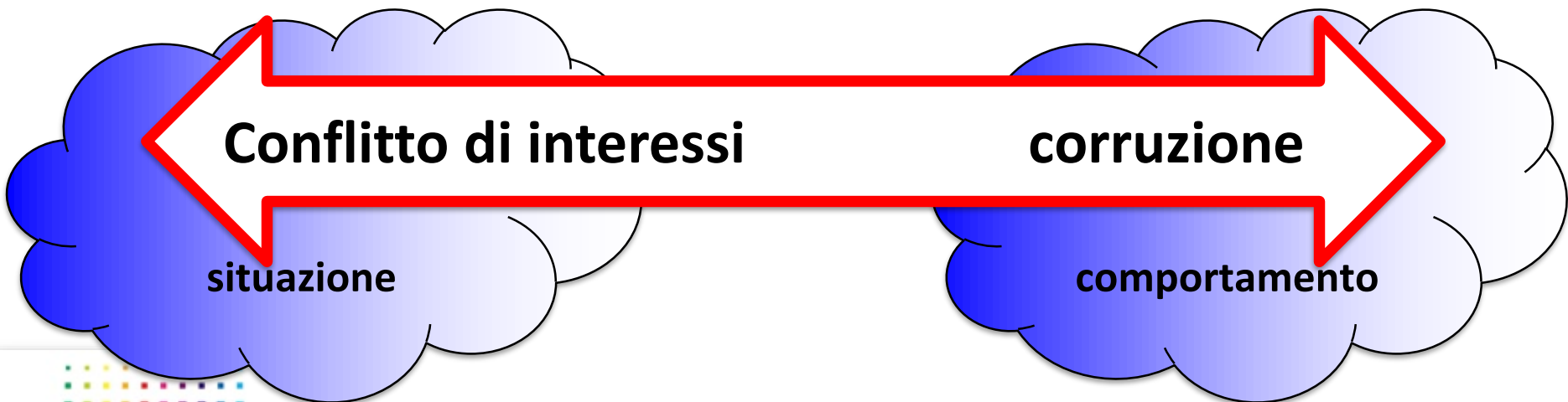
1. Il processo della ricerca va tutelato dall'influenza di interessi commerciali. Il disegno e la conduzione delle sperimentazioni dovrebbero avere come obiettivo quello di rispondere ai quesiti rilevanti per il miglioramento della salute. Anche quando coinvolti in studi clinici promossi dall'industria, i ricercatori dovrebbero scegliere in modo indipendente i quesiti clinici, gli obiettivi e il braccio di controllo. L'analisi dei dati, il loro interpretazione e la stima della pubblicazione dovrebbero essere condotti in autonomia rispetto agli interessi dell'ente finanziatore. Il fenomeno del "ghostwriting" andrebbe evitato. I risultati degli studi clinici devono essere messi in disposizione della comunità scientifica e pubblicati o prescindere dal risultato ottenuto. Il contributo dell'industria al disegno e alla conduzione della sperimentazione andrebbe sempre esplicitato.



CIPOMO

Collegio Italiano dei Primari Oncologi Medici Ospedalieri

- **Esiste una generale SOTTOVALUTAZIONE del conflitto di interessi da parte degli operatori**
- **Oppure una CONFUSIONE fra conflitto di interessi e corruzione**



Il coraggio

Le persone hanno paura a far emergere EVENTI CRITICI perché pensano che verranno messi sotto accusa dall'organizzazione e dall'opinione pubblica.

Perciò, le situazioni emergono solo quando il “conflitto” esplose, o non emergono affatto.



Il coraggio

... Dobbiamo iniziare a chiederci quali potrebbero essere i nuovi confini...

CORRIERE DELLA SERA

Stampa | Stampa senza immagine | Chiudi

L'INTERVENTO

Nuove terapie cellulari per i tumori «Possiamo davvero per mettercele?»

La cura CAR-T rappresenta una rivoluzione importante ma è una procedura complessa, costosa e gravata da importanti effetti collaterali, dice Mario Clerico presidente del Cipomo (Collegio dei primari oncologi ospedalieri)

Mario Clerico - Presidente Collegio Italiano dei Primari Oncologi Medici Ospedalieri (CIPOMO)

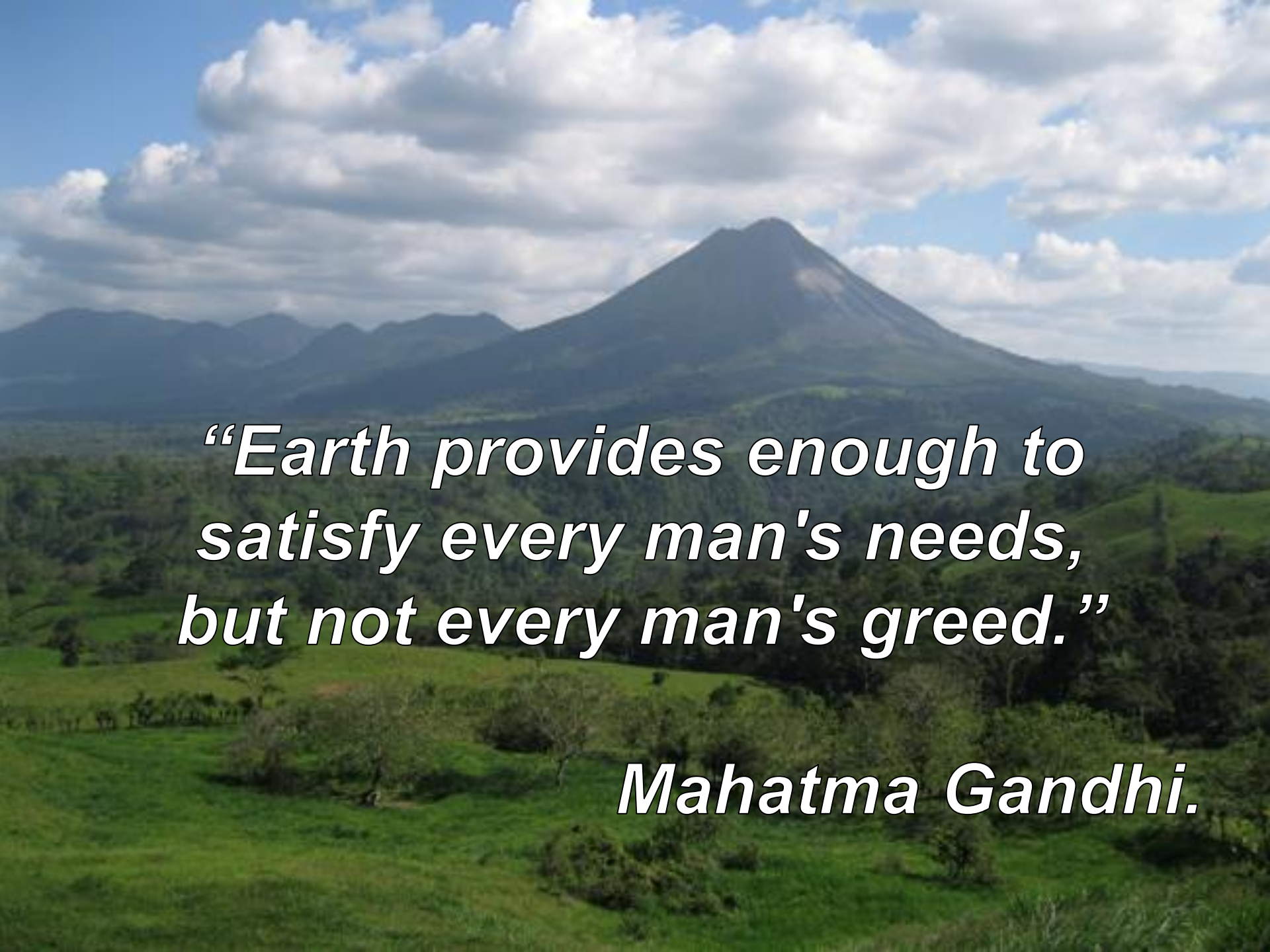
In questi giorni è stato dato ampio risalto alla nuova terapia CAR-T, indicata per alcuni tipi di malattie ematologiche. Si tratta indubbiamente di una rivoluzione importante: anziché proporre lo stesso farmaco a pazienti diversi, il trattamento consiste nel modificare il sistema immunitario per indurlo a reagire contro il tumore. Condivido l'entusiasmo: si tratta di una terapia efficace in situazioni cliniche che non hanno possibilità di cura. Ma l'introduzione di CAR-T crea anche timori e apprensioni. Si tratta, infatti, di una procedura molto complessa, costosa e gravata da importanti effetti collaterali.

NEGLI USA COSTA QUASI MEZZO MILIONE DI EURO Negli Stati Uniti il



Collegio Italiano dei Primari Oncologi
Medici Ospedalieri

Green Oncology - S



*“Earth provides enough to
satisfy every man's needs,
but not every man's greed.”*

Mahatma Gandhi.