



Lorenzo Spaggiari

Professore di Chirurgia Toracica Università degli Studi di Milano e Direttore della Chirurgia Toracica dell'IRCCS Istituto Europeo di Oncologia (IEO) di Milano

Chirurgia d'avanguardia e percorsi a misura di paziente: l'impegno dello IEO per battere il tumore sul tempo

Come si colloca l'approccio chirurgico all'interno del percorso diagnostico-terapeutico del tumore del polmone?

L'approccio al paziente con tumore del polmone è di tipo multidisciplinare. La chirurgia rappresenta un passaggio fondamentale e oggi le sue potenzialità sono accresciute grazie alle nuove tecnologie mininvasive. La valenza della chirurgia è in primo luogo relativa al momento della diagnosi e della stadiazione della malattia prima della cura. Le tecnologie diagnostiche sempre più sofisticate e precise offrono la possibilità di mettere a disposizione dell'oncologo e del patologo materiale biologico sufficiente ad effettuare le indagini istologiche e biomolecolari necessarie a definire il profilo genetico del tumore. Un esempio è la broncoscopia a ultrasuoni (Ebus, *endobronchial ultrasound*) che consente di eseguire biopsie mirate di piccole lesioni anche nei pazienti con metastasi, permettendo così al patologo di ottenere quella risposta genetica che consentirà di orientare la terapia. Niente dolore, niente cicatrici, poca anestesia e un semplice prelievo che però permette di pescare tra 210 mutazioni, anche se per adesso ne utilizziamo solo tre o quattro. Grazie ad un percorso orientato alla cosiddetta *chemio-free therapy* (terapia senza chemioterapia) riusciamo ad ottenere una fotografia (*lung card panel*) dei geni di quello specifico tumore del polmone. Inoltre, sempre con l'aiuto della chirurgia mininvasiva possiamo "biopsiare" nuovamente la malattia e cambiare, se necessario, la terapia. Questo è particolarmente utile dal momento che nel corso dei mesi e degli anni il tumore può cambiare il suo assetto genetico cambiando di conseguenza anche la sua risposta ai farmaci. I successivi prelievi ci permettono di vedere quanto e come la malattia è cambiata e aggiustare il trattamento. Ma questo ci permette di apprezzare un altro aspetto molto importante, ovvero che il tumore come lo vediamo all'inizio è in realtà un insieme di sottotipi tumorali geneticamente caratterizzati. La chirurgia mininvasiva con l'utilizzo di Ebus e di videotoracosopia, che permette prelievi a livello pleurico, è un meraviglioso strumento diagnostico pre-trattamento.

Oltre alla valenza diagnostica, che importanza ha la chirurgia dal punto di vista terapeutico?

Basta ricordare che la chirurgia può guarire un tumore del polmone in stadio iniziale (come accade in altri tumori) e quindi la sua valenza cresce man mano che si anticipa la diagnosi. Fino a pochi anni fa solo il 15% dei pazienti arrivava alla diagnosi con una neoplasia in fase iniziale, oggi con l'avvento dei programmi di screening la percentuale si è completamente invertita. In una popolazione sopra i 50 anni, fortemente a rischio, che entra in un programma di sorveglianza con la TAC spirale, sappiamo che la percentuale di tumori del polmone diagnosticati in stadio iniziale è del 75%. Questo dimostra che politiche antifumo e di screening associate a una chirurgia diagnostica avanzata, possono ottenere grandi risultati.

Nell'ambito della presa in carico del paziente con sospetta neoplasia toracica, l'Istituto Europeo di Oncologia ha istituito un Percorso Diagnostico Preferenziale (PDP) volto a migliorare la strategia terapeutica e a ridurre i tempi d'attesa sia per la diagnosi che per il trattamento del paziente. Ci può spiegare come è organizzato questo Percorso?

Quando arrivai allo IEO nel 1998 la prima questione che mi porsi fu la seguente: come possiamo dare ai pazienti una diagnosi rapida, di qualità e ad operarli in tempi accettabili? Individuai una soluzione realizzata nel 2003 attraverso un progetto che si è tradotto nel Percorso Diagnostico Preferenziale: un gruppo di persone che lavorano a stretto contatto e passo dopo passo si occupano del paziente dal momento in cui arriva per la prima visita fino al giorno dell'intervento.

Due segretarie, una serie di servizi con specialisti e un'agenda, dedicati solo ai pazienti con tumore del polmone, un meeting settimanale per discutere i casi clinici. Gli step sono semplici: il paziente arriva, fa la prima visita e una serie di esami. Il tutto avviene nell'arco di due giorni, dopo i quali il paziente può tornare a casa e non deve più preoccuparsi di niente. Una volta che la segreteria ha raccolto tutta la documentazione, un medico la studia e fa una relazione che presenta e discute con le altre figure del team durante l'incontro settimanale. A quel punto un medico telefona al paziente per anticipargli i passaggi successivi, illustrati nel dettaglio in una lettera inviata al domicilio del paziente, e viene fissata la data dell'intervento. Il successo sta in un meccanismo perfettamente organizzato, dove niente è lasciato al caso. Tutti i venerdì esaminiamo 20-25 casi, un medico può preparare al massimo 4 casi. Il pacchetto è vincente, i pazienti arrivano e tornano perché restano soddisfatti, sentono che siamo strutturalmente funzionali alle loro esigenze. Una cosa importante è che la lista operatoria, preparata da un medico dedicato esclusivamente a questo, viene costruita sulla base delle liste d'attesa ma anche sulla base delle priorità della patologia.

La Divisione di Chirurgia Toracica dello IEO, da Lei diretta, oltre ad essere la prima in Italia per numero d'interventi con mortalità a 30 giorni inferiore all'1%, ha una forte vocazione alla ricerca: quali sono i risultati e le opportunità future derivanti da questo vostro impegno?

La Divisione di Chirurgia Toracica dello IEO opera 1.000 casi l'anno, con una mortalità a 30 giorni dello 0,9% (dati Agenas). Tutta questa mole di lavoro è possibile solo grazie al "Programma Polmone" che consente, tra le altre cose, di finanziare direttamente la ricerca di base e clinica e di indirizzarla secondo le necessità. Ogni volta che vogliamo far partire una ricerca ci chiediamo per prima cosa: "quali sono i bisogni?", "cos'è importante conoscere per i prossimi 10 anni?", "qual è l'endpoint che ci interessa?", e i ricercatori ci domandano "di cosa hanno bisogno i vostri pazienti"? Per fare ricerca, buona ricerca, occorrono due cose: risorse economiche, senza le quali non si può fare niente, e un'organizzazione funzionale al lavoro di gruppo. In questo momento stiamo cercando di capire perché certi tumori rispondono alla chemio e altri no, e se rispondono quali sono i fattori genetici che influenzano questa risposta. Una delle grandi opportunità dei prossimi anni è quella di riuscire a trovare la firma (miRNA) del tumore nel sangue e vedere se questa firma genetica risponde alla chemio. I miRNA potrebbero anticipare l'individuazione del nodulo alla TAC e diventare così una risorsa fondamentale per la diagnosi precoce.